

ความฉลาดทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง
กลุ่มชาวเขาเผ่าม้ง อำเภอเวียงแก่น จังหวัดเชียงราย



รพีพงษ์ สิทธิชันแก้ว

การศึกษาค้นคว้าด้วยตนเองเสนอเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา

หลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต

สิงหาคม 2559

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยพะเยา

ความฉลาดทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง
กลุ่มชาวเขาเผ่าม้ง อำเภอเวียงแก่น จังหวัดเชียงราย



รพีพงษ์ สิทธิชัยแก้ว

การศึกษาค้นคว้าด้วยตนเองเสนอเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา

หลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต

สิงหาคม 2559

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยพะเยา

อาจารย์ที่ปรึกษาและคณบดีคณะแพทยศาสตร์ ได้พิจารณาการศึกษาค้นคว้าด้วยตนเอง เรื่อง “ความฉลาดทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มชาวเขาเผ่าม้ง อำเภอเวียงแก่น จังหวัดเชียงราย” เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต ของมหาวิทยาลัยพะเยา

.....
(ดร.ทวิวรรณ ซาลีเครือ)

อาจารย์ที่ปรึกษา

.....
(ดร. นายแพทย์วิชัย เทียนถาวร)

คณบดีคณะแพทยศาสตร์

สิงหาคม 2559



กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาค้นคว้าด้วยตนเองนี้ สำเร็จสมบูรณ์ได้ด้วยความรู้ และความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจาก ดร.ทวีวรรณ ชาลีเครือ อาจารย์ที่ปรึกษาการศึกษาค้นคว้าด้วยตนเอง ผู้ซึ่งให้ความรู้ ให้คำปรึกษา คำแนะนำ ข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์และช่วยตรวจสอบแก้ไขบทร่างต่าง ๆ ในการทำวิจัย ตลอดจนความเอาใจใส่ สนับสนุนให้ผู้วิจัยมีความเชื่อในความสามารถของตนเอง ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งและประทับใจในความกรุณาของท่านเป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้ด้วย

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ที่ได้สละเวลาและกรุณาให้ข้อเสนอแนะ ข้อคิดเห็นอันทรงคุณค่าในการปรับปรุง แก้ไขเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ขอกราบขอบพระคุณท่านศาสตราจารย์สุรอำภอเวียงแก่น ในการเอื้อเฟื้อการเก็บข้อมูล รวมถึงกลุ่มตัวอย่าง ที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามครั้งนี้เป็นอย่างดี

สุดท้ายนี้ ขอขอบคุณทุกคนครอบครัวที่ให้ความรัก ความห่วงใย และขอขอบคุณนางสาวภัทธิตา ตีปภรณ์ ที่คอยให้กำลังใจ แนะนำช่วยเหลือ ตลอดระยะเวลาในการทำการศึกษา ค้นคว้าด้วยตนเองครั้งนี้

รพีพงษ์ สิทธิชันแก้ว

ชื่อเรื่อง: ความฉลาดทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มชาวเขาเผ่าม้ง อำเภอเวียงแก่น จังหวัดเชียงราย

ผู้ศึกษาค้นคว้า: รพีพงษ์ ลิทธิขันแก้ว การศึกษาค้นคว้าด้วยตนเอง: ส.ม., มหาวิทยาลัยพะเยา, 2559

อาจารย์ที่ปรึกษา: ดร.ทวีวรรณ ซาลีเครือ

คำสำคัญ: ความฉลาดทางสุขภาพ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ชาวเขาเผ่าม้งในอำเภอเวียงแก่น จังหวัดเชียงราย

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวางครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความฉลาดทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มชาวเขาเผ่าม้ง และเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและความฉลาดทางสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพในการควบคุมโรค ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มชาวเขาเผ่าม้ง อำเภอเวียงแก่น จังหวัดเชียงราย กลุ่มตัวอย่างมีจำนวน 145 คน ทำการสุ่มตัวอย่างด้วยการสุ่มแบบมีระบบ เครื่องมือที่ใช้เป็นผู้วิจัยเป็นแบบสอบถาม ดำเนินการเก็บข้อมูลในเดือนกุมภาพันธ์ 2559 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) และใช้สถิติเชิงอนุมาน (Spearman rank correlation และ Pearson's correlation)

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับความฉลาดทางสุขภาพขั้นพื้นฐานเกินครึ่งอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 47.6 ความฉลาดทางสุขภาพขั้นปฏิบัติสัมพันธ์ มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.4$, S.D. = 1.2) พฤติกรรมการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มตัวอย่างโดยรวม มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับดีปานกลาง ($\bar{X} = 2.8$, S.D. = 0.9) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างนัยสำคัญทางสถิติต่อพฤติกรรมสุขภาพในการควบคุมโรคของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ ความเพียงพอของรายได้ ($r = 0.283$, P-value < 0.01) ความฉลาดทางสุขภาพขั้นปฏิสัมพันธ์ ($r = 0.282$, P-value < 0.01) และอาชีพ ($r = 0.198$, P-value < 0.05)

ผลการศึกษาที่ได้ในครั้งนี้ จะเป็นแนวทางในการวางแผนและส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มชาวเขาเผ่าม้งที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับพื้นที่ศึกษาต่อไป

Title: HEALTH LITERACY OF HYPERTENSIVE PATIENTS AMONG HMONG HILL TRIBE IN WIANGKAEN DISTRICT, CHIANGRAI PROVINCE.

Author: Rapeepong Sitthikhankaew, Independent Study: M.P.H., University of Phayao, 2016

Advisor: Dr. Taweewun Chaleekrua

Keywords: Health literacy, Hypertensive patients, Hmong hill tribe in Wiangkaen District, Chiangrai Province.

ABSTRACT

The objectives of this cross-sectional survey study were to explore: health literacy of hypertensive patients and to study Personal factors and health literacy relate to control health behaviors on hypertensive patients among Hmong hill tribe in Wiangkaen District, Chiangrai Province. 145 Samples were selected by using stratified random sampling. Data were collected by using questionnaires during February 1–28, 2016. Statistics were analysed by descriptive statistics (frequency, percentage, mean and standard deviation) and inferential statistics: (Spearman rank correlation and Pearson's correlation).

The results revealed that the level of functional literacy were at medium level 47.6% the interactive health literacy were middle level ($\bar{X} = 2.4$, S.D. = 1.2), and the level of control health behavior were middle ($\bar{X} = 2.8$, S.D. = 0.9). The result identifies three independent variables significantly influencing to control health behavior; economic ($r = 0.283$, P-value < 0.01), the interactive health literacy ($r = 0.282$, P-value < 0.01) and occupation ($r = 0.198$, P-value < 0.05). The results of this study should be used to plan and promote on hypertensive patients among Hmong hill tribe in the same area as this study.



สารบัญ

บทที่	หน้า
1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	2
สมมุติฐานการวิจัย.....	3
ขอบเขตของการวิจัย	3
นิยามศัพท์เฉพาะ	3
ประโยชน์ที่จะได้รับจากการวิจัย	4
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	5
วิธีชนเผ่าม้ง	5
ภาวะความดันโลหิตสูง และการควบคุมภาวะความดันโลหิตสูง	16
แนวความคิดเกี่ยวกับความฉลาดทางสุขภาพ	28
เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	36
กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	38
3 วิธีดำเนินการวิจัย	40
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	40
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	42
การเก็บรวบรวมข้อมูล	44
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือในการวิจัย.....	45
การพิทักษ์สิทธิของงานวิจัย	46
การวิเคราะห์ข้อมูล	46

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
4 ผลการวิจัย	48
ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป	48
ตอนที่ 2 ข้อมูลความฉลาดทางสุขภาพขั้นพื้นฐาน สำหรับผู้ป่วย โรคความดันโลหิตสูงกลุ่มชาวเขาเผ่าม้ง อำเภอเวียงแก่น จังหวัดเชียงราย...	52
ตอนที่ 3 ข้อมูลความฉลาดทางสุขภาพขั้นมีปฏิสัมพันธ์ สำหรับผู้ป่วย โรคความดันโลหิตสูงกลุ่มชาวเขาเผ่าม้ง อำเภอเวียงแก่น จังหวัดเชียงราย	53
ตอนที่ 4 ข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพในการควบคุมโรค	55
ตอนที่ 5 ข้อมูลความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและความฉลาด ทางสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพในการควบคุมโรคของผู้ป่วย โรคความดันโลหิตสูงกลุ่มชาวเขาเผ่าม้ง อำเภอเวียงแก่น จังหวัดเชียงราย	59
5 บทสรุป	62
สรุปผลการวิจัย	63
อภิปรายผลการวิจัย.....	64
ข้อเสนอแนะ	72
บรรณานุกรม	74
ภาคผนวก	79
ภาคผนวก ก แบบสอบถามการวิจัย	80
ประวัติผู้ศึกษาค้นคว้า	86

สารบัญตาราง

ตาราง	หน้า
1 แสดงการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง	41
2 แสดงข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มชาวเขาเผ่าม้ง อำเภอเวียงแก่น จังหวัดเชียงราย	49
3 แสดงจำนวนและร้อยละ ของข้อคำถามความฉลาดทางสุขภาพขั้นพื้นฐาน.....	52
4 แสดงจำนวนและร้อยละ ของระดับความฉลาดทางสุขภาพขั้นพื้นฐาน.....	53
5 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความฉลาดทางสุขภาพ ขั้นมีปฏิสัมพันธ์	53
6 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของพฤติกรรมการควบคุม โรคความดันโลหิตสูงโดยรวม และจำแนกรายด้าน.....	55
7 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของพฤติกรรมการควบคุม อาหาร จำแนกรายข้อ	55
8 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของพฤติกรรมการออกกำลังกาย จำแนกรายข้อ	56
9 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของพฤติกรรมการรับประทานยา จำแนกรายข้อ	57
10 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของพฤติกรรมการจัดการ ความเครียด จำแนกรายข้อ	58
11 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของพฤติกรรมการตรวจ ตามนัด จำแนกรายข้อ.....	58
12 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล และความฉลาดทางสุขภาพ กับพฤติกรรมการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง.....	60

สารบัญภาพ

ภาพ	หน้า
1 แสดงกรอบแนวคิดในการวิจัย	39



อักษรย่อ

มม. ปรอท	=	มิลลิเมตรปรอท
mmHg	=	มิลลิเมตรปรอท
mg	=	มิลลิกรัม
ชช.	=	ช้อนชา
อสม.	=	อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ในปัจจุบันโรคความดันโลหิตสูงถือเป็นภัยเงียบ ที่สร้างปัญหาทางสุขภาพให้กับมนุษยชาติ ซึ่งมักไม่มีอาการที่เห็นได้เด่นชัด แต่เมื่อโรคดำเนินไป มักจะพบอาการที่อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพอย่างร้ายแรง เช่น ภาวะอัมพฤกษ์ อัมพาต หรือโรคหัวใจวายเฉียบพลัน หรือไตพิการ และอาจเสียชีวิตได้ ซึ่งสถานการณ์โรคความดันโลหิตสูงในประเทศไทย พบว่า ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2552-2556 อัตราการตายที่มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นโดยในปี พ.ศ. 2552 มีอัตราตาย 3.62 ต่อประชากรแสนคน ปี พ.ศ. 2553 มีอัตราตาย 3.89 ต่อประชากรแสนคน ปี พ.ศ. 2554 มีอัตราตาย 5.71 ต่อประชากรแสนคน ปี พ.ศ. 2555 มีอัตราตาย 5.73 ต่อประชากรแสนคน และปี พ.ศ. 2556 มีอัตราตาย 7.99 ต่อประชากรแสนคน (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2557) ในส่วนของอำเภอเวียงแก่น จังหวัดเชียงราย ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2554-2558 พบว่า มีแนวโน้มของจำนวนผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้นในทุก ๆ ปี โดยในปี พ.ศ. 2554 มีอัตราป่วย 3,458.87 ต่อประชากรแสนคน ปี พ.ศ. 2555 มีอัตราป่วย 3,789.19 ต่อประชากรแสนคน ปี พ.ศ. 2556 มีอัตราป่วย 4,472.34 ต่อประชากรแสนคน ปี พ.ศ. 2557 มีอัตราป่วย 5,128.86 ต่อประชากรแสนคน และปี พ.ศ. 2558 มีผู้ป่วยสะสมจำนวน 2,065 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 6,679.99 ต่อประชากรแสนคน

อำเภอเวียงแก่นเป็นอำเภอที่มีประชากรที่เป็นชาวเขา ร้อยละ 70 ของประชาชนทั้งหมด และส่วนใหญ่เป็นชาวเขาเผ่าม้ง ซึ่งพบว่าเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เป็นชาวเขาเผ่าม้ง มากขึ้นเช่นกัน โดยในปี พ.ศ. 2558 มีจำนวน 346 ราย (โรงพยาบาลเวียงแก่น, 2559) และยังมีแนวโน้มที่จะเพิ่มสูงขึ้น อันเนื่องมาจากปัจจัยหลายอย่างที่เกี่ยวของ อาทิเช่น ปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ ความเข้าใจ พฤติกรรมที่เปลี่ยนไป และความฉลาดทางสุขภาพ เป็นต้น แต่โดยทั่วไปชาวเขาเผ่าม้งมักจะทำให้ความสนใจในการศึกษามากกว่าชาวเขาเผ่าอื่น ๆ ที่มีในประเทศไทย จึงทำให้ม้งมีความเฉลียวฉลาด และทันต่อเหตุการณ์บ้านเมืองในปัจจุบันมากขึ้น อย่างไรก็ตาม พื้นฐานระดับการศึกษาของชาวเขาเผ่าม้ง ในอำเภอเวียงแก่น ยังมีความจำกัดในด้านฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว ทำให้ระดับการศึกษาสูงสุดของประชากรม้งส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่าเพียงเท่านั้น

การควบคุมโรคความดันโลหิตสูง จำเป็นต้องให้ความสำคัญกับพฤติกรรมควบคุมโรคความดันโลหิตสูงในทุกด้าน ได้แก่ พฤติกรรมการควบคุมอาหาร พฤติกรรมการออกกำลังกาย พฤติกรรมการรับประทานยา พฤติกรรมการจัดการความเครียด พฤติกรรมการมาตรวจตามนัด เพื่อที่จะทำให้ระดับความดันโลหิตสูงให้กลับสู่ระดับปกติหรือใกล้เคียงปกติมากที่สุด ซึ่งหากต้องการให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชาวเขาเผ่าม้งมีพฤติกรรมการควบคุมโรคที่ดี สิ่งที่สำคัญอย่างยิ่งคือความเข้าใจในโรคความดันโลหิตสูงสู่การนำไปปฏิบัติของตัวผู้ป่วยเอง

จากการวัดความฉลาดทางสุขภาพ หมายถึง ความสามารถและทักษะ ในการเข้าถึงข้อมูลความรู้ ความเข้าใจ เพื่อวิเคราะห์ ประเมินการปฏิบัติ และจัดการตนเอง รวมทั้งสามารถชี้แนะเรื่องสุขภาพส่วนบุคคล ครอบครัว และชุมชน เพื่อสุขภาพที่ดี (ขวัญเมือง แก้วดำเกิง และนฤมล ตรีเพชรศรีอุไร, 2554) ซึ่งถ้าคนมีความฉลาดด้านสุขภาพน้อย ประชาชนก็จะขาดความรู้ในการดูแลสุขภาพของตนเอง ทำให้เกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพิ่มขึ้น และเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มชาวเขา ซึ่งพบว่าหากขาดความรู้ ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพของตนเอง จะทำให้วิถีการดำเนินชีวิตเปลี่ยนไปในทิศทางที่ไม่ถูกต้อง และส่งผลให้เกิดโรคความดันโลหิตสูงตามมา (ยูวดี ดวงเทพ, 2551) การศึกษานี้ จึงต้องการศึกษาความฉลาดทางสุขภาพที่ส่งผลต่อกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชาวเขาเผ่าม้ง

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการศึกษาความฉลาดทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความฉลาดทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มชาวเขาเผ่าม้ง และเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและความฉลาดทางสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพในการควบคุมโรคของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มชาวเขาเผ่าม้ง อำเภอเวียงแก่น จังหวัดเชียงราย โดยคาดหวังว่าข้อมูลที่ได้จากการศึกษาจะนำไปใช้ประโยชน์หรือการวางแผนการดำเนินงาน เพื่อป้องกันแก้ไขปัญหาภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มชาวเขาเผ่าม้ง อำเภอเวียงแก่น จังหวัดเชียงรายต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความฉลาดทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มชาวเขาเผ่าม้ง อำเภอเวียงแก่น จังหวัดเชียงราย
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ ในการควบคุมโรคของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มชาวเขาเผ่าม้ง อำเภอเวียงแก่น จังหวัดเชียงราย

สมมุติฐานการวิจัย

1. **เพศ** มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพในการควบคุมโรคของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มผู้ป่วยชาวเขาเผ่าม้ง อำเภอเวียงแก่น จังหวัดเชียงราย
2. **อายุ** มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพในการควบคุมโรคของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มผู้ป่วยชาวเขาเผ่าม้ง อำเภอเวียงแก่น จังหวัดเชียงราย
3. **สถานภาพสมรส** มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพในการควบคุมโรคของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มผู้ป่วยชาวเขาเผ่าม้ง อำเภอเวียงแก่น จังหวัดเชียงราย
4. **ระดับการศึกษา** มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพในการควบคุมโรคของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มผู้ป่วยชาวเขาเผ่าม้ง อำเภอเวียงแก่น จังหวัดเชียงราย
5. **อาชีพ** มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพในการควบคุมโรคของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มผู้ป่วยชาวเขาเผ่าม้ง อำเภอเวียงแก่น จังหวัดเชียงราย
6. **ฐานะทางเศรษฐกิจ** มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพในการควบคุมโรคของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มผู้ป่วยชาวเขาเผ่าม้ง อำเภอเวียงแก่น จังหวัดเชียงราย
7. **ความฉลาดทางสุขภาพ** มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพในการควบคุมโรคของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มผู้ป่วยชาวเขาเผ่าม้ง อำเภอเวียงแก่น จังหวัดเชียงราย

ขอบเขตของการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบตัดขวาง (Cross-Sectional Survey research) โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาความฉลาดทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มชาวเขาเผ่าม้ง และศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพในการควบคุมโรคของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มชาวเขาเผ่าม้ง อำเภอเวียงแก่น จังหวัดเชียงราย ในช่วงระยะเวลา ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2559 ถึงวันที่ 31 มีนาคม 2559

นิยามศัพท์เฉพาะ

ความฉลาดทางสุขภาพ หมายถึง ความรู้ ความเข้าใจ ร่วมกับทักษะของบุคคล ในการดูแลสุขภาพของแต่ละบุคคล จำแนก 3 ระดับได้แก่ ระดับ 1 ความฉลาดทางสุขภาพขั้นพื้นฐาน ระดับ 2 ความฉลาดทางสุขภาพขั้นการมีปฏิสัมพันธ์ และระดับ 3 ความฉลาดทางสุขภาพขั้นวิจารณ์ญาณ

ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชาวเขาเผ่าม้ง หมายถึง ผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่เป็นกลุ่มชาวเขาเผ่าม้ง ในอำเภอเวียงแก่น จังหวัดเชียงราย และได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์

ความฉลาดทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง หมายถึง การใช้ความรู้ ความเข้าใจ ร่วมกับทักษะทางสังคม ทักษะในการตัดสินใจ เลือกใช้ข้อมูลให้เกิดสุขภาพที่ดี เพื่อผลลัพธ์ในการนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง

พฤติกรรมกรรมการควบคุมโรค หมายถึง การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ชาวเขาเผ่าม้ง หรือลักษณะนิสัยการดำเนินชีวิตประจำวัน ที่ทำให้เกิดผลดีต่อสุขภาพ โดยประกอบด้วย พฤติกรรมการควบคุมอาหาร พฤติกรรมการออกกำลังกาย พฤติกรรมการรับประทานยา พฤติกรรมการจัดการความเครียด และพฤติกรรมมารตราวจตามนัด

ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย

ผลการศึกษาที่ได้สามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานและเป็นแนวทางให้กับทีมสุขภาพ อำเภอเวียงแก่น จังหวัดเชียงราย และผู้เกี่ยวข้อง ในการนำไปใช้วางแผนการดูแล การส่งเสริม พฤติกรรมที่ถูกต้องและเหมาะสม ให้กับผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูงที่เป็นกลุ่มชาวเขาเผ่าม้ง

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาความฉลาดทางสุขภาพของกลุ่มผู้ป่วยชาวเขาเผ่าม้ง โรคความดันโลหิตสูง อำเภอเวียงแก่น จังหวัดเชียงราย ผู้ศึกษาได้ทบทวนวรรณกรรม แนวคิด ทฤษฎี งานวิจัย และเอกสารที่เกี่ยวข้อง ซึ่งมีสาระสำคัญต่าง ๆ ดังนี้

1. วิธีชนเผ่าม้ง
2. ภาวะความดันโลหิตสูง และการควบคุมภาวะความดันโลหิตสูง
3. แนวความคิดเกี่ยวกับความฉลาดทางสุขภาพ
4. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
5. กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีชนเผ่าม้ง

ประวัติและความเป็นมา

ชนชาติพันธุ์ม้งหรือชนเผ่าม้ง ไม่มีใครสามารถชี้ชัดได้ว่าต้นกำเนิดมาจากที่ใด แต่ได้มีการสันนิษฐานกันว่าม้งคงจะอพยพมาจากที่ราบสูงธิเบต ไชบีเรีย และมองโกเลีย เข้าสู่ประเทศจีน และตั้งหลักแหล่งอยู่แถบลุ่มแม่น้ำเหลือง (แม่น้ำฮวงโห) เมื่อราว 3,000 ปีมาแล้ว ซึ่งชาวเขาเผ่าม้ง จะตั้งถิ่นฐานอยู่ในมณฑลไคเวจ่า สุนหน่า กวางสี และมณฑลยูนนาน ม้งอาศัยอยู่ในประเทศจีน มาหลายศตวรรษ จนกระทั่ง ประมาณคริสต์ศตวรรษที่ 17 ราชวงศ์แมนจู มีอำนาจในประเทศจีน กษัตริย์จีนในราชวงศ์แมนจูได้เปลี่ยนนโยบายเป็นการปราบปราม เพราะเห็นว่าม้งที่เป็นผู้ขายส่วนใหญ่ แล้วรูปร่างหน้าตาคล้ายกับคนรัสเซีย ทำให้คนจีนคิดว่า ม้งเป็นคนรัสเซีย จึงเป็นเหตุให้มีการปราบปรามม้งเกิดขึ้น โดยให้ชาวม้งยอมจำนน และยอมรับวัฒนธรรมของจีน และอีกประการหนึ่ง คือ เห็นว่า ม้งเป็นพวกอารยชนแห่งขุนเขา (คนป่าเถื่อน) จึงได้มีการต่อสู้กันอย่างรุนแรงในหลายแห่ง เช่น ในเมืองพังหยุนในปี พ.ศ. 2009 และการต่อสู้ในมณฑลไคเวจ่าในระหว่าง พ.ศ. 2276-2278 และการต่อสู้ในมณฑลเสฉวนในระหว่าง พ.ศ. 2306-2318 ในที่สุดชาวม้งประสบกับความพ่ายแพ้ สูญเสียพลรบ และประชากรเป็นจำนวนมาก เริ่มอพยพถอยร่นสู่ทางใต้ และกระจายเป็นกลุ่มย่อย ๆ กลับขึ้นอยู่บนที่สูงป่าเขาในแคว้นสิบสองจุไทย สิบสองปันนา และอีกกลุ่มได้อพยพไปตามทิศตะวันออกเฉียงเหนือของราชอาณาจักรลาวบริเวณทุ่งไหหินเตียนเปียนฟู โดยมีหัวหน้าม้ง

คนหนึ่ง คือ นายพลวังปอ ได้รวบรวมมั่ง และอพยพเข้าสู่ประเทศไทยเมื่อประมาณ พ.ศ. 2400 เศษ เป็นต้นมา (โครงการพิพิธภัณฑสถานแห่งชาติออนไลน์, 2558)

อีกทั้งยังมีการสันนิษฐานที่สอดคล้องกัน จากฐานข้อมูลกลุ่มชาติพันธุ์ในประเทศไทย (ศุภย์มานุษยวิทยาสิรินธร, 2550) พบว่า ชาวมั่ง เคยเป็นส่วนหนึ่งของจีน หรืออาจเรียกว่าเป็นกลุ่มจีนเก่า และมีชื่อเรียกอีกชื่อหนึ่งว่า แม้ว แต่คำว่าแม้วถือเป็นคำไม่สุภาพที่จะใช้เรียกชาวมั่ง อย่างไรก็ตามบรรพบุรุษของชาวมั่งเคยอาศัยอยู่บริเวณแม่น้ำเหลือง เมื่อราว 2,000 ปีก่อนคริสตกาลสมัยนั้น มั่งเคยต่อต้านการขยายตัวของจีน แต่สุดท้ายก็เป็นฝ่ายพ่ายแพ้ในที่สุดและถูกบังคับให้ยอมรับวัฒนธรรมจีน แต่ถึงอย่างไรก็มีมั่งจำนวนมากที่มีความคิดว่ายอมถอยหนีไปอยู่ในพื้นที่ที่ยากแก่การเข้าถึงดีกว่าการที่ต้องยอมรับวัฒนธรรมชาวจีน ในสมัย 1,000 ปีต่อมา ยุคของขงจื้อ ได้มีกล่าวถึงชนเผ่ามั่งว่า เป็น “พวกอนารยชนแห่งขุนเขา” และเป็นพวกกบฏที่พึงรังเกียจของจีน

ในระยะแรกของการรวมเป็นเผ่าพันธุ์ชาวมั่ง ได้สร้างวัฒนธรรมประจำเผ่าของตนเองไว้อย่างมั่นคงและยังคงปรากฏอยู่จนทุกวันนี้

ในช่วงพุทธศตวรรษที่ 23 และ 24 ชาวมั่งได้อพยพมาทางตอนใต้ เข้าเข้าสู่ตั้งถิ่นฐานและประเทศญวน ได้มีการสู้รบ กับพวกญวน แต่ต่อมา พวกมั่งก็ได้ถอนตัวออกจากที่ราบ ซึ่งมีอากาศชื้นด้วยความสมัครใจ ของพวกเขาเอง ค่อย ๆ ถอยกลับขึ้น สู่ภูเขา และได้อยู่ต่อมาจนปัจจุบัน นอกจากนี้ก็มีมั่งอีกพวกหนึ่ง อพยพเข้าสู่พม่าและตั้งถิ่นฐานอยู่บริเวณภูเขา เช่นเดียวกัน มีชาวมั่งบางส่วนได้อพยพจากประเทศลาวและพม่าเข้าสู่ประเทศไทยมาอาศัยอยู่ทางเหนือของประเทศไทย

ปัจจุบันชาวมั่งส่วนใหญ่ในประเทศไทย ตั้งถิ่นฐานอยู่ตามภูเขาสูง หรือที่ราบเชิงเขา ในเขตพื้นที่จังหวัดเชียงราย พะเยา น่าน เชียงใหม่ แม่ฮ่องสอน แพร่ ลำปาง กำแพงเพชร เลย พิษณุโลก เพชรบูรณ์ สุโขทัย และตาก มีจำนวนประชากรทั้งสิ้นประมาณ 151,080 คน (โครงการพิพิธภัณฑสถานแห่งชาติออนไลน์, 2558)

ชาวมั่งในประเทศไทยมีอยู่ด้วยกัน 3 กลุ่ม ซึ่งสามารถสังเกตได้จากการแต่งกายด้วยชุดประจำเผ่า คือ

1. มั่งเดอะ (มั่งขาว)
2. มั่งจิว (มั่งเขียว หรือ มั่งดำ)
3. มั่งกั้วมะบา (มั่งลาย)

มั่งเดอะ (มั่งขาว)

หญิง สวมกระโปรงผ้าปานดิบยาวลงมาถึงหัวเข่า มีผ้าพันหน้าแข้งตั้งแต่ข้อเท้าถึงหัวเข่า แต่ปัจจุบันนี้หันมาใส่กางเกงสีด้ากว้าง ๆ แบบจีน คาดเอวด้วยผ้าสีแดง ปล่อยชายผ้าสีเหลืองถึงยาวลงมาด้านหน้าและด้านหลัง คอปกเสื้อกว้างแบบทหารเรือ โปกหัวด้วยผ้าสีครามหรือสีดำ

ชาย นุ่งกางเกงด้ากว้าง ๆ เป้าหย่อนลงมาไม่มากนัก สวมเสื้อป้ายอกมีผ้าคาดเอว

มั่งจิว (มั่งเขียวหรือมั่งดำ)

หญิง ยังสวมกระโปรงสีฟ้าแก่ ระดับลายภาพวาดด้วยซี่ผึ้งและมีปักลวดลายใน ส่วนล่างของกระโปรง มีผ้าคาดเอวสีแดง ผ้าห้อยลงมาสีดำ เสื้อเป็นสีต่าง ๆ คอปกเสื้อเล็กกว่ามั่งขาว 4 นิ้ว ขอบปกเป็นรูปโค้ง ไม่มีผ้าโปกหัว แต่มีผ้าถักบาง ๆ แถบเป็นลายดอกไม้สีแดง พันรอบมวยผม

ชาย ใส่กางเกงดำเหมือนมั่งขาว แต่เป้ากางเกงหย่อนลงมาจนเกือบถึงพื้น ดินแบบอาหรับ ปลายขารัดที่ข้อเท้า สวมหมวกทำด้วยผ้าแพรต่วน ไม่มีขอบ

มั่งกัวมะบา (มั่งลาย)

หญิง ชายเสื้อยาว ปิดด้วยกระโปรงเวลาสวมใส่ สาบเสื้อทั้งสองข้างจะปักลวดลายหรือขลิบ ด้วยผ้าสี ตัวกระโปรงจีบเป็นรอบ ทำเป็นลวดลายต่าง ๆ ทั้งการปัก และย้อม รอย ผ้าของกระโปรงอยู่ด้านหน้า มีผ้าเหลืองผืนยาวปักลวดลายปิดรอยผ้า และมี สีแดงคาดเอวทับอีกทีหนึ่ง โดยผูกปล่อยชายเป็นหางไว้ด้านหลังสำหรับ กระโปรงนี้จะใส่ในทุกโอกาส และในอดีตนิยมพันแข้งด้วยผ้าสีดำอย่าง ประณีตซ้อนเหลืองเป็นชั้น ๆ ปัจจุบันก็ไม่ค่อยนิยมใส่กันแล้ว ผู้หญิงมั่งลาย นิยมพันผมเป็นมวยไว้กลางกระหม่อม และมีช้องผมมวยซึ่งทำมาจากหางม้า พันเสริมให้มวยผมใหญ่ขึ้น ใช้ผ้าแถบเป็นตาข่ายสีดำพันมวยผม แล้วประดับด้วยลูกปัดสีสวย ๆ ส่วนเครื่องประดับเพิ่มเติม นั้น มีลักษณะเหมือนกับมั่งขาว

ชาย เสื้อแขนยาวจรดข้อมือ แต่ชายเสื้อระดับเอว ปกสาบเสื้อด้านขวา จะป้ายเลยมาทับซีกซ้ายของตัวเสื้อตลอดจนแนวสาบเสื้อ จะใช้ด้ายสี และผ้าสีปักลวดลายต่าง ๆ สะดุดตากางเกงเดียวกับเสื้อ มีลักษณะขากว้างมาก แต่ปลายขาแคบลง ส่วนที่เห็นได้เด่นชัด คือเป้ากางเกงจะหย่อนลงมาจนต่ำกว่าระดับเข่า รอบเอวจะมีผ้าสีแดงพัน ทับกางเกงไว้ซึ่งชายผ้าทั้งสองข้างปักลวดลายสวยงามอยู่ด้านหน้า และนิยมคาดเข็มขัดทับผ้าแดง หรือผูกเชือกทับผ้าแดง

ภาษา

ภาษามั่งจัดอยู่ในสาขาเมียน-เฝ้าของตระกูลจีน-ทิเบต ไม่มีภาษาเขียนแต่ยืมตัวอักษรภาษาโรมัน มาใช้ มั่งไม่มีภาษาที่แน่นอน ส่วนใหญ่มักจะได้รับภาษาอื่นมาใช้พูดกัน เช่น ภาษาจีน ญวนนาน ภาษาลาว ภาษาไทยภาคเหนือ เป็นต้น ซึ่งมั่งทั้ง 3 เผ่าพูดภาษาคคล้าย ๆ กัน คือ มีรากศัพท์

และไวยากรณ์ที่เหมือนกัน แต่การออกเสียงหรือสำเนียงจะแตกต่างกันเล็กน้อย มั่งสามารถใช้ภาษาเฝ้าของตนเอง พูดคุยกับมั่งเฝ้าอื่นเข้าใจได้เป็นอย่างดี แต่มั่งไม่มีภาษาเขียนหรือตัวหนังสือ อย่างไรก็ตามในปัจจุบันชาวมั่งได้เขียน และอ่านหนังสือภาษามั่ง โดยการใช้อักษรละติน (Hmong RPA) เรื่องราวความเป็นมาต่าง ๆ ของมั่ง จึงอาศัยวิธีการจำและเล่าสืบต่อกันมาเพียงเท่านั้น

วิถีชีวิต และลักษณะบ้านเรือน

วิถีชีวิตของชาวมั่งในอดีตนั้น มั่งอาศัยอยู่ตามภูเขาอยู่ตามธรรมชาติ เนื่องจากกลุ่มชาติพันธุ์ชาวมั่ง เป็นนักต่อสู้มาตั้งแต่ครั้งบรรพบุรุษเคยเป็นชนชาติที่มีความยิ่งใหญ่พอสมควร

ในประวัติศาสตร์อดีตของชาวมั่ง มีสภาพชีวิตความเป็นอยู่ในลักษณะที่ต้องต่อสู้กับภัยธรรมชาติขาดความช่วยเหลือจากโลกภายนอก และมีขนบธรรมเนียมประเพณีที่สืบทอดต่อ ๆ มาเป็นของตนเอง จึงดูเหมือนว่าชาวมั่งมักจะไม่มีใครมีความไว้วางใจต่อคนแปลกหน้ามากนัก แต่ในปัจจุบันชาวมั่งมีการติดต่อกับโลกภายนอกมากขึ้น โดยเฉพาะกับคนพื้นราบ

ชาวมั่ง มีลักษณะนิสัยมีความขยันขันแข็ง มีความอดุสาหะชีวิตประจำวันแทบจะไม่มีเวลาว่างจากการทำงานเลยทั้งหญิงและชาย นอกจากงานในไร่แล้ว ผู้ชายยังต้องรับผิดชอบในการซ่อมแซมบ้านเรือน วัสดุ เครื่องมือ เครื่องใช้ ในครัวเรือน ตลอดจนการติดต่อดำขาย ทำธุรกิจกับคนภายนอก เมื่อว่างจากการงานก็จะออกไปล่าสัตว์นำมาเป็นอาหารบ้าง สำหรับผู้หญิงมั่ง นอกจากงานในไร่ยังจะต้องรับผิดชอบในเรื่องจัดหาอาหาร เลี้ยงสัตว์ ทำความสะอาดเสื้อผ้า เครื่องนุ่งห่ม ยามว่างก็จะเย็บปักถักร้อย ประดิษฐ์ลวดลายต่าง ๆ ลงบนลายผ้าเอาไว้ใช้ตัดเย็บใส่เสื้อผ้า เป็นต้น

ชาวมั่งมีนิสัยรักความเป็นอิสระ ซึ่งเป็นลักษณะที่เด่นชัดประวัติศาสตร์ของมั่ง จะเห็นได้ว่าพยายามหลีกเลี่ยงการถูกกดขี่และครอบงำจากจีนมาตลอด มาจนบางครั้งทำให้เกิดการต่อสู้และเป็นผลทำให้มีการอพยพลงมาทางใต้ของชาวมั่ง เช่นในปัจจุบัน

มั่งเป็นคนฉลาดกว่าชาวเขาเฝ้าอื่น ๆ ที่มีอยู่ในประเทศไทย โดยเฉพาะการคิดคำนวณ ทั้งนี้ เนื่องจากอาจจะเป็นเพราะว่าชาวมั่งมีความสนใจในการศึกษาหาความรู้ ช่างสังเกตอีกทั้งมั่งส่วนใหญ่ มีนิสัยเปิดเผยจริงใจ และซื่อสัตย์ โดยเฉพาะในเรื่องของการทำธุรกิจ

แต่ก่อนมั่งต้องตรากตรำทำงานหนักอยู่แต่ในไร่เท่านั้น ทำให้มั่งไม่มีเวลาที่จะดูแลตัวเองและครอบครัว ดังนั้น ชีวิตความเป็นอยู่ของมั่งจึงเป็นแบบเรียบง่าย เพราะคลุกคลีกับธรรมชาติเป็นส่วนใหญ่เท่านั้น ชีวิตประจำวันของมั่ง คือ จะทำอะไร ทำสวน และหารายได้เล็กน้อยเพื่อจุนเจือครอบครัว ส่วนเรื่องอาหารก็จะเป็นเรื่องเรียบง่ายในการกินอาหาร มั่งนิยมใช้ตะเกียบซึ่งรับมาจากธรรมเนียมจีน ส่วนเหล้าจะนิยมดื่มกันในงานเลี้ยงต่าง ๆ เช่น งานแต่งงาน งานเลี้ยงญาติ

อาจเป็นญาติของภรรยาที่มาเยี่ยม ฝ่ายญาติทางสามีจะต้องรินแก้วเหล้าแจก ครั้งละ 2 แก้ว โดยเชื่อกันว่าจะทำให้คู่สามีภรรยาอยู่ด้วยกันตลอดไป ก่อนจะดื่มเหล้าแต่ละคนจะพูดว่า “ผมจะดื่มเพื่อทุกคน” และจะต้องคว่ำจอก หรือคว่ำแก้วเมื่อหมดแล้ว มั่งจะนิยมดื่มเหล้าครั้งเดียวหมดแก้ว มีการดื่มข้าวเหนียวหลายครั้ง ผู้ที่มีใช้นักดื่มย่อมจะทนไม่ได้ อาจขอให้บุคคลอื่นช่วยดื่มแทนก็ได้ เหล้าจะทำกันเองในหมู่บ้าน ซึ่งทำจากข้าวโพด ข้าว หรือข้าวสาลี

มั่งให้เกียรติแก่ผู้ชาย เพราะฉะนั้นผู้หญิงจึงรับประทานอาหาร หลังผู้ชายเสมอ การประกอบอาหารของมั่งส่วนใหญ่จะเป็นในลักษณะการต้ม ทอด และมั่งยังมีความสามารถในการถนอมอาหาร ซึ่งในการถนอมอาหารสามารถถนอมได้หลายแบบ เช่น การหมัก การดอง

ลักษณะบ้านเรือน ชนเผ่ามั่ง นิยมสร้างบ้านอยู่บนภูเขาสูง ใช้พื้นดินเป็นพื้นบ้าน ฝาบ้านเป็นไม้แผ่น มุงด้วยคา มีห้องนอน กับห้องครัวในบ้าน บ้านจะมีขนาดใหญ่ เพราะอยู่อาศัยในลักษณะครอบครัวขยาย มั่งถือผู้อาวุโสเป็นหัวหน้าครอบครัว วัสดุส่วนใหญ่ใช้ไม้เนื้ออ่อน ผนังกั้นระหว่างห้องหรือบ้านทำใช้ลำไม้ไผ่ ฝาเคลือบเป็นแผ่น หลังคามุง ด้วยหญ้าคา หรือใบจาก แต่เสาจะเป็นไม้เนื้อแข็ง แปลนเป็นแบบง่าย ๆ ตัวบ้านไม่มีหน้าต่าง ซึ่งทำให้ภายในบ้านมืด อับ และขาดการถ่ายเทอากาศ เนื่องจากอยู่ในที่อากาศหนาวเย็น ใกล้กับประตูหลัก จะมีเตาไฟเล็ก และแคร่ไม้ไผ่สำหรับนั่งหรือนอน เอาไว้รับแขก กลางบ้านจะเป็นที่ทำงานบ้าน เข้าไปในสุดด้านซ้ายจะเป็นเตาไฟใหญ่สำหรับ ทำอาหารเลี้ยงแขกจำนวนมาก และเอาไว้ต้มอาหารหมู บางบ้านจะมีครกไม้ใหญ่สำหรับตำข้าวเปลือก มีลูกโม่หินสำหรับบดข้าวโพด แบ่ง ถั่วเหลือง ใกล้กับที่ทำงาน จะมีกระบอกลูกไม้ไผ่รองน้ำตั้งอยู่ สำหรับหมู่บ้านฝั่งซ้ายมักจะทำกันเป็นห้องนอนของพ่อแม่กับลูก

ภายในบ้านจะมีสถานที่ศักดิ์สิทธิ์ อยู่ 4 แห่ง คือ ประตูทางเข้าหลัก เสากลางบ้าน ผนังบ้าน ที่ตรงข้ามกับประตูหลัก (เป็นสถานที่ประกอบพิธีกรรมทางไสยศาสตร์ของมั่ง จะประกอบด้วยกระดาดที่ตัดมาติดเป็นแผ่นใหญ่และยาวเป็นรูปสี่เหลี่ยม และมีการตั้งโต๊ะหมู่บูชา จะมีการนบถระบอง หรือ กระบอกลูกไม้ไผ่ใส่ข้าวเปลือก หรือ ขี้เถ้า หรือข้าวโพดก็ได้ จะนำรูปจำนวน 7 ดอกมาปักข้าง ๆ กระบอกลูก จะมีการบอกลูก และกระบอกลูกน้ำไว้เช่นไหว้) และเตาไฟใหญ่

ชาวมั่งจะไม่ค่อยย้ายที่อยู่บ่อยนักเมื่อเทียบกับเผ่าอื่น บางทีอยู่นาน 15-20 ปี จึงย้ายไปอยู่ที่ใหม่ และอาจย้ายกลับมาที่เดิมอีกมั่งมีระบบ เครือญาติที่มั่นคงมาก จึงเป็นการยากที่จะถูกกลืนโดยชนชาติอื่น ๆ ในปัจจุบันนี้ยังมีการสร้างบ้านเรือนเช่นนี้อยู่ แต่พบน้อยมาก ส่วนใหญ่มั่งจะรับวัฒนธรรมของสังคมอื่น ๆ มา จึงทำให้การสร้างบ้านเรือนเปลี่ยนแปลงไป โดยสร้างบ้านเรือนเหมือนกับคนไทยมากขึ้น และจะมีการย้ายบ้านเมื่อมีโรคระบาด หรือมีเหตุการณ์ที่ร้ายแรงเกิดกับหมู่บ้าน หรือขัดแย้งกับราชการ จนต้องมีการต่อสู้เกิดขึ้น ในการย้ายแต่ละครั้ง จะมีการย้ายแบบระมัดระวังที่สุด เมื่อใกล้จะย้ายแล้วมั่งมีการชูดหลุมเพื่อที่จะฝังสัมภาระ ที่เป็น

หม้อข้าว-หม้อแกงที่ไม่จำเป็นมาก และจะทำเครื่องหมายบางอย่างที่สามารถที่จะจำได้ไว้ เพื่อย้อนกลับมาเอาเมื่อเหตุการณ์สงบเรียบร้อย เมื่อเริ่มย้ายมั่งจะนำมา เป็นพาหนะในการบรรทุกของ โดยให้ผู้ชายนำขบวนเดินทางพร้อมกับแพ้วทางทางเดินให้กับผู้หญิง และลูกเดินตามกับม้าที่บรรทุกของด้วย และผู้ชายที่มีอาวุธอยู่ที่ท้ายขบวนคอยป้องกันดูแล เมื่อการเดินทางไปถึงบริเวณที่ต้องการที่จะตั้งรกรากแล้ว การที่จะอยู่ในบริเวณนั้นได้นั้น จะต้องให้คนที่เป็นหมอผีหรือคนทรงเจ้าจะเป็นคนเสี่ยงทายพื้นที่นั้นก่อน เพื่อความอยู่รอดของมั่ง ความเชื่อก่อนที่จะปลูกบ้านเรือน: มั่งจะมีการเสี่ยงทายพื้นที่ที่จะมีการปลูกบ้านเรือนก่อน เพื่อครอบครัวจะได้มีความสุข และร่ำรวย โดยกระทำดังนี้ เมื่อเลือกสถานที่ได้แล้ว จะขุดหลุมหนึ่งหลุมแล้วนำเมล็ดข้าวสารจำนวนเท่ากับสมาชิกในครอบครัวโรยลงในหลุม แล้วโรยข้าวสารอีกสามเมล็ดแทนสัตว์เลี้ยงเสร็จแล้ว จะจุดธูปบูชาผีเจ้าที่เจ้าทาง เพื่อขออนุญาต และเอาชามมาครอบก่อนเอาดินกลบ รุ่งขึ้นจึงเปิดดู หากเมล็ดข้าวยังอยู่เรียบ ก็หมายความว่า ที่ดังกล่าวสามารถทำการปลูกสร้างบ้านเรือนได้รอบ ๆ ตัวบ้านมักจะมีโรงม้า คอกหมู เล้าไก่ ยุ้งฉางใส่ข้าวเปลือก ถั่ว และ ข้าวโพด

จะเห็นได้ว่าลักษณะบ้านเรือนของมั่งนั้น มีลักษณะที่เอื้อต่อการเกิดโรคต่าง ๆ เป็นอย่างมาก ทำให้หลายภาคส่วนที่ต้องการเข้าช่วยเหลือชาวมั่งต้องมีการเรียนรู้วัฒนธรรมต่าง ๆ และค่อย ๆ แนะนำปรับเปลี่ยนในส่วนที่จะทำให้วิถีชีวิตของมั่งดีขึ้นต่อไป

วัฒนธรรมประเพณี

ชาวเขาเผ่ามั่ง มีประเพณีและวัฒนธรรมตลอดทั้งความเชื่อเป็นของตนเอง สืบมาแต่บรรพบุรุษ ได้แก่

ประเพณีแต่งงาน ตามจารีตประเพณี สังคมของมั่ง มีการสืบสกุลทางฝ่ายชาย บุตรชายจะเป็นผู้สืบทอดหน้าที่ทางพิธีกรรมต่าง ๆ ต่อจากบิดา การแต่งงานจะรับรู้ในลักษณะความหมายในการซื้อเมีย เพราะฝ่ายชายจะต้องจ่ายค่าสินสอด ซื้อตัวเจ้าสาว ออกมาจากครอบครัวมาเป็นสมาชิกแรงงานใหม่ในครอบครัวของฝ่ายชาย และไม่ว่าจะในกิจกรรมใด ๆ ก็ตามส่วนใหญ่ฝ่ายชายจะเป็นผู้ชี้ขาดตัดสินใจเป็นเสียงสุดท้าย

เมื่อฝ่ายชายและฝ่ายหญิงรู้จักกันและเกิดรักกัน ทั้ง 2 คนอยากใช้ชีวิตร่วมกัน ฝ่ายชายและฝ่ายหญิงจะกลับมาบ้านของตนเอง และฝ่ายชายค่อยมาพาฝ่ายหญิงจากบ้านของฝ่ายหญิง โดยผ่านประตูบ้านของฝ่ายหญิง เพราะคนมั่งถือและเป็นวัฒนธรรมของคนมั่ง หลังจากที่ฝ่ายชายและฝ่ายหญิงกลับมาถึงบ้านของฝ่ายชาย พ่อ แม่ของฝ่ายชาย จะเอามาแม่ไก่มาหมูนอบคิริษะทั้งสองคน 3 รอบเรียกว่า “หรือข้า” เป็นการต้อนรับคนทั้งสองเข้าบ้าน ซึ่งฝ่ายชายต้องแจ้งให้ญาติทางฝ่ายหญิงทราบภายใน 24 ชั่วโมง โดยจัดหาคน 2 คน เพื่อไปแจ้งข่าวให้พ่อแม่และญาติทางฝ่ายหญิงทราบ ว่าตอนนี้บุตรชายของเราได้พาบุตรสาวของท่าน

มาเป็นลูกสะใภ้ของเราแล้ว ท่านไม่ต้องเป็นห่วงบุตรสาว โดยคนที่ไปแจ้งข่าวนั้นคนมั่งเรียกว่า “แม่กึ่ง” พ่อแม่ฝ่ายหญิงจะแจ้งให้ทางฝ่ายชายว่าทราบอีก 3 วัน ให้ “แม่กึ่ง” มาใหม่ นั้นหมายถึงว่า พ่อแม่ทางฝ่ายหญิงต้องการจัดงานแต่งงาน สมัยก่อนคนมั่งมักจะอยู่กินด้วยกัน ก่อนสองถึง 3 เดือน หรืออาจจะเป็นปีแล้วค่อยมาจัดงานแต่ง แต่ปัจจุบันนี้สังคมเปลี่ยนไปตาม ยุคเทคโนโลยี ทำให้การจัดงานแต่งงานของคนมั่ง ได้กำหนดจัดงานแต่งงานภายใน 3 วัน เป็นที่ นิยมกันในปัจจุบัน

ชาวมั่ง จะไม่เกี่ยวพาราสิ หรือแต่งงานกับคนแซ่หรือตระกูลเดียวกัน เพราะถือเป็นเรื่องกัน ชาวมั่งนิยมแต่งงาน ในระหว่างอายุ 15-19 ปี เมื่อแต่งงานกันแล้วฝ่ายหญิงจะย้ายเข้ามาอยู่ในบ้านของฝ่ายชาย ซึ่งนับเป็นการเพิ่มสมาชิกในครอบครัวชายชาวมั่ง อาจมีภรรยาได้มากกว่าหนึ่งคน อยู่รวมกันในบ้านของฝ่ายสามี

เหตุผลที่สำคัญที่สุดที่ผู้ชายมั่งจะพิจารณาเลือกสาวมาเป็นคู่ครอง คือ ต้องมีความขยัน แข็งแรงและแข็งแรง ส่วนความสวยนั้นมาเป็นอันดับรอง ในทำนองเดียวกันหากหนุ่ม มั่งคนไหน ขี้เกียจ ดัดฝืน ก็ย่อมยากที่จะหาสาวมาเป็นภรรยาได้ เพราะลักษณะนิสัยของมั่ง จะต้องเป็น บุคคลที่ขยันทำงานอย่างจริงจัง และเนื่องจากสังคมของมั่งยังนิยมใช้แรงงานคนเป็นสำคัญ ครอบครัวหนึ่ง ๆ ก็ควรมีแรงงานมากพอสมควร ดังนั้น มั่งจึงนิยมมีบุตรหลายคน ครอบครัวไหน มีลูกหลานมาก ก็หมายถึงมีแรงงานมากมาก การเพาะปลูกและผลผลิตก็ย่อมจะได้มากตามไปด้วย ซึ่งจะทำให้สถานะทางเศรษฐกิจภายในครอบครัวมีความเจริญยิ่งขึ้น

ประเพณีขึ้นปีใหม่หรือประเพณีฉลองปีใหม่ ซึ่งเป็นงานรื่นเริงของชาวมั่งของทุก ๆ ปี จะจัดขึ้นหลังจากได้เก็บเกี่ยวผลผลิตในรอบปีเรียบร้อย และเป็นการฉลองถึงความสำเร็จ ในการเพาะปลูกของแต่ละปี ซึ่งจะต้องทำพิธีบูชาถึง ผีฟ้า-ผีป่า-ผีบ้าน ที่ให้ความคุ้มครอง และดูแลความสุขสำราญตลอดทั้งปี รวมถึงผลผลิตที่ได้ในรอบปีด้วย ซึ่งแต่ละหมู่บ้านจะทำการ ฉลองกันอย่างพร้อมเพรียงกัน หรือตามวันและเวลาที่สะดวกของแต่ละหมู่บ้าน ซึ่งโดยมากจะ อยู่ในช่วงเดือนธันวาคมของทุกปี ประเพณีฉลองปีใหม่มั่งนี้ชาวมั่งเรียกกันว่า “น่อเป็โจ้วฮี้” แปลตรงตัวได้ว่า “กินสามสิบ” สืบเนื่องจากชาวมั่งจะนับช่วงเวลาตามจันทรคติ โดยจะเริ่ม นับตั้งแต่ขึ้น 1 ค่ำ ไปจนถึง 30 ค่ำ (ซึ่งตามปฏิทินจันทรคติจะแบ่งออกเป็นข้างขึ้น 15 ค่ำ และ ข้างแรม 15 ค่ำ) เมื่อครบ 30 ค่ำ จึงนับเป็น 1 เดือน ดังนั้นในวันสุดท้าย (30 ค่ำ) ของเดือน สุดท้าย (เดือนที่ 12) ของปีจึงถือได้ว่าเป็นวันส่งท้ายปีเก่า ช่วงวันฉลองปีใหม่ส่วนใหญ่จะตกอยู่ ประมาณช่วงเดือนพฤศจิกายนถึงเดือนมกราคม ในวันดังกล่าวหัวหน้าครัวเรือนของแต่ละบ้าน จะประกอบพิธีกรรมทางศาสนา เพื่อความเป็นสิริมงคลของครัวเรือน ถัดจากวันส่งท้ายปีเก่าไป 3 วัน คือวันขึ้น 1 ค่ำ 2 ค่ำ และ 3 ค่ำ ของเดือนหนึ่ง จัดเป็นวันฉลองปีใหม่อย่างเป็นทางการ

ซึ่งทุกคนจะหยุดหน้าที่การงานทุกอย่างในช่วงวันดังกล่าวนี้ และจะมีการจัดการละเล่นต่าง ๆ ในงานขึ้นปีใหม่ เช่น การละเล่นลูกช่วง การตีลูกช่วง การร้องเพลงม้ง

ประเพณีกินข้าวใหม่ของม้ง เป็นประเพณีที่สืบทอดกันมาตั้งแต่สมัยรุ่นทวด-รุ่นปู่ ซึ่งม้งจะมีความเชื่อว่าจะต้องเลี้ยง ผีปู่-ผีย่า เพราะช่วงเวลาในหนึ่งรอบปีหรือในหนึ่งปีที่ผ่านมา นั้นผีปู่-ผีย่า ได้ดูแลครอบครัวของแต่ละครอบครัวเป็นอย่างดี ดังนั้น จึงมีการปลูกข้าวใหม่ เพื่อจะเซ่นบูชา คุณผีปู่-ผีย่ากับเจ้าที่ทุกคน ซึ่งการกินข้าวใหม่จะทำการกันในเดือน ตุลาคมของทุกปี ข้าวใหม่คือข้าวที่ปลูกขึ้นมา เพื่อที่จะเซ่นถวายให้กับผีปู่-ผีย่า แล้วสูกในระหว่างเดือนกันยายน ถึงต้นเดือนตุลาคม แล้วจะต้องเก็บเกี่ยวโดยเกี่ยวข้าว ที่มีขนาดเล็ก เพราะเกี่ยวที่ใช้เกี่ยว นั้นสามารถที่จะเกี่ยวต้นข้าวได้เพียง 3-4 ต้นเท่านั้น จะเริ่มเกี่ยวได้เมื่อรวงข้าวสุก แต่ยังไม่เหลืองมาก ต้องเกี่ยวตอนที่รวงข้าวมีสีเขียวปนเหลือง เมื่อเกี่ยวเสร็จก็จะนำมานวดให้ ข้าวเปลือกหลุดออกโดยไม่ต้องตากให้แห้ง นำข้าวเปลือกที่นวดเรียบร้อยแล้ว มาคั่วให้เมล็ดข้าวแข็ง และเปลือกข้าวแห้ง เพื่อให้สะดวกในการตำข้าว ในอดีตนั้นนิยมการตำข้าวด้วยได้กกระเดื่อง เมื่อตำเสร็จเรียบร้อยนำข้าวมาหุงเพื่อเซ่นไหว้ผีปู่-ผีย่า ซึ่งในการทำพิธีเช่นนี้นั้น สามารถทำ โดยการนำไก่ตัวผู้ที่ต้มทั้งตัวมาเซ่นไหว้ตรงผีประตูก่อน ซึ่งตำแหน่งที่จะต้องเซ่นไหว้มี 5 แห่ง ได้แก่ ลีอก่าง ตั้งขอจู้บ ตั้งขอจูด ตั้งขอจ่อง ตั้งจี้ตั้ง ขณะทำพิธีต้องสวดบทสวดเพื่อที่บอกให้ สิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่นับถือได้รับรู้และเข้ามาทานก่อน เมื่อทำพิธีเสร็จคนในบ้านถึงจะสามารถทานต่อได้ ซึ่งพิธีกินข้าวใหม่นั้นได้สืบทอด มานานหลายชั่วอายุคน

ศาสนา ความเชื่อ และพิธีกรรม

ศาสนา ชาวม้งมีการนับถือวิญญาณบรรพบุรุษ สิ่งศักดิ์สิทธิ์เกี่ยวกับธรรมชาติ สิ่งแวดล้อมที่อยู่บนฟ้า ในลำนน้ำ ประจำต้นไม้ ภูเขา ไร่นา ฯลฯ ชาวม้งจะต้องเซ่นสังเวย สิ่งศักดิ์สิทธิ์ต่าง ๆ เหล่านี้ปีละครั้ง โดยเชื่อว่าพิธีไสยศาสตร์เหล่านี้ จะช่วยให้วิญจรรย์โรค ได้ถูกต้องและทำการรักษาได้ผล เพราะความเจ็บป่วยทั้งหลาย ล้วนแต่เป็นผลมาจากการผิดผี ทำให้ผีเดือดดาลมาแก้แค้นลงโทษให้เจ็บป่วย จึงต้องใช้วิธีจัดการกับผีให้คนไข้หายจากโรค หากว่าคนทรงเจ้ารายงานว่าคนไข้ที่ล้มป่วยเพราะขวัญหนี ก็จะต้องทำพิธีเรียกขวัญกลับเข้าสู่ ร่างของบุคคลนั้น แต่การที่จะเรียกขวัญกลับมานั้น จะต้องมีการปฏิบัติมากมา บางครั้งบางพิธีกรรมก็มีความยุ่งยากในการปฏิบัติ แต่ม้งก็ไม่ย่อท้อต่ออุปสรรคเหล่านั้น ม้งเชื่อ ว่าการที่มีร่างกายสมบูรณ์แข็งแรง โดยไม่มีโรคภัยมาเบียดเบียน นั่นคือความสุขอันยิ่งใหญ่ ของม้ง ฉะนั้น ม้งจึงต้องทำทุกอย่าง เพื่อเป็นการรักษาให้หาย จากโรคเหล่านั้น ซึ่งพิธีกรรม ในการรักษาโรคของม้งนั้นมีอยู่หลายแบบ ซึ่งแต่ละแบบก็รักษาโรคแต่ละโรค แตกต่างกัน

ออกไป การที่จะทำพิธีกรรมการรักษาได้นั้น ต้องดูอาการของผู้ป่วยว่าอาการเป็นเช่นไร แล้วจึงจะเลือกวิธีการรักษาโดยวิธีใดถึงจะถูกต้อง

ความเชื่อเรื่องการทำผีหรือการลงผี (การอ้วเน้ง) เป็นการรักษาอีกประเภทหนึ่งของมัง การอ้วเน้ง (การทำผีหรือลงผี) มีอยู่ 3 ประเภท คือ การอ้วเน้งข่อยชื้อ การอ้วเน้งเกร่ทัง และการอ้วเน้งไซโย ซึ่งแต่ละอ้วเน้งมีความแตกต่างกันออกไป การรักษาก็แตกต่างกันไปด้วย การจะอ้วเน้งได้เมื่อมีคนในครอบครัวเจ็บป่วยโดยไม่รู้สาเหตุ เป็นการรักษาอีกประเภทหนึ่ง ดังนั้น มังมักจะนิยมนอ้วเน้งเพื่อการเรียกขวัญที่หายไปหรือมีผีพาไปให้กลับคืนมาเท่านั้น ซึ่งมังเชื่อว่าการเจ็บป่วยเกิดจากขวัญที่อยู่ในตัวหายไป มีวิธีการรักษาดังนี้ เวลาอ้วเน้งหรือทำผีนั้น คนที่เป็นพอมอจะเริ่มไปนั่งบนเก้าอี้ แล้วร่ายเวทมนต์คาถาต่าง ๆ พร้อมกับติดต่อกับ สือสารกับผีแล้วไปคลี่คลายเรื่องราวต่าง ๆ กับผี ถ้าคลี่คลายได้แล้วจะมีการฆ่าหมู แต่ก่อนจะฆ่าหมูนั้น จะต้องให้คนไข้ไปนั่งอยู่ข้างหลังพอมอ แล้วผูกข้อมือ จากนั้นนำหมูมาไว้ข้างหลังคนไข้ แล้วพอมอจะสั่งให้ฆ่าหมู การที่ฆ่าหมูได้นั้น จะต้องมีคนหนึ่งซึ่งเป็นตัวแทนของพอมอ และสามารถฟังเรื่องราวของการอ้วเน้งได้ รู้ว่าตอนนี้พอมอต้องการอะไร หรือสั่งให้ทำอะไร เมื่อพอมอสั่งลงมา คนที่เป็นตัวแทนต้องบอกกับคนในครอบครัวให้ทำตามคำบอกกล่าวของพอมอ เมื่อสั่งให้ฆ่าหมู ก็ต้องนำหมูมาฆ่าแล้วจะนำกัวะมาจุ่มกับเลือดหมู พร้อมกับมาปะที่หลังคนไข้ แล้วพอมอจะเป่าเวทมนต์ให้ จากนั้นจะนำกัวะไปจุ่มเลือดหมู เพื่อไปเช่นไหว้ที่ผนังที่เป็นที่รวมของของบูชาเหล่านั้น

ความเชื่อเรื่องการรักษาคนตกใจ (การใช้เจง) เป็นการรักษาอีกประเภทหนึ่งของมัง การใช้เจงจะกระทำ เมื่อมีคนป่วยที่ตัวเย็น เท้าเย็น ใบนุเย็น มือเย็น ซึ่งมังเชื่อว่าการที่เท้าเย็น มือเย็น หรือตัวเย็น เกิดจากขวัญในตัวคนได้หล่นหายไป หรือไปทำให้ผีกลัว แล้วผีก็แก้งทำให้บุคคลนั้นไม่สบาย มีวิธีการรักษาดังนี้ พอมอจะนำเอาขิงมานวดตามเส้นประสาท ได้แก่ บริเวณปลายจมูกตรงไปที่หน้าผาก นวดแล้วย้อนกลับไปใบนุ แล้ว นวดบริเวณหน้าผากไปที่ใบนุซ้ำ 3 ครั้ง จากนั้นเปลี่ยนเป็นการนวดที่เส้นประสาทมือ คือ จะนวดที่ปลายนิ้วมือไล่ไปที่ข้อมือทำซ้ำทุกนิ้วมือ แล้วรวมกันที่ข้อมือนวด และหมุนรอบที่ข้อมือ ซึ่งขณะนวดต้องเป่าคาถาด้วย และบริเวณฝ่าเท้าให้นวดเหมือนกัน ต้องทำซ้ำกัน 3 ครั้ง ซึ่งการรักษาใช้เจงนี้ จะทำการรักษา 3 วัน เมื่อเสร็จจากการรักษาแล้ว ถ้าอาการไม่ดีขึ้นก็หาวิธีอื่น ๆ มารักษาต่อ เช่น อ้วเน้งหรือการฮูปรี เป็นต้น

ความเชื่อเรื่องการรักษาด้วยการเป่าด้วยน้ำ (การเขือแต๊ะ) เป็นการรักษาอีกประเภทหนึ่งของมัง การเขือแต๊ะ จะเป็นการกระทำเมื่อมีคนในครอบครัว ที่ป่วยร้องไห้ไม่หยุด และตกใจมากเป็นพิเศษ โดยไม่รู้สาเหตุ หรือเหมือนว่าคนป่วยเห็นอะไรลึกลับที่ทำให้เขากลัว

มากมีวิธีการรักษา ดังนี้ คนที่เป็นพ่อหมอมหรือแม่หมอม จะให้คนป่วยอาการดังกล่าวไปนั่งใกล้กับกองไฟหรือเตาไฟ แล้วเอาถ้วยหนึ่งใบใส่น้ำให้เรียบร้อยมาตั้งไว้ข้าง ๆ พ่อหมอมหรือแม่หมอม คือผู้ที่ทำการรักษาจะใช้ตะเกียบคู่หนึ่งหนีบก้อนถ่านที่กำลังรูกไหม้เป็นสีแดงขึ้นมา แล้วเป่าก้อนถ่าน จากนั้นเริ่มท่องคาถา แล้วนำก้อนถ่านก้อนนั้นไปใส่ในถ้วยที่เตรียมไว้ พร้อมกับปิดฝาด้วยก็สวดคาถาด้วย เมื่อวนเสร็จก็จะเอาก้อนถ่านก้อนนั้นไปใส่ในถ้วยที่เตรียมไว้ พร้อมกับปิดฝาด้วยให้ทำซ้ำกันแบบนี้สามรอบเมื่อเสร็จแล้วจับมือคนป่วยขึ้นมาเป่าพร้อมท่องคาถา เมื่อเสร็จสิ้นแล้วจะเอามือชุบน้ำที่อยู่ในถ้วยขึ้นมาลูบหน้าของคนป่วย หรือลูบแขนคนป่วย เมื่อทำเสร็จแล้วอาการของคนป่วยจะทุเลาลง มั่งจะนำวิธีการรักษาี้มาใช้ในการรักษาคนไข้ที่ตกใจมาก และปัจจุบันนี้ มั่งก็ยังคงยึดถือ และปฏิบัติกันอยู่ แต่ก็มีบ้างที่อาการหนักมากจนไม่สามารถที่จะรักษาให้หายขาดได้ แล้วจึงจะนำไปรักษาที่โรงพยาบาลต่อไป

ความเชื่อเรื่องการปิดกวาดสิ่งที่ไม่ดีออกไป (การหรือขู่) เป็นการรักษาอีกวิธีหนึ่ง ของมั่งที่จะปฏิบัติในช่วงขึ้นปีใหม่เท่านั้น คือในหนึ่งรอบปีที่ผ่านมามาครอบครัวจะเจอสิ่งที่ไม่ดี ดังนั้นจึงมีการหรือขู่เพื่อปิดเป่า หรือกวาดสิ่งที่ไม่ดีให้ออกไปจากบ้าน และตัวบุคคลหรือเป็นการปิดเป่า กวาดโรคภัยไข้เจ็บออกจากตัวบุคคล หรือออกจากบ้านให้หมด เพื่อที่จะรับปีใหม่ที่เข้ามา และต้อนรับสิ่งดี ๆ ที่กำลังจะมาในปีถัดไป พิธีกรรมนี้ มั่งจะทำทุกปี และคนในครอบครัวต้องอยู่ให้ครบทุกคน ไม่ให้ขาดคนใดคนหนึ่ง (แต่หากว่าคนในครอบครัวนั้น เกิดไปทำงานต่างจังหวัด และไม่สามารถที่จะกลับมาพร้อมพิธีกรรมนี้ได้ ผู้ปกครองของครอบครัวต้องนำเสื้อผ้าของคน ที่ไม่อยู่มาร่วมพิธีกรรมให้ได้ หากไม่ได้เข้าร่วมพิธีกรรมนี้ มั่งเชื่อว่า สิ่งที่ไม่ดีจะติดตัวไปยังปีถัด ๆ ไป และทำอะไรก็ไม่เจริญ)

ความเชื่อเรื่องหมูประตุผี (อวะบัวจ๋อง) เป็นพิธีกรรมที่มั่งกระทำ เพื่อรักษาคนทั้งหมดในบ้านหลังนั้น ให้ปราศจากโรคภัยโดยมีวิธีการรักษา ดังนี้ ซึ่งการประกอบพิธีกรรมหมูประตุผีนั้น จะทำในตอนกลางคืนเท่านั้น อันดับแรก คือ จะมีการกล่าวปิด และกล่าวเปิดประตู จากนั้นจะมีการฆ่าหมูแล้วต้มให้สุก จากนั้นก็กล่าวปิดประตู แล้วนำ หมูที่ต้มสุกนั้นมาหันให้เป็นชิ้นเล็ก ๆ จัดไว้ตามจานที่วางไว้ 9 จาน ซึ่งแต่ละจานจะใส่ชิ้นเนื้อไม่เหมือนกัน โดย

จานที่ 1 ใส่มี้อซ้ายหมูและหัวข้างซ้าย

จานที่ 2 จะใส่ขาขวาหมูกับหัวข้างขวา

จานที่ 3 จะใส่ขาซ้ายหมูกับคางซ้ายหมู

จานที่ 4 ใส่มี้อขวาหมูกับคางขวาหมู

จานที่ 5 ใส่มี้อซ้ายหมู

จานที่ 6 ใส่ขาขวาหมู

งานที่ 7 ใส่ขาขวาหมวกกับโบหู 5 ชั้น

งานที่ 8 ใส่มือขวาหมวก

งานที่ 9 ใส่จุกและหางหมวก

พิธีเข้ากรรม พิธีเข้ากรรมของมั่งนั้นเริ่มมาตั้งแต่บรรพบุรุษมั่ง เชื่อกันว่าเคราะห์กรรมมีจริง แต่มั่งนั้นก็ยังสามารถหลีกเลี่ยงเคราะห์กรรมนี้ได้โดยการเข้ากรรม เข้ากรรมของชนเผ่ามั่งก็เหมือนกับการจำกัดบริเวณไม่ให้ออกไปไหนมาไหน ห้ามคนอื่นที่ไม่ใช่สมาชิกในครอบครัวเข้ามาในบ้าน ห้ามไม่ให้พูดคุยกับคนอื่นที่ไม่ใช่สมาชิกในครอบครัว ห้ามจับต้องของมีคม ห้ามขี่รถและขับรถทุกชนิด จนกว่าพระอาทิตย์จะลับขอบฟ้า จึงจะใช้ชีวิตได้ตามปกติ ถ้าในระหว่างเข้ากรรมอยู่นั้น สมาชิกคนไหนฝ่าฝืนข้อห้าม มักจะเกิดอุบัติเหตุกับคนผู้นั้น บางรายอาจจะเจ็บ มีบางรายอาจถึงแก่ชีวิต ชนเผ่ามั่งจึงถือกันเคร่งมาก ถ้าสมาชิกคนไหน ไม่อยู่บ้าน ออกไปทำงานต่างจังหวัด ที่ไกล ๆ บ้านก็จะนำเอาเสื้อผ้าของคนนั้นมามัดไว้ที่เสากลางบ้าน แล้วแจ้งให้คนคนนั้นรับทราบแล้วให้ขอยุติงาน ถ้านายจ้างไม่ให้หยุด ก็จะเสี่ยงโดยการ ขอทำอย่างอื่น ที่มีอันตรายน้อยที่สุด เคราะห์กรรมนั้น มั่งเชื่อว่ามียหลายแบบด้วยกัน สามารถแก้ได้ด้วยวิธีการที่ต่างกันไป เมื่อเจ้าบ้านเกิดอาการไม่สบายใจ หรือฝันเป็นรางวัลร้ายก็จะไปขอให้หมอมผีเสี่ยงทายดูให้ ถ้ามีเคราะห์ หมอมผีจะเป็นคนบอกเองว่าเราควรแก้ด้วยวิธีการไหนบ้าง จะเข้ากรรม จะทำพิธีเพื่อสะเดาะเคราะห์ หรืออาจจะปิดเป่าเคราะห์ร้ายให้หลุดพ้นไปจากตัวเองและครอบครัว อีกวิธีหนึ่งคือการเข้ากรรม ส่วนใหญ่แล้วเจ้าบ้านจะไปขอให้หมอมผีเสี่ยงทายดู แล้วหมอมผีจะบอกมาว่าบ้านเรามีเคราะห์ควรจะหยุดอยู่กรรมกี่วัน ส่วนใหญ่ก็จะเข้ากันหนึ่งวัน ถ้าบ้านไหนมีเคราะห์มากก็จะเข้าสองถึงสามวันติดต่อกันก็มี บางครั้งเราก็ไม่ได้ไปขอหมอมผีเสี่ยงทาย แต่หมอมผีจะมาทักว่าเราควรเข้ากรรม บ้านเราก็ต้องเข้า และอีกอย่างหนึ่ง คือหมอมผีจะเสี่ยงทายดูแล้วจะบอกว่าวันนี้เดือนนี้ต้องเข้ากรรมทั้งตระกูล เช่น ถ้าคนไหนเป็นแซ่อย่าง ถึงวันนั้นทุกคนก็ต้องเข้ากรรมเหมือนกันหมด แต่จะเคร่งไม่เท่ากับการเข้าเป็นครอบครัว นาน ๆ ครั้งถึงจะมีสักครั้ง ต่างจากการเข้าเป็นครอบครัว เพราะจะเข้าปีละกี่ครั้งก็ได้ แล้วแต่ที่บ้านไหนจะมีเคราะห์กรรมมากหรือน้อย ก็ไม่ใช่ว่าจะต้องเข้าปีละครั้งสองครั้งต่อครอบครัว บางบ้านที่ไม่มีเคราะห์ก็ไม่เข้าเลยก็มี พิธีเข้ากรรมของมั่งนั้น สังเกตง่าย ๆ ถ้าท่านเป็นคนพื้นเมืองหรือชนเผ่าอื่น ที่ไม่ใช่ชนเผ่ามั่ง คือ วันที่มั่งทำพิธีเข้ากรรมนั้น จะมีไม้สานเป็นตาแหลว ลักษณะเป็นหกตาเสียบไว้ หรือใบไม้ใบหญ้า ปักไว้ที่หน้าบ้าน และถ้าเข้าไปเห็นบ้านไหนเข้ากรรม เขาไม่ทักทายแขกหรือชักชวนแขกให้เข้าบ้าน บางครั้งพอเขาเห็นคนภายนอกมา เขาต้องรีบปิดประตูไม่ใช่ว่ารังเกียจไม่อยากรับแขก หรืออย่างไรก็ตาม เราต้องสังเกตว่าหน้าประตูเขามีไม้ปักตรงทางเข้ามีหญ้าหรือสานตาแหลวเสียบไว้อยู่หรือเปล่า แล้วอย่าพึ่งน้อยใจ ถ้าตะวันตกดินเมื่อไหร่บ้านนั้นก็รับแขกเหมือนเดิม

ชนเผ่าม้งนั้น ปกติเป็นชนเผ่าที่ใจกว้างและมีน้ำใจต่อเพื่อนมนุษย์ด้วยกันมาก ถึงจะรู้จักหรือไม่รู้จักก็ตามแขกที่เข้าไปก็จะขอข้าวขอน้ำกินได้ เป็นธรรมเนียมปฏิบัติประจำของคนชนเผ่าทุกชนเผ่า

ภาวะความดันโลหิตสูง และการควบคุมภาวะความดันโลหิตสูง

ความหมายของภาวะความดันโลหิตสูง

ความดันโลหิต (สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ กรมการแพทย์, 2556) คือ แรงดันที่หัวใจบีบตัวส่งเลือดจากหัวใจไปตามหลอดเลือดแดงเพื่อเลี้ยง ส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย เช่น สมอง ไต แขน ขา รวมทั้งตัวกล้ามเนื้อหัวใจเองด้วย โดยทั่วไปจะวัด ความดันโลหิตที่แขน ในท่านั่งพัก แต่อาจวัดความดันโลหิตที่ขา หรือในท่าอื่นก็ได้ หน่วยที่ใช้วัด ความดันโลหิตคือ มิลลิเมตรปรอท ค่าความดันโลหิตที่วัดได้จะมี 2 ค่า โดยค่าความดันโลหิตตัวบน เป็นแรงดันเลือดที่วัดได้ที่ขณะที่หัวใจบีบตัว (systolic) ส่วนค่าความดันโลหิตตัวล่างเป็นแรงดันเลือด ขณะที่หัวใจคลายตัว (diastolic) ซึ่งระดับความดันโลหิตสูงที่วัดใน คลินิก โรงพยาบาล หรือสถานบริการสาธารณสุขเป็นหลัก โดยระดับที่ควรจะเป็น คือ ความดันโลหิตตัวบน (systolic blood pressure) น้อยกว่า 120 มิลลิเมตรปรอท และความดันโลหิตตัวล่าง (diastolic blood pressure) น้อยกว่า 80 มิลลิเมตร

ความดันโลหิตสูง คือ โรคหรือภาวะที่แรงดันเลือดในหลอดเลือดแดงมีค่าสูงกว่าค่ามาตรฐานขึ้น กับวิธีการวัด โดยถ้าวัดที่สถานพยาบาล ค่าความดันโลหิตตัวบนสูงกว่าหรือเท่ากับ 140 มิลลิเมตร ปรอท และ/หรือความดันโลหิตตัวล่างสูงกว่าหรือเท่ากับ 90 มิลลิเมตรปรอท อย่างน้อย 2 ครั้ง แต่ถ้าเป็นการวัดความดันเองที่บ้านค่าความดันโลหิตตัวบนสูงกว่าหรือเท่ากับ 135 มิลลิเมตรปรอท และ/หรือความดันโลหิตตัวล่างสูงกว่าหรือเท่ากับ 85

ในปัจจุบันนี้ ปัญหาการวินิจฉัยผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่สำคัญประการหนึ่งก็คือ ค่าความดันที่วัดได้มีความถูกต้องเพียงไรในสภาวะแวดล้อมที่ต่างกัน เนื่องจากปัจจัยที่มีผลต่อค่าความดันโลหิต ที่วัดได้มีหลายองค์ประกอบ เช่น

ปัจจัยด้านผู้ป่วย เช่น การวัดความดันขณะกำลังเหนื่อย ตื่นเต้น ตกใจ เครียด เกร็งแขน ขณะกำลังวัด มีการดื่มชา กาแฟ ยาบางชนิดหรือสูบบุหรี่ก่อนทำการวัด หรือแม้แต่โรคของผู้ป่วยเอง ที่ความดันของแขน 2 ข้างไม่เท่ากันหรือจากหัวใจเต้นผิดจังหวะ

ปัจจัยด้านเครื่องมือ เช่น เป็นเครื่องวัดชนิดปรอทหรือ แบบดิจิตอล รวมถึงขนาดของคัพพันแขน ว่าเหมาะสมกับแขนของผู้ป่วยหรือไม่

ปัจจัยด้านวิธีการวัดและผู้วัด เช่น ผู้วัดมีความรู้หรือไม่ วิธีการวัดถูกต้องหรือไม่ การพันคัพ

เป็นอย่างไร แน่นหรือหลวมไป การลดระดับปรอทเร็วไปหรือไม่ การฟังเสียงหลอดเลือด หรือไม่ วัดครั้งเดียวหรือ 2 ครั้ง ตลอดจนการใส่ใจในการวัด

วิธีการวัดความดันโลหิต

1. ความดันโลหิตปกติหรือความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตได้ (Sustained normotension or Controlled hypertension = normal office and home blood pressure) คือ วัดความดันโลหิตเฉลี่ยที่โรงพยาบาล ไม่เกิน 140/90 มม. ปรอท และวัดความดันโลหิตที่บ้าน ไม่เกิน 135/85 มม. ปรอท

2. ความดันโลหิตสูงหรือความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ (Sustained hypertension or Uncontrolled hypertension = persistent high office and home blood pressure) ตามคำจำกัดความของภาวะความดันโลหิตสูง ให้วัดที่โรงพยาบาล คลินิกหรือสถานพยาบาล ความดันโลหิตเฉลี่ย ก็สูงเกิน 140/90 มม. ปรอท และวัดความดันที่บ้านเฉลี่ยสูงเกิน 135/85 มม.ปรอท ด้วย

3. ความดันโลหิตสูงเฉพาะที่สถานพยาบาล (Isolated office hypertension) หรือ ความดันโลหิตสูงเมื่อเห็นเสื้อสีขาวของเจ้าหน้าที่ฯ (White coat hypertension = high office blood pressure but normal home blood pressure) คือ ผู้ที่วัดความดันโลหิตเฉลี่ยสูงเกิน 140/90 มม. ปรอท ที่โรงพยาบาลหรือสถานพยาบาล แต่มีความดันโลหิตปกติที่บ้าน (คือความดันโลหิต เฉลี่ยไม่เกิน 135/85 มม. ปรอท) พบได้ร้อยละ 20 ถึง 30 ของผู้ป่วยภาวะความดันโลหิตสูง

4. ความดันโลหิตสูงเฉพาะที่บ้าน ที่พัก (Masked hypertension หรือ ความดันโลหิตสูง ซ่อนเร้น = normal office blood pressure but high home blood pressure) วัดความดันโลหิตเฉลี่ย ที่โรงพยาบาล สถานบริการสาธารณสุขจะมีค่าปกติไม่เกิน 140/90 มม. ปรอท แต่วัดความดันที่บ้าน เฉลี่ยสูงเกิน 135/85 มม.ปรอท เป็นความดันโลหิตสูงประเภทที่อันตราย เพราะจะไม่ได้ รับ การดูแลรักษาจากแพทย์ และเจ้าหน้าที่ฯ พบได้ประมาณ ร้อยละ 10

5. ความดันโลหิตสูงเฉพาะนอนหลับ (Nocturnal hypertension or non-dipper hypertension) เป็นประเภทหนึ่งของความดันโลหิตสูงซ่อนเร้น (Masked hypertension) แต่ความดันโลหิตสูงที่บ้าน เฉพาะเวลานอนหลับ พบในผู้ป่วยที่มีปัญหาการนอน เช่น นอนกรน หายุดหายใจขณะนอนหลับ จะมีความดันโลหิตสูงทั้งคืนจนถึงเช้า พอบ่าย ๆ เย็น ๆ ความดันโลหิตก็ กลับมาปกติต้องใช้วิธี วัดความดันโลหิตตลอด 24 ชั่วโมงอัตโนมัติ (Ambulatory 24-hour blood pressure monitoring or ABPM) ช่วยวินิจฉัย

6. Isolated Systolic Hypertension (ISH) คือ ผู้ที่มีความดันโลหิตตัวบน 140 มม. ปรอท หรือสูงกว่า และมีความดันโลหิตตัวล่างน้อยกว่า 90 มม. ปรอท (BP > 140)

การประเมินผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงควรได้รับการประเมินทางคลินิกและทางห้องปฏิบัติการ โดยมีจุดประสงค์ดังนี้

6.1 ยืนยันว่าเป็นความดันโลหิตสูงจริงหรือไม่ เป็นเรื้อรังหรือไม่และประเมินความรุนแรง โดยดูระดับความดันโลหิต

6.2 วินิจฉัยแยกความดันโลหิตสูงที่มีสาเหตุ

6.3 ค้นหาปัจจัยเสี่ยงของ cardiovascular disease

6.4 ค้นหาร่องรอยความเสียหายของอวัยวะต่าง ๆ ที่เกิดจากความดันโลหิตสูง (Target organ damage) และประเมินความรุนแรง

6.5 ค้นหาภาวะโรคหัวใจและหลอดเลือดและโรคไต (Established cardiovascular and renal disease) และเบาหวาน

6.6 ประเมินโอกาสในการเกิด cardiovascular disease ในอนาคต อีก 10 ปีข้างหน้า

ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากความดันโลหิตสูง

อาจแบ่งเป็น 2 ส่วนขึ้นอยู่กับวิธีที่ร่างกายตอบสนองต่อความดันโลหิตที่สูง

1. ภาวะที่ร่างกายตอบสนองต่อความดันโลหิตที่สูงโดยตรง เช่น ความดันที่สูงทำให้เส้นเลือดแดงแตก ผนังกล้ามเนื้อหัวใจหนา

2. ภาวะที่ร่างกายตอบสนองต่อความดันโลหิตที่สูงโดยอ้อม กล่าวคือ ความดันที่สูงจะเร่งให้เกิดภาวะ โรคหลอดเลือดแดงแข็ง ซึ่งทำให้เกิด กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน หรือหลอดเลือดสมองตีบ หรือหลอดเลือดแดงที่ไตตีบ

อย่างไรก็ตามยังพบโรคแทรกของความดันโลหิตที่สูง อาจเกิดจากทั้งสองภาวะนี้พร้อมกันได้เช่นกัน

ภาวะแทรกซ้อนของภาวะความดันโลหิตสูง ด้านระบบประสาท

ความดันโลหิตสูง เป็นภาวะที่พบได้บ่อยทั้งในประเทศไทยและทั่วโลก กลุ่มผู้ป่วยที่รักษาแต่ไม่สามารถควบคุมได้ หรือไม่ได้ดูแลรักษา จะมีโอกาสพบภาวะแทรกซ้อนทางด้านหัวใจและหลอดเลือด เช่น กล้ามเนื้อหัวใจตาย หลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน แตก รวมทั้งโรคไต เช่น ไตวาย ได้บ่อย และเพิ่มโอกาสทุพพลภาพหรือตายก่อนเวลาอันสมควร ภาวะความดันโลหิตสูงทั้งในระยะเฉียบพลัน (acute hypertension) และภาวะความดันโลหิตสูงเรื้อรัง (chronic hypertension) สามารถทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนทางระบบประสาทได้

ภาวะแทรกซ้อนด้านระบบประสาท ได้แก่

1. ชนิตเฉียบพลัน มักมีอาการเกิดขึ้นทันทีทันใด

1.1 โรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน (Cerebral Thrombosis or infarction)

เป็นโรคทางสมองที่เกิดขึ้นอย่างเฉียบพลัน เกิดจากการอุดตันของหลอดเลือดสมอง ทำให้เกิดภาวะเนื้อสมองตายจากการขาดเลือดและออกซิเจน สาเหตุของโรคหลอดเลือดสมองอุดตันเกิดได้จากภาวะหลอดเลือดแดงตีบ (thrombosis) หรือลิ่มเลือด อุดตันที่มาจากหัวใจ (embolism)

1.2 โรคหลอดเลือดสมองแตก (Cerebral Hemorrhage) เกิดจากการแตกของหลอดเลือดแดง arterioles หรือ small arteries เลือดที่ออกในสมองจะกลายเป็น hematoma ซึ่งจะค่อย ๆ ขยายขนาดขึ้น ทำให้เกิดเสียหายโดยตรงต่อสมองที่ตำแหน่งเลือดออก โดยการกดเบียดเนื้อสมองบริเวณรอบ ๆ และยังทำให้เกิดความดันในสมองสูงขึ้น (Increase intracranial pressure) ผู้ป่วยสามารถมาด้วยอาการเช่นเดียวกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอุดตัน โดยที่อาการทางประสาทมักค่อยเป็นมาขึ้นเรื่อย ๆ ร่วมกับมีอาการปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน และซึมลงได้ โดยอาการดังกล่าวเป็นผลมาจากภาวะความดันในสมองที่สูงขึ้น (Increase intracranial pressure)

1.3 ภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราว (Transient ischemic attack: TIA) ผู้ป่วยจะมาด้วยอาการผิดปกติทางระบบประสาททันทีทันใด เช่นเดียวกับอาการของโรคหลอดเลือดสมองตีบ แต่อาการผิดปกตินี้จะหายเป็นปกติใน 24 ชั่วโมง สาเหตุเกิดจากหลอดเลือดสมองตีบทำให้ปริมาณเลือดที่ไปเลี้ยงสมองลดลงชั่วคราว เมื่อปริมาณเลือดไปเลี้ยง สมองกลับมาเป็นปกติ ทำให้ผู้ป่วยมีอาการกลับเป็นปกติ

2. ชนิดเรื้อรัง

โรคสมองเสื่อม (Vascular dementia) เป็นภาวะหลงลืมที่เกิดจากโรคหลอดเลือดสมองทั้งแบบเฉียบพลัน (acute cerebrovascular disease) และแบบเรื้อรัง (chronic subcortical ischemia) พบได้บ่อยเป็นอันดับสอง รองจากโรคอัลไซเมอร์ (Alzheimer disease) ผู้ป่วยจะมีอาการสูญเสียความทรงจำ ร่วมกับมีความผิดปกติ ของกระบวนการความคิดและการรับรู้ (cognitive function)

ภาวะแทรกซ้อนของภาวะความดันโลหิตสูงทางโรคไต

ความดันโลหิตสูงกับโรคไตจะมีความสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิด โดยผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง เป็นเวลานานจะทำให้ไตเสื่อมได้ ในขณะที่ผู้ป่วยโรคไตจะทำให้เกิดความดันโลหิตสูงได้ ดังนั้น สามารถแบ่งผู้ป่วยที่มีภาวะความดันโลหิตสูงและโรคไตร่วมกันออกได้เป็นสองกลุ่ม คือ

1. ผู้ป่วยภาวะความดันโลหิตสูง (Essential hypertension) จะมีผลทำให้ไตเสื่อมได้ จะพบได้ชัดเจนในผู้ป่วยภาวะความดันโลหิตสูง ที่ไม่ได้รับการรักษาที่เหมาะสม

2. ผู้ป่วยโรคไต (Kidney disease) จะพบความดันโลหิตสูงร่วมตามมาได้บ่อยมาก ผู้ป่วยที่มาด้วยความดันโลหิตสูงร่วมกับปัญหาทางไตจำ เป็นต้องวินิจฉัยแยกโรคทั้งสองกลุ่มออกจากกัน เพราะวิธีการรักษาแตกต่างกัน ในบทความนี้จะกล่าวถึงเฉพาะกรณีหนึ่งที่หนึ่งเท่านั้น คือ ผู้ป่วยภาวะความดันโลหิตสูง (Essential hypertension) มีผลทำให้หน้าที่ไตเสื่อมลงตามมา

เพราะพบได้บ่อยกว่าและเกิดปัญหาในระยะสั้นและระยะยาวได้ เช่น ในผู้ป่วยภาวะความดันโลหิตสูง แม้ได้รับการควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ < 140/90 mmHg พบว่า สามารถตรวจพบความผิดปกติที่ไต (Renal arteriosclerosis) ได้เมื่อทำ autopsy¹ รวมทั้งถ้าสามารถควบคุมความดันโลหิตได้ดี จะช่วยชะลอการเสื่อมของไตได้ 2 โดยเฉพาะถ้าผู้ป่วยได้รับการรักษาโรคความดันโลหิตด้วยยาที่เหมาะสม ตั้งแต่ระยะแรก ๆ จะมีผลต่อหน้าที่ไตน้อยมาก 3 หรืออาจทำให้หน้าที่ไตดีขึ้นได้

ภาวะแทรกซ้อนของภาวะความดันโลหิตสูงที่เกิดกับไต (Hypertensive nephrosclerosis)

สามารถแบ่งออกเป็นสองกลุ่ม คือ

1. ภาวะแทรกซ้อนของไตที่เกิดจากความดันโลหิตที่สูงมากในช่วงเวลาสั้นๆ (Malignant hypertension)

2. ภาวะแทรกซ้อนของไตที่เกิดจากความดันโลหิตสูงมาเป็นระยะเวลานาน

ภาวะแทรกซ้อนของภาวะความดันโลหิตสูงด้านโรคหัวใจ

ความดันที่สูงมากจากภาวะความดันโลหิตสูงจะทำลายผนังเส้นเลือดและอวัยวะอื่น ๆ ถ้าหากเราปล่อยให้ความดันโลหิตสูงโดยไม่ได้ควบคุมเป็นระยะเวลานานเท่าใด หลอดเลือดและอวัยวะต่าง ๆ จะยิ่งถูกทำลายมากขึ้นเท่านั้น

โดยภาวะเช่นนี้อาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนได้ 2 กรณี ได้แก่

กรณีที่ 1 ภาวะแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูงโดยตรง ได้แก่ ภาวะหัวใจวายหรือ หลอดเลือดในสมองแตก

กรณีที่ 2 ภาวะแทรกซ้อนจากหลอดเลือดแดงตีบหรือตัน เช่น กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน หรือหลอดเลือดสมองตีบ หรือหลอดเลือดแดงที่ไตตีบ

ความดันโลหิตสูงที่ไม่ได้ควบคุมมาเป็นระยะเวลาหนึ่ง จะเกิดภาวะแทรกซ้อนด้านโรคหัวใจ ดังนี้

1. ภาวะหลอดเลือดแดงแข็งตัว (Atherosclerosis) เป็นภาวะที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงของผนังหลอดเลือด จากการอักเสบเรื้อรังของเส้นเลือด ทำให้ผนังหลอดเลือด ชั้นใน หนาตัวขึ้นเรื่อย ๆ มีไขมันและหินปูนไปสะสมระหว่างหลอดเลือด การทำงานของเยื่อบุผนังหลอดเลือดเสียไปหรือเสื่อมสภาพลง หลอดเลือดมีความยืดหยุ่นลดลง บริเวณพื้นผิวภายในของหลอดเลือดที่มีการสะสมของไขมันและสารอื่น ๆ ในผนังหลอดเลือด ทำให้ผนังหลอดเลือดหนาขึ้นจนเกิดเป็นตะกั่ว (plaque) คล้ายกับการเกิดสนิมขึ้นในท่อประปา จนในที่สุดทำให้เกิดหลอดเลือดตีบตัน ภาวะนี้สามารถเกิดขึ้นได้กับหลอดเลือดแดงทั่วร่างกาย มีผลทำให้เลือดไปเลี้ยงอวัยวะที่สำคัญของร่างกายไม่เพียงพอ เป็นสาเหตุทำให้เกิดอาการของอวัยวะต่าง ๆ ขาดเลือดเกิดขึ้น

ซึ่งผู้ป่วยอาจมีอาการหรือไม่มีอาการก็ได้ แต่ถ้าภาวะหลอดเลือดแข็งตัวเป็นมาก ก็จะทำให้มีอาการของอวัยวะขาดเลือดเมื่อมีการใช้งานมาก เช่น อาการเจ็บหน้าอกหลังจากออกกำลังกายหรืออาการปวดขาหลังจากเดินนาน ๆ ภาวะหลอดเลือดแดงแข็งตัว (Atherosclerosis) ยังทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนทางหัวใจอื่น ๆ อีกตามมา ซึ่งได้แก่

1.1 โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ เกิดจากการที่มีตะกรัน (Atherosclerotic plaque) เกาะผนังหลอดเลือดโคโรนารี (coronary arteries) ที่ไปเลี้ยงหัวใจ ทำให้ขัดขวางการไหลของเลือด ตะกรันอาจจะค่อย ๆ สะสมเพิ่มขนาดจนทำให้ รูหลอดเลือดแดงตีบแคบลง ทำให้ขัดขวางการไหลของเลือด กล้ามเนื้อหัวใจส่วนที่หล่อเลี้ยงโดยเส้นเลือด ที่ตีบนี้จะมีเลือดและออกซิเจนมาเลี้ยงลดลง จะมีอาการ แน่นหน้าอก (Angina pectoris) คล้ายมีของหนักทับหน้าอก บางครั้งคล้ายมีอะไรมาบีบรัด เจ็บใต้กระดูกด้านซ้าย อาจเจ็บร้าวถึงขากรรไกรและแขนซ้ายอาการเจ็บมักจะมีสัมพันธ์กับการออกกำลังกาย ยกของหนัก ภาวะเครียดจัด อาการเจ็บมักไม่เกิน 15-30 นาที และอมยาแล้วหายปวด พักแล้วอาการเจ็บจะหาย บางรายอาจมาด้วยอาการที่ไม่จำเพาะ เช่น อาการเจ็บบริเวณไหล่ คอ ขากรรไกร หลัง หรืออาจจะมีอาการปวดท้อง โดยเฉพาะอาจจะเจ็บหน้าอกร้าวมาบริเวณลิ้นปี่ อาการอื่น ๆ ที่พบร่วมกัน เช่น อาจจะมีอาการหายใจเหนื่อยหรือหอบ หายใจไม่ออก เหนื่อยเวลาออกกำลังกาย นอนราบไม่ได้ หรือจะเรียกว่าหัวใจวายก็ได้ หรืออาจมีอาการเวียนศีรษะ หน้ามืดจะเป็นลม หรือหมดสติเนื่องจากเลือดไปเลี้ยงสมองไม่พอ คลื่นไส้ อาเจียน เหงื่อออก

1.2 หัวใจวายเฉียบพลัน หรือ Heart Attack Heart Attack คือ ภาวะที่มีอาการหัวใจวายหรือเสียชีวิตอย่างฉับพลัน ส่วนใหญ่เนื่องจากหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงหัวใจเกิดการอุดตันอย่างเฉียบพลัน ภาวะนี้เกิดจากการฉีกขาดหรือเกิด การปริแยกหรือการแตกของตะกรัน (atherosclerotic plaque rupture) ที่เกาะที่ผนังหลอดเลือดโคโรนารี ซึ่งจะตามมาด้วยการเกาะของเกล็ดเลือด กระตุ้นให้เกิดกลไกการสร้างลิ่มเลือด ส่งผลให้เกิดก้อนเลือดอุดตันภายในหลอดเลือดโดยเฉียบพลัน กล้ามเนื้อหัวใจส่วนที่เลี้ยงด้วยเส้นเลือดที่ตันนี้จึงขาดเลือดขาดออกซิเจนเกิดการตายของกล้ามเนื้อหัวใจส่วนนั้นเกิดขึ้น ทำให้เกิดภาวะหัวใจวาย หรือเกิดการเต้นของหัวใจ ผิดจังหวะอย่างรุนแรง หรือหัวใจหยุดเต้นได้นำไปสู่การเสียชีวิตโดยกะทันหัน สิ่งนี้อาจจะมากกระตุ้นทำให้เกิดการปริแยกของตะกรัน เช่น การออกกำลังกายมากเกินไป มีความเครียดมาก โกรธหรือเสียใจมาก ๆ และมักจะพบได้บ่อยในช่วงตื่นนอน นอกจากนี้ยังเชื่อว่าเชื้อโรคบางชนิดก็ทำให้เกิดการอักเสบของ plaque ขึ้นได้ อาการในภาวะเส้นเลือดหัวใจอุดตัน ผู้ป่วยจะมีอาการเจ็บแน่นที่หน้าอกอย่างรุนแรง ลักษณะเป็นอาการเจ็บแน่น ๆ คล้ายมีของหนักทับหน้าอก หรือมีอะไรมาบีบรัด เจ็บใต้กระดูกด้านซ้าย อาจเจ็บร้าวถึงขากรรไกรและ

แขนซ้าย อาการเจ็บมักจะมีนานกว่า 30 นาที และอัมพาตหรือพักแล้วอาการเจ็บก็ไม่หายไป อาจมีอาการใจสั่น เวียนศีรษะ หน้ามืดจะเป็นลม คลื่นไส้ อาเจียน และเหงื่อแตกตัวเย็น ในรายที่มีอาการรุนแรงอาจเสียชีวิตเฉียบพลันได้

2. หัวใจล้มเหลว (Heart Failure) ภาวะหัวใจล้มเหลว (Heart Failure) หมายถึง ภาวะที่หัวใจไม่สามารถสูบฉีดเลือดไปเลี้ยง ส่วนต่าง ๆ ของร่างกายได้อย่างเพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย ซึ่งเกิดจากสาเหตุหลายอย่าง ได้แก่ โรคหลอดเลือดหัวใจตีบตัน กล้ามเนื้อหัวใจตาย ลิ้นหัวใจตีบหรือรั่ว ความดันโลหิตสูง กล้ามเนื้อหัวใจพิการ มีสาเหตุต่าง ๆ เช่น ไวรัส เบาทหวาน แอลกอฮอล์ ภาวะหัวใจล้มเหลว จากความดันโลหิตสูง เกิดเนื่องจากหัวใจห้องซ้ายล่างบีบตัวส่งเลือดไปเลี้ยง ร่างกายผ่านหลอดเลือดที่มีแรงต้านทานสูงเป็นระยะเวลานาน หัวใจทำงานหนักขึ้น ทำให้ผนังหัวใจหนาตัวขึ้น ถ้าไม่ได้รับการรักษาอย่างถูกต้อง ผนังหัวใจจะยืดออกและเสียหายที่ ทำให้เกิดหัวใจโต จนในที่สุด กล้ามเนื้อที่หนาตัวนี้จะไม่สามารถบีบตัวไปส่งเลือดไปเลี้ยงร่างกายได้เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย ซึ่งนำไปสู่ภาวะหัวใจวายหรือหัวใจล้มเหลวในที่สุด เมื่อเกิดภาวะหัวใจล้มเหลว จะเกิดการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ มากมาย เช่น ฮอร์โมนหลายชนิดเพิ่มขึ้นผิดปกติ หลอดเลือดแดงหดตัว แรงต้านต่อหัวใจมากขึ้น หัวใจทำงานหนักมากขึ้น ความดันโลหิตลดลง ผลที่ตามมาคือไตวาย และอวัยวะต่าง ๆ ไม่ทำงานตามปกติ ทำให้เสียชีวิตในที่สุด โดยอาการขึ้นอยู่กับว่าหัวใจซีกใดผิดปกติ หากหัวใจซีกขวาล้มเหลว ก็จะทำให้เลือดไม่สามารถไหลเข้าหัวใจซีกขวาได้ตามปกติ จนเกิดภาวะคั่งน้ำตามอวัยวะต่าง ๆ ผลที่ตามมาคือตับโต บวม น้ำ ทำให้ แน่นท้อง ปวดท้อง เบื่ออาหาร และมีอาการขาบวม ท้องบวม แต่ถ้าหัวใจซีกซ้ายล้มเหลว อาการเด่น คือ อาการเหนื่อยง่าย ไม่มีแรง โดยเฉพาะอาการทางปอด เนื่องจากมีเลือดคั่งในปอดมาก ได้แก่ เหนื่อย หอบ ไอเป็นเลือด นอนราบไม่ได้เพราะหายใจไม่สะดวก (orthopnea) หรือนอนแล้วต้องลุกขึ้นมา นั่งกลางดึก (paroxysmal nocturnal dyspnea-PND) ผู้ป่วยอาจเหนื่อยมาก จนไม่สามารถหายใจได้ในที่สุด ภาวะหัวใจล้มเหลวจากความดันโลหิตสูง มักเกิดเริ่มจากหัวใจซีกซ้ายล้มเหลว และอาจตาม มาด้วยหัวใจซีกขวาล้มเหลว จึงมีอาการแสดงของภาวะหัวใจทั้งสองห้องล้มเหลว อาการเหนื่อยง่าย บวม นอนราบ

3. หลอดเลือดแดงใหญ่โป่งพอง (Aneurysm) การที่มีแรงดันเลือดที่สูงมากกระทบผนังหลอดเลือดแดงใหญ่เป็นเวลานาน ทำให้ผนังหลอดเลือดอ่อนแอและขาดความยืดหยุ่น ทำให้ขยายและโป่งออก เกิดภาวะหลอดเลือดแดงใหญ่โป่งพอง ตำแหน่งที่พบบ่อย คือ หลอดเลือดแดงใหญ่ในช่องท้องและในช่องอก ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักจะไม่มีอาการอะไร อาจตรวจพบโดยบังเอิญจากการถ่ายภาพเอกซเรย์ทรวงอก หรือคลำก้อนเต้นได้ในช่องท้อง ผู้ป่วยที่มีหลอดเลือดแดงใหญ่โป่งพองในช่องอก อาจมีอาการจากการกดเบียดของหลอดเลือดต่ออวัยวะข้างเคียง เช่น

กดหลอดลม ทำให้หายใจลำบาก กดเบียดหลอดอาหาร ทำให้กลืนลำบาก กดเบียดเส้นประสาทที่เลี้ยงกล่องเสียง ทำให้เสียงแหบ เป็นต้น ยกเว้น ในกรณีที่หลอดเลือดแดงที่ป่องพองมีการปริแตก อาจมีอาการปวดท้อง ปวดหลัง หรือปวดในช่องอก หน้ามืดหมดสติ หรือไอเป็นเลือดได้เฉียบพลัน และมักจะพบร่วมกับอาการช็อกด้วย เนื่องจากมีการเสียเลือดอย่างเฉียบพลัน อาจส่งผลให้เสียชีวิตได้

การรักษาความดันโลหิตสูง

แบ่งเป็น 2 แนวทาง ได้แก่ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และการใช้ยาลดความดัน ดังนี้

1. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ที่แสดงให้เห็นว่าสามารถลดความดันโลหิตได้

1.1 การลดน้ำหนักในผู้ที่มีน้ำหนักเกิน โดยมี BMI > 25 มม. ปรอท. การลดน้ำหนัก 10 กิโลกรัม ลดความดันโลหิต Systolic ได้ 5–20 มม. ปรอท.

1.2 DASH diet (Dietary approach to stop hypertension) รับประทาน ผัก ผลไม้ นมพร่องมันเนย เลี่ยงไขมันจากสัตว์บกและสัตว์น้ำบางชนิดเช่น หอยนางรม และปลาหมึกสด อาหารที่มีโปแตสเซียม แคลเซียม สามารถลดความดันโลหิต systolic ได้ 8–14 มม. ปรอท (ผู้ที่เป็นเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูง ให้หลีกเลี่ยงผลไม้รสหวานจัด เช่น ทูเรียน ลำ ใย ขนุน)

1.3 งดอาหารเค็ม ควรรับประทานอาหารรสจืด คือรับประทานเกลือโซเดียมน้อยกว่า 100 mg./วัน (2.4 กรัมโซเดียม/วัน หรือประมาณ 6 กรัมของ NaCl/วัน) ลดความดันโลหิต systolic ได้ 2–8 มม. ปรอท.

1.4 ออกกำลังกายสม่ำเสมอ ลดความดันโลหิต systolic ได้ 4–9 มม. ปรอท.

1.5 งดดื่มแอลกอฮอล์ ถ้าหลีกเลี่ยงไม่ได้ให้ดื่มไม่เกินปริมาณขนาดกลาง (moderation of alcohol consumption) ผู้ชายดื่มไม่เกิน 2 drinks ต่อวัน ผู้หญิงดื่มไม่เกิน 1 drink/วัน จะลดความดันโลหิต systolic ได้ 2–4 มม. ปรอท. (ข้อนี้ไม่แนะนำเพราะแอลกอฮอล์กดการบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจ กระตุ้นหัวใจให้เต้นผิดจังหวะมากขึ้น ในรายที่เต้นผิดจังหวะอยู่แล้วทำให้ดับอีกเสบแย่งลง และทำให้สมองที่ฟื้นเพื่อนอยู่แล้วแย่งลง)

1.6 งดสูบบุหรี่ สารกระตุ้น และสิ่งเสพติดชนิดต่าง ๆ

1.7 ฝึกอารมณ์ ควบคุมความเครียด หลีกเลี่ยงการอดนอน

2. การใช้ยาลดความดันโลหิต พิจารณาเริ่มใช้ยาลดความดันโลหิต ในการรักษาผู้ป่วยความดันโลหิตสูงทันที เมื่อผู้ป่วยถูกจัดให้อยู่ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงในการเกิดโรคหัวใจ และหลอดเลือดเท่านั้น

การให้ความรู้การดูแลตนเองด้านอาหารกับโรคความดันโลหิตสูง

ข้อควรระวังในการรับประทานอาหารสำหรับความดันโลหิตสูง จากรายงานทางระบาดวิทยา พบว่า ผู้ที่กินเกลือมากกว่าวันละ 1.8 ชช./วัน หรือเท่ากับน้ำปลา 7 ชช. จะมีความดันโลหิต สูงกว่าผู้ที่กินเกลือน้อยกว่า 1 ชช./วัน หรือน้ำปลา 3 ชช./วัน เนื่องจากในอาหารธรรมชาติมีโซเดียมอยู่บ้างแล้ว และนอกจากนี้ จะพบว่า คนอ้วนมักมีความดันโลหิตสูง การลดน้ำหนักลงทุก 10 กิโลกรัม จะลดความดันโลหิตตัวบนลง 5-20 มิลลิเมตรปรอทด้วย เมื่อลดน้ำหนักลงความดันโลหิต ก็จะต่ำลงด้วยการกินอาหารที่มีไขมันจากสัตว์มาก ก็จะทำให้มีภาวะไขมันในเลือดสูง ซึ่งเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้หลอดเลือดแดงแข็ง และความดันโลหิตสูงขึ้นได้ ดังนั้นการรับประทานอาหารสำหรับผู้ที่มีความดันโลหิตสูง จึงควรระวังอาหารต่อไปนี้

1. อาหารที่มีโซเดียม (sodium) สูง ประมาณครึ่งหนึ่งของโซเดียม ส่วนใหญ่ได้จากเกลือแกง การได้รับโซเดียมในปริมาณมาก จะทำให้ความดันโลหิตสูง การรับประทานโซเดียม 2.3 กรัม/วัน (เกลือ 1.8 ช้อนชา) ค่าความดันโลหิตตัวบนจะสูงขึ้นเฉลี่ย 3-6 มิลลิเมตรปรอท ซึ่งโซเดียมในเกลือแกงจะมีผลต่อการเพิ่มขึ้นของความดันโลหิตมากกว่าโซเดียม ของอนุมูลอื่น ๆ ที่มีใช้เกลือแกง ปริมาณของโซเดียมที่แนะนำให้บริโภคไม่เกิน 2,000 มิลลิกรัม อาหารที่มีโซเดียมสูง ได้แก่

- 1.1 อาหารที่มีเกลือมาก เช่น ซอส น้ำปลา กะปิ เต้าเจี้ยว อาหารหมักดอง ฯลฯ
- 1.2 อาหารพวกผงชูรส หรือผงปรุงรสต่าง ๆ ได้แก่ ผงชูรส ผงฟู สารกันบูด
- 1.3 ขนมกรุบกรอบที่มีเกลืออยู่เป็นจำนวนมาก
- 1.4 อาหารแปรรูป ได้แก่ ไส้กรอก กุนเชียง แหนม อาหารทะเลทำเค็ม ฯลฯ
- 1.5 สารกันบูด หลายชนิดมีโซเดียมประกอบอยู่ เช่น โซเดียมเบนโซเอต และโซเดียมโพรพิโอเนต ใช้ป้องกันเชื้อราในขนมปังปอนด์

2. ไขมัน (lipid) การรับประทานอาหารที่มีไขมันมาก โดยเฉพาะไขมันอิ่มตัว มีรายงานว่า ปริมาณไขมันและชนิดของไขมันอิ่มตัว มีความสัมพันธ์ต่อการเพิ่มขึ้นของความดันโลหิต ดังนั้น จึงควรควบคุมปริมาณ ไขมันและน้ำหนักตัวรวมทั้งการเลือกชนิดของไขมันที่เหมาะสม เพื่อป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง และควรงดไขมันอิ่มตัว ไขมันทรานส์ และโคเลสเตอรอล

กรณีโคเลสเตอรอลสูง ควรเลี่ยงอาหารที่มีโคเลสเตอรอลสูง หรือรับประทานแต่น้อย ได้แก่ เครื่องในสัตว์ ไข่แดง ไข่ปลา ปลาหมึก หอยนางรม มันกุ้ง มันปู เนยหรือครีม เนยแข็ง ขนมอบต่าง ๆ ครั้วชอง เค้ก พัพพาย ฯลฯ อาหารฟาสฟู๊ด เช่น แฮมเบอร์เกอร์ พิซซ่า

กรณีไตรกลีเซอไรด์สูง ควรเลี่ยงอาหารต่อไปนี้

อาหารทอดทุกชนิด และอาหารอบที่มีไขมัน เช่น ปาท่องโก๋ ข้าวเกรียบทอด มันทอด

เป็นต้น อาหารที่มีน้ำตาล ขนมหวานต่าง ๆ เช่น ขนมเชื่อม ผลไม้เชื่อม ขนมหม้อแกง สังขยา ทองหยิบ ทองหลอดฯ ผลไม้หวานจัด เช่น ทูเรียน น้อยหน่า ละมุด ลำไย มะขามหวาน อินทผลัม ผลไม้กวน เครื่องดื่มรสหวาน เช่น น้ำอัดลม ชา กาแฟใส่น้ำตาลและครีม เครื่องผสม น้ำผลไม้ และที่สำคัญคือแอลกอฮอล์ เช่น เหล้า เบียร์ ไวน์ ฯ

3. โปรตีน (Protein) มีวิจัยรายงานว่า การได้รับโปรตีนสูงมีผลต่อการเพิ่มขึ้นของความดันโลหิต ปริมาณโปรตีน ที่แนะนำให้บริโภคต่อวัน ประมาณ 0.8-1 กรัม ต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม และควรกินเนื้อสัตว์ ไม่ติดหนังไม่ติดมัน

4. คาร์โบไฮเดรต (carbohydrate) อาหารจำพวกคาร์โบไฮเดรตเชิงเดี่ยว เช่น น้ำหวาน น้ำอัดลม น้ำตาล ไม่พบว่ามีผลต่อการ เพิ่มขึ้นของความดันโลหิตในมนุษย์ แต่มีการเพิ่มขึ้นของความดันโลหิตในหนูทดลอง

5. แอลกอฮอล์ (alcohol) เช่น เหล้า เบียร์ ไวน์ ซึ่งมีผลโดยตรงต่อความดันโลหิต เนื่องจากมีส่วนกระตุ้นให้หัวใจ สุกซิดแรงขึ้น

การออกกำลังกายในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

การลดความดันที่ได้ผลนั้นจะต้องแนะนำให้ผู้ป่วยลดการบริโภคเกลือ ลดน้ำหนัก จำกัดการดื่มแอลกอฮอล์ และที่สำคัญอีกอย่าง คือ เพิ่มกิจกรรมทางกาย

ซึ่งการออกกำลังกาย ซึ่งจะช่วยให้สมรรถภาพร่างกายด้านหัวใจและหลอดเลือดดีขึ้น และเมื่อหัวใจทำงานดีขึ้นจะช่วยลดการเกิดความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือดสูงและกลุ่มอาการอ้วนลงพุงได้ ในผู้ป่วยที่ความดันโลหิตสูงที่ออกกำลังกายแบบแอโรบิก จะช่วยลดความดันโลหิตระหว่างวันได้ การออกกำลังกายไม่ว่าจะเป็นผู้ป่วยความดันโลหิตสูงหรือผู้ป่วยโรคหัวใจพบว่า มีประโยชน์ทั้งนั้น ซึ่งการออกกำลังกายระดับเบาถึงปานกลางนั้นมีความเสี่ยงต่ำ และยังพบว่า มีข้อห้ามในการออกกำลังกายระดับนี้ค่อนข้างน้อยมากในประชากรทั่วไป

ผลของการออกกำลังกายต่อความดันโลหิต โดยปกติในช่วงที่ออกกำลังกาย systolic blood pressure (SBP) จะค่อย ๆ เพิ่มขึ้น และ diastolic blood pressure (DBP) จะค่อย ๆ ลดลง หรือไม่มีการเปลี่ยนแปลง ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงการออกกำลังกายจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของระบบประสาทอัตโนมัติและฮอร์โมน โดยจะมีผลต่อ systolic pressure มากกว่า diastolic เนื่องจากระหว่างการออกกำลังกายนั้น จะทำให้มีการขยายตัวของเส้นเลือดที่ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อลาย ขณะกำลังทำงานเวลาที่ออกกำลังกาย ทำให้เลือดส่วนใหญ่ไหลเวียนได้ดี การเปลี่ยนแปลงของความดันขณะออกกำลังกาย ในคนปกติกับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงจะมีความแตกต่างกัน คือ คนปกติเมื่อออกกำลังกาย SBP จะเพิ่มสูงขึ้น แต่จะไม่ถึง 220 มิลลิเมตรปรอท และแรงต้านทานหลอดของเลือดส่วนปลายจะลดลง แต่ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงนั้น เมื่อออกกำลังกายแล้ว

ความดันโลหิตจะยิ่งสูงขึ้น และอาจสูงเกิน 220 มิลลิเมตรปรอท ส่วน DBP จะไม่มีการเปลี่ยนแปลง หรืออาจเพิ่มขึ้นเล็กน้อย นอกจากนี้ขณะที่ผู้ป่วย ความดันโลหิตสูง กำลังออกกำลังกาย ยังพบว่าแรงต้านทานหลอดเลือดของเลือดส่วนปลายโดยรวม และการใช้ออกซิเจนของกล้ามเนื้อ หัวใจเพิ่มขึ้น ร่วมกับการขยายตัวของเส้นเลือดลดลงด้วย

ผลที่เกิดขึ้นนี้อาจยังคงอยู่ถึง 12 ชั่วโมง หลังออกกำลังกายทันที และแรงต้านทาน หลอดของเลือดส่วนปลายที่ลดลงทำให้ความดันหลอดเลือดแดงลดลง 5-7 มิลลิเมตรปรอท การออกกำลังกาย เพียงแค่ 3 ครั้งขึ้นไป อาจทำให้ผลของการลดความดันโลหิตอยู่ถึง 1-2 สัปดาห์ หลังออกกำลังกาย การเปลี่ยนแปลงในระยะยาวต่อจากนี้ กล้ามเนื้อหัวใจห้องล่างซ้าย จะมีการขยายตัวแบบยี่ดออก ซึ่งจะช่วยรักษาการทำงานของหัวใจไว้ได้ การยืดออกของกล้ามเนื้อหัวใจ ซึ่งเกิดจากการออกกำลังกายนี้ จะทำให้เกิดการยึดตัวของเซลล์ กล้ามเนื้อหัวใจ กล้ามเนื้อหัวใจ จะมีการหนาตัวขึ้น และเพิ่มแรงในการบีบตัวของเซลล์กล้ามเนื้อหัวใจ แต่ละเซลล์ การเปลี่ยนแปลง ทั้งหมดนี้จะเกิดขึ้นไปพร้อม ๆ กันและส่งผลดีต่อผู้ป่วยที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงมาเป็น เวลานาน การสูญเสียปริมาณ น้ำเลือดร่วมกับการสูญเสียเกลือโซเดียมในขณะที่ออกกำลังกาย เป็นประจำ ทำให้การลดความดันในผู้ป่วยมีประสิทธิภาพมากขึ้น

ระยะเวลาในการออกกำลังกาย ควรใช้ระยะในช่วงออกกำลังกาย (conditioning) เวลา 30-60 นาที (continuous หรือ intermittent) เพื่อให้ได้ training effects

ความถี่ของการออกกำลังกาย 3-5 วันต่อสัปดาห์ ในกรณีที่ออกกำลังกายไม่หนักมาก สามารถทำได้ทุกวัน

การปรับเปลี่ยนการออกกำลังกาย ก่อนที่จะปรับเพิ่มความแรง (intensity) ของการ- ออกกำลังกาย โดยทั่วไปแล้วไม่ควรปรับความแรงของการออกกำลังกายเกินสัปดาห์ละ 1 METs ในกรณีผู้ป่วย ไม่สามารถออกกำลังกายต่อเนื่องได้นาน เช่น มีอาการผิดปกติที่เป็น ข้อจำกัด ในการออกกำลังกายต่อเนื่องนาน สามารถที่จะออกกำลังกายเป็นช่วงระยะเวลาสั้น ๆ สลับกับ ช่วงพัก เช่น เดินช้า ๆ 3-5 นาที พัก 3-5 นาที แล้วเดินอีก 2-3 รอบ แล้วจึงค่อย ๆ ปรับเพิ่ม ระยะเวลาการเดินในแต่ละช่วงให้นานขึ้นเรื่อย ๆ จนสามารถทำต่อเนื่องได้ 10-15 นาที ก่อนปรับเพิ่มความแรงของการออกกำลังกาย

ข้อควรระวังในการออกกำลังกายของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยที่มีความดันโลหิต สูงขั้นรุนแรงหรือไม่สามารถควบคุมได้ ควรเริ่มออกกำลังกายหลังจากได้รับการตรวจรักษาและ รับประทานยาจากแพทย์แล้ว ผู้ป่วยที่เป็นโรคหัวใจเช่น กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ภาวะหัวใจ ล้มเหลว หรือเป็นโรคหลอดเลือด สมองหากจะเริ่มออกกำลังกายระดับควรออกกำลังกาย ที่ศูนย์ฟื้นฟูหัวใจที่มีบุคลากรทางการแพทย์ดูแลใกล้ชิด ห้ามออกกำลังกายเมื่อความดัน

ขณะพัก SBP > 200 มิลลิเมตรปรอท หรือ DBP > 110 มิลลิเมตรปรอท และขณะออกกำลังกาย ต้องระวังไม่ให้ SBP \geq 220 มิลลิเมตรปรอท หรือ DBP \leq 105 มิลลิเมตรปรอท ยา β -blockers และยาขับปัสสาวะอาจจะมีผลต่อระบบการควบคุมอุณหภูมิร่างกาย และทำให้เกิดภาวะระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ จึงควรอธิบายอาการผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นจากภาวะเหล่านี้ให้กับผู้ป่วย รวมถึงป้องกันการเกิดภาวะเหล่านี้ด้วย ยา β -blockers โดยเฉพาะชนิดไม่จำเพาะเจาะจง อาจลดสมรรถภาพสูงสุดและรองสูงสุดของผู้ป่วยที่ไม่ได้เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ดังนั้น เมื่อออกกำลังกายควรใช้ค่าระดับแสดงความเหนื่อยแทนอัตราการเต้นของหัวใจในการบอก ระดับความหนักของการออกกำลังกาย ยาลดความดัน เช่น β -blockers, calcium channel blockers และยาขยายหลอดเลือด อาจมีผลทำให้ความดันลดลงอย่างรวดเร็วทันทีหลังออกกำลังกาย ดังนั้น จึงควรติดตามความดันโลหิต ในช่วงผ่อนคลาย (cool down) หลังการออกกำลังกาย อย่างใกล้ชิด ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงหลายคนมีภาวะน้ำหนักรวมหรืออ้วนร่วมด้วย การออกกำลังกายใน ผู้ป่วยกลุ่มนี้ควรมุ่งเน้นให้ร่างกายเผาผลาญพลังงานเพิ่มขึ้น ควบคู่ไปกับลดการบริโภคอาหาร เพื่อให้น้ำหนักลดลงด้วย ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มักมีความดันโลหิตสูง และการออกกำลังกาย จะช่วยลดความดันโลหิตสูงได้เหมือนกับวัยหนุ่มสาวแต่จะต้องเพิ่มความระมัดระวังและปรับ การออกกำลังกายให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุแต่ละคน

การจัดการความเครียดในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

องค์การอนามัยโลกประเมินว่าความดันโลหิตสูงเป็นสาเหตุของการเสียชีวิต มากกว่า 7 ล้าน คนต่อปี หรือร้อยละ 13 ของการตายทั้งหมด หากผู้ป่วยสามารถลดความดันโลหิตได้ ก็จะมีโอกาสเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดหัวใจ หรือหลอดเลือดสมองลดลง และผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูงขึ้นไม่มากอาจเลือกที่จะปรับวิถีชีวิตแทนการใช้ยา การจัดการกับความเครียดเป็น การรักษาที่ผู้ป่วยสามารถฝึกและนำไปปฏิบัติได้เอง ซึ่งมีหลายวิธีที่ไม่ต้องอาศัยอุปกรณ์พิเศษ และฝึกสำเร็จได้ไม่ยาก และแม้ว่าการจัดการกับความเครียดไม่ได้เป็นการรักษาหลักของโรค ความดันโลหิตสูง การฝึกปฏิบัติก็สามารถนำไปสู่การปรับตัวต่อปัญหาประจำวันที่ดีขึ้น

ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียด และความดันโลหิตสูง เป็นที่ทราบกันดีว่าความเครียด ทางด้านอารมณ์มีผลต่อความดันโลหิตที่สูงขึ้นในระยะสั้น โดยผ่านการกลไกของระบบประสาท อัดโนมัลติซิมพัล และ Hypothalamo-pituitary adrenocortical axis ดังจะเห็นได้จาก เมื่อตื่นเต้น กังวล หรือโกรธ พบว่าความดันโลหิต และชีพจรจะสูงขึ้นทันที และจะเป็นอยู่ระยะหนึ่ง เมื่ออารมณ์เหล่านี้ลดลง ความดันโลหิตและชีพจรจะลดลง อย่างไรก็ตามยังไม่ทราบกลไกที่ชัดเจน ของความเครียดกับความดันโลหิตสูงในระยะยาว แต่ทราบว่ามีความเกี่ยวข้องที่ เกี่ยวข้อง เช่น ความรุนแรง ระยะเวลา และความถี่ของความเครียด โดยอาจมีผลต่อพฤติกรรมความเสี่ยงต่าง ๆ

เช่น การสูบบุหรี่ โภชนาการที่ไม่เหมาะสม และการไม่ออกกำลังกาย จนทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงระยะยาวของหลอดเลือด การทำงานของหัวใจและไตที่เกี่ยวข้อง โดยตรงของความดันโลหิตสูงระยะยาว การจัดการความเครียดเป็นการฝึกร่างกายหรือจิตใจ ให้รู้จักความเครียดที่เกิดขึ้น และควบคุมการตอบสนองความเครียดในสิ่งที่สามารถควบคุมได้มา สามารถใช้ได้กับผู้ป่วยเกือบทุกราย และน่าจะมีประโยชน์มากในรายที่มีความเครียดสูง ในปัจจุบันมีวิธีที่ได้รับความนิยม และมีการศึกษาถึงประสิทธิผลหลายวิธี เช่น

1. การผ่อนคลาย มีจุดประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการผ่อนคลายทั้งทางร่างกายและจิตใจ โดยผ่านการควบคุมกล้ามเนื้อหรือการหายใจ
2. การทำสมาธิ และกิจกรรมที่ใช้กายและจิต (เช่น ชี่กง ไทชิ โยคะ) เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดภาวะที่รู้ตัวและสงบโดยผ่านเทคนิคแบบต่าง ๆ ตามที่ผู้ป่วยสนใจ
3. การสะท้อนกลับทางชีวภาพ เป็นการใช้อุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ เพื่อวัดการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายออกมา ในรูป ตัวเลข แสง หรือเสียง ซึ่งอาจใช้ควบคู่กับการผ่อนคลายวิธีต่าง ๆ
4. การลดความเครียด โดยการปรับเปลี่ยนความคิด หรือพฤติกรรมที่ตอบสนองต่อความเครียด ที่เป็นปัญหา การเลือกใช้วิธีต่าง ๆ แล้วแต่ความชอบหรือถนัดของแต่ละบุคคล สำหรับการผ่อนคลายในช่วง แรกหลังจากฝึกเบื้องต้นแล้ว ควรกลับไปฝึกด้วยตนเองทุกวัน วันละ 2-3 รอบ หรือมากกว่านั้น จนสามารถใช้ได้อย่างคล่องแคล่วทันทีเมื่อมีความเครียด

แนวความคิดเกี่ยวกับความฉลาดทางสุขภาพ

ความฉลาดทางสุขภาพ (ขวัญเมือง แก้วดำเกิง และนฤมล ตรีเพชรศรีอุไร, 2554)

คำตรงข้ามของคำว่า “ฉลาด” คือคำว่า “โง่” ซึ่งไม่มีใครชื่นชมมากนัก “ความฉลาด” สามารถสร้างให้เกิดการยอมรับ การชื่นชม การยกย่อง และความไว้วางใจจากบุคคลอื่น อันเป็นการให้คุณค่าและโอกาสกับบุคคล ความฉลาดจึงเป็นสิ่งสำคัญที่ทุกคนต่างแสวงหา และคนส่วนใหญ่ต้องใช้เวลาพยายามอย่างมากเพื่อปูพื้นฐานสำหรับตนเองในการสร้างโอกาส และความก้าวหน้าในชีวิตการงาน การดำเนินชีวิตประจำวัน รวมทั้งการอยู่รอดในสังคมที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วในปัจจุบัน

ความฉลาด ว่ามีความหมายมากมาย เช่น การรู้หนังสือ สามารถอ่านออก เขียนได้ ตลอดจนความสามารถในการจดจำ ความคิด ความรู้ ทักษะชีวิต การใช้ชีวิต การประสบความสำเร็จ ฯลฯ อย่างไรก็ตาม ปัจจัยพื้นฐานสำคัญ ของความฉลาด คือ การอ่านหนังสือได้ หรือการรู้หนังสือประเทศต่าง ๆ ทั่วโลก จึงให้ความสำคัญกับการอ่านหนังสือหรือการรู้หนังสือ กล่าวกันว่า การรู้หนังสือ (literacy) เป็นความสามารถในการอ่าน เขียน พูด ภาษาหลัก การคำนวณ

และคิดแก้ปัญหาการงานหรือการดำรงชีวิตในสังคมเพื่อให้ บรรลุเป้าหมายในชีวิตของตนเอง และพัฒนาตนเองได้ อีกทั้งยังสะท้อนถึงศักยภาพในการพัฒนาประเทศชาติที่สำคัญประการหนึ่ง

ในส่วนของมุมมองเรื่องสุขภาพในประเทศไทย มีความครอบคลุมทั้ง 4 มิติ ซึ่งสามารถให้ความหมายของสุขภาพได้ว่า การมีภาวะทั้งทางกาย ทางจิต ทางปัญญา และทางสังคม เชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุล สมบูรณ์ ซึ่งนายแพทย์ประเวศ วะสี ได้อธิบายเพิ่มเติมเกี่ยวกับสุขภาพไว้ 4 ด้าน คือ การ จิต สังคม ปัญญา เชื่อมโยงกันแบบบูรณาการ ดังนี้ (1) กาย ได้แก่ ความแข็งแรง ปลอดภัย พิษ ปลอดภัย มีปัจจัยสี่ (2) จิต ได้แก่ ความดี ความงาม ความสงบ ความมีสติ (3) สังคม ได้แก่ สังคมสัมพันธ์ สังคมแข็งแรง สังคมยุติธรรม สังคมสันติ และ (4) ปัญญา ได้แก่ รู้รอบ รู้เท่าทัน ทำเป็น อยู่ร่วมกันเป็นบรรลูนุสรภาพ

การที่ประชาชนโดยเฉพาะผู้ที่มีความบกพร่องในการรับรู้ และเรียนรู้ข้อมูลข่าวสาร อาทิ เด็กผู้พิการ ผู้สูงอายุ ผู้ไม่ได้เรียนหนังสือ ชนกลุ่มน้อย ชาวต่างชาติ ฯลฯ ย่อมมีข้อจำกัดในการรับรู้ การคิด และเลือกหนทางที่จะปฏิบัติตนให้เหมาะสมตามสถานการณ์ในพื้นที่ต่าง ๆ เพื่อการมีสุขภาพที่ดี ดังนั้น ความหมายของคำว่า “สุขภาพ” จึงเตือนให้เราทุกคนตระหนักถึงความเกี่ยวข้องกันระหว่างสุขภาพกาย อารมณ์และจิตใจ การมีปฏิสัมพันธ์กับคนในสังคม และการเสริมสร้างทักษะ ในการดำเนินชีวิต “ความฉลาดทางสุขภาพ” จึงเป็นหนทางสำคัญ และนับได้ว่าเป็นปัจจัยพื้นฐานนำไปสู่การมีสุขภาพดี

การพัฒนาการแนวคิดเกี่ยวกับความฉลาดทางสุขภาพ หรือ Health literacy: HL ปรากฏครั้งแรกในเอกสารประกอบการสัมมนาทางวิชาการด้านสุขศึกษา ในปี ค.ศ. 1974 และเริ่มแพร่หลายมากขึ้น โดยมีการกำหนดนิยามความหมายไว้อย่างหลากหลาย กระทั่งมีการให้คำนิยาม โดยองค์การอนามัยโลก ในปี ค.ศ. 1998 มีการรณรงค์ให้ประเทศสมาชิก ร่วมมือกันพัฒนา และส่งเสริมให้ประชาชนมีความฉลาดทางสุขภาพ หลังจากนั้นคำว่า Health literacy ปรากฏในบทความวิจัย ที่ชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของสุขศึกษา ในการผลักดันนโยบายสาธารณะที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพ การศึกษา และสื่อสารมวลชน

คำนิยามที่มีปรากฏในรายงานการศึกษาและบทความที่เกี่ยวข้องมีดังนี้

World Health Organization (1998) นิยามว่า “Health literacy represents the cognitive and social skills which determine the motivation and ability of individuals to gain access to, understand and use information in ways which promote and maintain good health” ซึ่งสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข แปลความว่า “ทักษะต่าง ๆ ทางกรรับรู้และทางสังคมซึ่งเป็นตัวกำหนดแรงจูงใจและความสามารถของปัจเจกบุคคลในการที่จะเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลในวิธีการต่าง ๆ เพื่อส่งเสริม และบำรุงรักษาสุขภาพของตนเองให้ดีอยู่เสมอ”

ดอน นัทบีม (Nutbeam, 2000; 2008) นิยามไว้ดังนี้ ในปี ค.ศ. 2000 ให้นิยามไว้ว่า “ความรู้ ความเข้าใจ และทักษะทางสังคมที่กำหนดแรงจูงใจและ ความสามารถเฉพาะบุคคล ในการเข้าถึง ทำความเข้าใจและใช้ข้อมูลเพื่อให้เกิดสุขภาพที่ดี รวมทั้งการพัฒนาความรู้ และ ทำความเข้าใจในบริบทด้านสุขภาพ การเปลี่ยนแปลงทัศนคติและแรงจูงใจเพื่อก่อให้เกิด พฤติกรรม สุขภาพที่เหมาะสมด้วยตนเอง” ต่อมาในปี ค.ศ. 2008 ได้ให้นิยามไว้ว่า “สมรรถนะ ของบุคคล ที่สามารถเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน ใช้ความรู้ และสื่อสารเกี่ยวกับสารสนเทศ ด้านสุขภาพ ตามความต้องการ เพื่อส่งเสริมและรักษาสุขภาพที่ดีตลอดชีวิต”

จากการทบทวนนิยามและความหมายของ Health literacy พบว่า ยังมีพัฒนาการ อย่างต่อเนื่องตามการประยุกต์ใช้และบริบทที่เป็นปัญหาของประเทศในภูมิภาคต่าง ๆ คำนิยาม ที่มีการใช้และถูกอ้างอิงมากที่สุด เป็นนิยามของดอน นัทบีม ซึ่งเน้นเรื่องสมรรถนะและทักษะ ของบุคคล ส่วนนิยามอื่น ๆ มีความแตกต่างออกไป เช่น การอ่านข้อความ การคำนวณตัวเลข ความจำ ความรู้ การทำความเข้าใจ การตัดสินใจหลังจากใช้ข้อมูล และความเท่าเทียมด้านสุขภาพ เป็นต้น

การใช้คำเรียก “Health literacy” ที่มีปรากฏในเอกสารภาษาไทยมีหลายคำ เช่น ความแตกฉานด้านสุขภาพ การรู้เท่าทันด้านสุขภาพ ความฉลาดทางสุขภาพ และ ความฉลาด ทางสุขภาพ

การแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในประเด็นการให้คำนิยามและการกำหนดคำ ในภาษาไทยที่เหมาะสม ได้พิจารณาจากคำที่มีปรากฏแล้ว และคำที่น่าจะเหมาะสมตามความหมาย การสื่อความ และการสร้างความเข้าใจ รวมทั้งพิจารณาความสอดคล้องกับคำเรียกที่มีการกำหนด ไว้แล้วในบริบทต่าง ๆ อาทิ คำว่า ความฉลาดทางอารมณ์ (ในงานพัฒนาสุขภาพจิตด้านจิตใจ ของกรมสุขภาพจิต) ความไม่ฉลาด หรือ โง่ (ซึ่งสื่อแบบตรงไปตรงมาและเข้าใจง่าย) จึงได้มีการกำหนดคำเรียกภาษาไทยว่า “ความฉลาดทางสุขภาพ” และกำหนดคำนิยามโดย หมายถึง ความสามารถและทักษะ ในการเข้าถึงข้อมูล ความรู้ ความเข้าใจ เพื่อวิเคราะห์ ประเมินการปฏิบัติ และจัดการตนเอง รวมทั้งสามารถชี้แนะเรื่องสุขภาพส่วนบุคคล ครอบครัว และชุมชน เพื่อสุขภาพ ที่ดี

แนวความคิดเกี่ยวกับ Health literacy มีความชัดเจนมากขึ้น จากการจำแนกระดับ ของดอน นัทบีม (Nutbeam, 2000; 2008) คณะสาธารณสุขศาสตร์และเวชศาสตร์ชุมชน มหาวิทยาลัยชิดนิย์ ประเทศออสเตรเลีย ซึ่งเขียนบทความวิจัยเรื่อง Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into health 21st century จำแนก ความฉลาดทางสุขภาพเป็น 3 ระดับ ดังนี้

ระดับ 1 ความฉลาดทางสุขภาพขั้นพื้นฐาน หรือ ระดับการปฏิบัติเฉพาะบุคคล (functional health literacy) ได้แก่ ทักษะพื้นฐานด้านการฟัง พูด อ่าน และเขียนที่จำเป็นต่อความเข้าใจและการปฏิบัติในชีวิตประจำวัน เช่น การอ่านฉลากยา การรับรู้ และเข้าใจในข้อมูล ทั้งข้อความเขียนและวาจา จากบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข

ระดับ 2 ความฉลาดทางสุขภาพขั้นการมีปฏิสัมพันธ์ (communicative/ interactive health literacy) ได้แก่ ทักษะพื้นฐานการมีพุทธิปัญญา (cognitive) รวมทั้งทักษะทางสังคม (social skill) ที่ใช้ในการเข้าร่วมกิจกรรม รู้จักเลือกใช้ข้อมูลข่าวสารแยกแยะลักษณะการสื่อสารที่แตกต่างกัน รวมทั้งประยุกต์ใช้ข้อมูลข่าวสารใหม่ ๆ เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

ระดับ 3 ความฉลาดทางสุขภาพขั้นวิจารณ์ญาณ (critical health literacy) ได้แก่ ทักษะทางปัญญาและสังคมที่สูงขึ้น สามารถประยุกต์ ใช้ข้อมูลข่าวสารในการวิเคราะห์ เปรียบเทียบ และควบคุมจัดการสถานการณ์ในการดำรงชีวิตประจำวันได้ ความฉลาดทางสุขภาพระดับวิจารณ์ญาณเน้นการกระทำของปัจเจกบุคคล (individual action) และการมีส่วนร่วม ผลักดันสังคม การเมืองไปพร้อมกัน จึงเป็นการเชื่อมโยงประโยชน์ของบุคคลกับสังคมและสุขภาพของประชาชนทั่วไป

ความฉลาดทางสุขภาพมีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์สุขภาพ หรือบริการสุขภาพ ตลอดจนจนพฤติกรรมสุขภาพที่สำคัญ เช่น การใช้ยาเสพติด การสูบบุหรี่ การให้นมลูก การปฏิบัติตัวตามคำแนะนำของแพทย์ ทั้งนี้ อาจจะเนื่องจากการขาดความรู้และทักษะในการป้องกันและดูแลสุขภาพ ของตนเองนั่นเอง หากประชากรส่วนใหญ่ของประเทศมีระดับความฉลาดทางสุขภาพต่ำ ย่อมจะส่งผลต่อสภาวะสุขภาพในภาพรวม กล่าวคือ ประชาชนขาดความสามารถในการดูแลสุขภาพของตนเองจำนวนผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง จะเพิ่มขึ้นทำให้ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มสูงขึ้น (World Health Organization, 2009) ต้องพึ่งพาบริการทางการแพทย์และยารักษาโรคที่มีราคาแพง โรงพยาบาลและหน่วยบริการสุขภาพจะต้องมีภาระหนักในด้านการรักษาพยาบาล จนทำให้เกิดข้อจำกัดในการทำงานส่งเสริมสุขภาพและไม่อาจสร้างความเท่าเทียม ในการเข้าถึงบริการ อย่างสมบูรณ์ได้

การวัดความฉลาดทางสุขภาพเป็นความพยายามที่จะทำให้ทราบ สภาพปัญหาอันเกิดจากการเรียนรู้ข้อมูลสุขภาพของประชาชน ทำให้มีการพัฒนาเครื่องมือชุดแรก ๆ ขึ้นในกลุ่มผู้ป่วยที่มาใช้บริการในโรงพยาบาล ซึ่งพบว่าข้อจำกัดและอุปสรรคส่วนตัวของผู้ป่วย รวมทั้งการสื่อสารและการสุขศึกษาของบุคลากรทางการแพทย์มีช่องว่างเกิดขึ้นมากมาย ส่งผลให้การรักษาพยาบาลไม่ได้ผลอย่างที่ควร ต่อมามีการพัฒนาเครื่องมือวัดความฉลาดทางสุขภาพในกลุ่มเป้าหมายอื่น ๆ ขึ้น

เครื่องมือที่ใช้วัดความฉลาดทางสุขภาพที่มีการศึกษาและพัฒนาไว้แล้วจากต่างประเทศสามารถจำแนกได้ดังนี้

1. เครื่องมือวัดความฉลาดทางสุขภาพในกลุ่มผู้ใหญ่ (Adults) ได้แก่

1.1 แบบประเมินการอ่านศัพท์พื้นฐานทางการแพทย์อย่างรวดเร็ว ในกลุ่มผู้ใหญ่ หรือ Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine: REALM

1.2 แบบประเมินการอ่านศัพท์พื้นฐานทางการแพทย์อย่างรวดเร็ว ในกลุ่มผู้ใหญ่แบบสั้น หรือ Shortened version of the Rapid Estimate of Adults Literacy: S-REALM

1.3 แบบทดสอบความฉลาดทางสุขภาพด้านความเข้าใจข้อมูล ข่าวสารและความเข้าใจเกี่ยวกับตัวเลขระดับพื้นฐานในกลุ่มผู้ใหญ่ หรือ Test of Functional Health Literacy in Adults (TOFHLA): health information comprehension and numeracy

1.4 แบบทดสอบความฉลาดทางสุขภาพด้านความเข้าใจข้อมูล ข่าวสารและความเข้าใจเกี่ยวกับตัวเลขระดับพื้นฐานในกลุ่มผู้ใหญ่แบบสั้น หรือ Short-Test of Functional Health Literacy in Adult (S-TOFHLA)

1.5 แบบทดสอบความจำคำศัพท์สำคัญ หรือ Wide Range Achievement Test (WRAT): Word Recognition

1.6 แบบประเมินระดับความฉลาดทางสุขภาพพื้นฐาน การสื่อสาร และวิจารณ์ญาณ หรือ Functional Communication and Critical Health Literacy Scales (FCCHL)

1.7 แบบประเมินระดับชาติเรื่องการเรียนรู้หนังสือในกลุ่มวัยผู้ใหญ่ (National Assessment of Adult Literacy: NAAL)

1.8 แบบประเมินระดับความฉลาดทางสุขภาพทางอิเล็กทรอนิกส์ หรือ e-Health Literacy Scales (eHEALS)

1.9 แบบประเมินความฉลาดทางสุขภาพด้านการใช้ภาษาสเปน ในการพูดสำหรับกลุ่มผู้ใหญ่แบบสั้น หรือ The Short Assessment of Health Literacy for Spanish Speaking Adult (SAHLSA)

2. เครื่องมือวัดความฉลาดทางสุขภาพในกลุ่มเด็กและเยาวชน (Child and Teenage) ได้แก่

2.1 แบบทดสอบการจำคำศัพท์ทางการแพทย์ในกลุ่มวัยรุ่นหรือ REALM-Teen: medical word recognition test for adolescents and teens. ประยุกต์จากแบบประเมินการอ่านศัพท์พื้นฐานทางการแพทย์อย่างรวดเร็วในกลุ่มผู้ใหญ่ (The Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine: REALM)

2.2 แบบทดสอบความฉลาดทางสุขภาพด้านความเข้าใจข้อมูล ข่าวสารและความเข้าใจเกี่ยวกับตัวเลขระดับพื้นฐานในกลุ่มเยาวชน หรือ TOFHLA for teens: health information comprehension and numeracy for teens ประยุกต์จากแบบทดสอบความฉลาดทางสุขภาพระดับพื้นฐานในกลุ่มผู้ใหญ่ (The Test of Functional Health Literacy in Adult: TOFHLA)

2.3 แบบทดสอบความฉลาดทางสุขภาพด้านความเข้าใจข้อมูล ข่าวสารและความเข้าใจเกี่ยวกับตัวเลขระดับพื้นฐานในกลุ่มเยาวชนแบบสั้น หรือ STOFHLA: The Short Test of Functional Health Literacy ประยุกต์จากแบบทดสอบความฉลาดทางสุขภาพด้านระดับพื้นฐานในกลุ่มผู้ใหญ่ และพัฒนาให้เป็นแบบสั้น

ตัวอย่างของเครื่องมือที่ใช้กันแพร่หลาย

แบบสอบถามคัดกรองความฉลาดทางสุขภาพ (Health Literacy Screening Question: Set of Brief Screening Questions (SBSQ) ซึ่งได้รับการพัฒนาและเผยแพร่ จากการศึกษา คำถามสั้น ๆ ในการแยกแยะผู้ป่วยที่มีความฉลาดทางสุขภาพที่ไม่เพียงพอ (Chew, Bradley and Bokyo, 2004) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อระบุคำถามทางคลินิก ที่จะนำไปใช้ประโยชน์ในการค้นหาว่า ประชากรในวัยผู้ใหญ่ มีความฉลาดทางสุขภาพหรือไม่ และมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาประเมิน เครื่องมือ เพื่อใช้ในการคัดกรองผู้ป่วยที่มีความฉลาดทางสุขภาพระดับใด โดยเปรียบเทียบกับ เครื่องมือที่มีมาตรฐานในการคัดกรองความฉลาดทางสุขภาพวัยผู้ใหญ่ ทำการศึกษาที่คลินิก ก่อนการผ่าตัด ของ VA Puget Sound Health Care System ในซีแอตเทิล ประเทศสหรัฐอเมริกา ผู้ป่วยที่เข้าร่วมการศึกษา ต้องเป็นผู้ป่วยที่มารับบริการในคลินิกแห่งนี้ และสามารถพูด ภาษาอังกฤษได้ โดยใช้วิธีสัมภาษณ์ หรือตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ซึ่งมีข้อคำถามทั้งหมด 16 ข้อ ดังนี้

1. บ่อยเพียงใดที่เอกสารนัดหมาย/ใบนัดแพทย์ ที่ท่านได้รับสามารถอ่านและทำความเข้าใจได้ง่าย
2. บ่อยเพียงใดที่ท่านสามารถอ่านและทำความเข้าใจได้ง่ายกับแบบฟอร์มทางการแพทย์
3. บ่อยเพียงใดที่ท่านสามารถอ่านและทำความเข้าใจได้ง่ายกับฉลากยาที่ติดข้างขวดยา
4. บ่อยเพียงใดที่ท่านสามารถอ่านและทำความเข้าใจได้ง่ายกับสื่อให้ความรู้ต่าง ๆ เช่น แผ่นพับ หรือสมุดคู่มือ
5. บ่อยเพียงใดที่ท่านสามารถอ่านและทำความเข้าใจสัญลักษณ์ต่าง ๆ ในโรงพยาบาล/คลินิก เช่น ป้ายเตือนต่าง ๆ
6. บ่อยเพียงใดที่ท่านรู้สึกว่าใบนัดที่ท่านได้รับ อ่านและทำความเข้าใจได้ยาก

7. บ่อยเพียงใดที่ท่านรู้สึกว่แบบฟอร์มทางการแพทย์ ยากที่จะทำความเข้าใจและกรอกลงในแบบฟอร์มนั้นได้
8. บ่อยเพียงใดที่ท่านพบว่าข้อบ่งใช้หรือคำแนะนำบนฉลากยา อ่านและทำความเข้าใจได้ยาก
9. บ่อยเพียงใดที่ท่านยากที่จะทำความเข้าใจข้อมูลทางบุคลากรทางการแพทย์ (แพทย์/พยาบาล) เขียนไว้ให้ท่าน
10. บ่อยเพียงใดที่ท่านไม่สามารถไปตรงตามวัน เวลาที่แพทย์นัด เนื่องมาจากการอ่านใบนัดแพทย์ไม่เข้าใจ
11. บ่อยเพียงใดที่ท่านไม่สามารถกรอกแบบฟอร์มทางการแพทย์ได้อย่างสมบูรณ์เนื่องมาจากการอ่านแบบฟอร์มไม่เข้าใจ
12. บ่อยเพียงใดที่ท่านไม่สามารถเข้าถึงสภาวะทางด้านสุขภาพ/โรคประจำตัวของท่านเนื่องมาจากไม่เข้าใจข้อมูลทีบุคลากรทางการแพทย์เขียนให้
13. บ่อยเพียงใดที่ท่านไม่มั่นใจในการรับประทานยาตามแพทย์สั่ง เนื่องมาจากการอ่านคำสั่งบนฉลากยาไม่เข้าใจ
14. ท่านมีความมั่นใจเพียงใดที่จะกรอกแบบฟอร์มทางการแพทย์ด้วยตัวท่านเอง
15. ท่านมีความมั่นใจเพียงใด ในการรับประทานยาตามแพทย์สั่ง
16. บ่อยเพียงใดที่ท่านต้องขอความช่วยเหลือจากผู้อื่น (เช่น สมาชิกในครอบครัว เพื่อน เจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาล) ในการอ่านสื่อความรู้ต่าง ๆ เช่น แผ่นพับ หรือคู่มือที่ได้รับจากโรงพยาบาล

วัดเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scales) จำนวน 5 ระดับ คือ ทุกครั้ง บ่อยครั้ง บางครั้ง นาน ๆ ครั้ง และไม่มีเลย แต่ละข้อคำถามให้ค่าคะแนนเป็น 0, 1, 2, 3 และ 4

การพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพ

ความฉลาด มีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพโดยตรง และการเรียนรู้เรื่องความฉลาดทางสุขภาพโดยศึกษาพัฒนาการ คำนิยาม และความหมาย ทำให้ความเข้าใจเกี่ยวกับคุณลักษณะที่จำเป็นสำหรับ การสร้างเสริมความฉลาดทางสุขภาพชัดเจนขึ้น ซึ่งจะต้องอาศัยคุณลักษณะเหล่านี้ในการออกแบบกระบวนการดำเนินงาน (intervention) และสร้างแนวทางพัฒนาในด้านต่าง ๆ สำหรับประชาชนทุกกลุ่มวัย เพื่อลดข้อจำกัดหรืออุปสรรคของการเรียนรู้ในการพัฒนา ความฉลาด ให้เกิดขึ้น ซึ่งอาจจำแนกกลุ่มเป้าหมายที่จำเป็นต้องพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพได้ ดังนี้

1. กลุ่มประชาชนที่ด้อยความสามารถในการเรียนรู้ (illiteracy populations)

ประชาชนกลุ่มนี้ ได้แก่ บุคคลที่อ่านหนังสือไม่ออก เขียนหนังสือไม่ได้หรือพูดไม่ได้ ประสิทธิภาพในการได้ยินและการใช้สายตาด้อยกว่าปกติ รวมทั้งมีปัญหาในการใช้ภาษาหลัก และภาษาท้องถิ่นซึ่งเป็น กลุ่มที่มีข้อจำกัด และอุปสรรคในด้านปัจจัยพื้นฐานสำหรับการเรียนรู้ เช่น คนที่เรียนหนังสือน้อย คนพิการ เด็กเล็ก คนชรา คนต่างชาติ คนอพยพย้ายถิ่น เป็นต้น

2. กลุ่มประชาชนที่มีความฉลาดต่ำ (low-literacy populations)

ประชาชนกลุ่มนี้ข้อจำกัดและอุปสรรคเกี่ยวกับปัจจัยพื้นฐานสำหรับการเรียนรู้ มีน้อย แต่ขาดความตระหนักและละเลยการเอาใจใส่ในการเรียนรู้ ทำให้การดูแลสุขภาพไม่ถูกต้อง เช่น ผู้ป่วยที่ไม่มาตามนัด หลงลืมง่าย คนที่ไม่ชอบถาม คนขี้อาย คนพูดเสียงเบา คนที่บอกอะไร ไม่ค่อยได้หรือเล่าลำดับความไม่ถูก คนที่ไม่ช่างสังเกต กรอกข้อมูลในแบบฟอร์ม ตกหล่นไม่ครบถ้วน เป็นต้น

3. กลุ่มประชาชนทั่วไป (general populations)

ประชาชนกลุ่มนี้เป็นประชาชนทุกกลุ่มวัย ที่มีความสามารถและสร้างโอกาสในการเรียนรู้ ได้ด้วยตนเอง แต่ยังไม่สามารถเปลี่ยนแปลงตนเอง เพื่อให้มีสุขภาพที่ดี โดยเฉพาะในเรื่อง พฤติกรรมเสี่ยงที่สามารถปรับเปลี่ยนได้ เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มเหล้า ความเครียด การระงับ อารมณ์รุนแรงไม่ได้ เมามาก ขับขี่รถ กินอาหารตามใจปาก ฯลฯ ทำให้เจ็บป่วยด้วยโรคติดต่อ และโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ป้องกันได้ เช่น โรคเอดส์ โรคมะเร็ง โรคเบาหวาน โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคความดันโลหิตสูง เป็นต้น

4. กลุ่มบุคลากรด้านสุขภาพ (health provider groups)

กลุ่มบุคลากรด้านสุขภาพมีความสำคัญยิ่งในระบบสุขภาพ เนื่องจากอยู่ในบทบาท ที่บุคคลทั่วไป คาดหวังให้เป็นที่พึ่งด้านสุขภาพของประชาชนทุกกลุ่มวัย และยังมีส่วนสำคัญ ในปฏิบัติการต่าง ๆ ทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันและควบคุมโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ บุคคลกลุ่มนี้ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล บุคลากรสาธารณสุข ครูอนามัย โรงเรียน ครูสุศึกษา รวมทั้งอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ด้านต่าง ๆ หากกลุ่มบุคคล เหล่านี้ ละเลยการเอาใจใส่ในการสื่อสารกับผู้มารับบริการหรือกลุ่มผู้ที่เกี่ยวข้องด้วย ก็ย่อมเกิด ผลกระทบโดยตรงกับประสิทธิผลของการให้บริการ เช่น ทำให้ผู้ป่วยปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องเพราะ อ่านคำแนะนำที่หมอเขียนไม่ออก ไม่เข้าใจคำแนะนำที่พยาบาลอธิบาย เป็นต้น

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

คณิง คำรังษี (2550) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ในหน่วยบริการปฐมภูมิตำบลสวก จังหวัดน่าน โดยพบว่า มีผู้ป่วยเพศชายน้อยกว่าเพศหญิง เกินครึ่งมีอายุมากกว่า 60 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส การศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับชั้นประถมศึกษา เกือบครึ่งมีอาชีพเกษตรกรรม และส่วนใหญ่ได้รับการรักษามา 1-5 ปี ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ความพอเพียงของรายได้ และการไม่มีคนคอยเตือนให้ไปพบแพทย์/พยาบาล

ยุวดี ดวงเทพ (2551) ศึกษาวิถีชีวิตและโรคความดันโลหิตสูงในประชากรชาวเขาอำเภอแม่ฟ้าหลวง จังหวัดเชียงราย เป็นการศึกษาแบบศึกษาย้อนหลัง (Population Based Case Control Study) เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างวิถีชีวิตและโรคความดันโลหิตสูง จำนวนประชากรที่ศึกษาทั้งหมด 392 ตัวอย่าง โดยสัมภาษณ์ถึงปัจจัยด้านวิถีชีวิตในอดีต โดยพบว่า ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงซ้อนแบบถดถอยพหุขจัดิก เมื่อควบคุมอิทธิพลของตัวแปรกวน แล้วพบว่า มีความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยวิถีชีวิตและโรคความดันโลหิตสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ การสูบบุหรี่ (adjusted OR = 2.40, 95%CI = 1.38 – 4.17, p = < 0.002), ดัชนีมวลกาย (กลุ่มภาวะน้ำหนักเกิน adjusted OR = 2.90, 95%CI = 1.60 – 5.26, p < 0.001 และกลุ่มที่มีภาวะอ้วน adjusted OR = 3.84, 95%CI = 2.25 – 6.56, p < 0.001) การขาดการออกกำลังกาย (adjusted OR = 1.96, 95%CI = 1.22 – 3.16, p = 0.005)

อัมพร วรภมร (2554) ศึกษาพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลบ้านโพธิ์ จังหวัดฉะเชิงเทรา พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ควบคุมความดันโลหิตได้ มีพฤติกรรมอยู่ในระดับดี ได้แก่ พฤติกรรม การรับประทานยา (M = 98.64, S.D. = 6.49) พฤติกรรมการรับประทานอาหาร (M = 80.45, S.D. = 6.45) และพฤติกรรมการเผชิญความเครียด (M = 93.78, S.D. = 16.24) ส่วนพฤติกรรมการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง (M = 2.53, S.D. = 0.86) และพฤติกรรมการออกกำลังกายอยู่ในระดับต่ำ (M = 23.65, S.D. = 6.04) ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ พบว่า พฤติกรรมที่อยู่ในระดับดี ได้แก่ พฤติกรรมการรับประทานยา (M = 92.60, S.D. = 9.71) พฤติกรรมการรับประทานอาหาร (M = 78.03, S.D. = 6.54) และพฤติกรรมการเผชิญความเครียด (M = 92.16, S.D. = 16.08) ส่วนพฤติกรรมการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ อยู่ในระดับปานกลาง (M = 2.25, S.D. = 0.91) และพฤติกรรมการออกกำลังกายอยู่ในระดับต่ำ (M = 22.58, S.D. = 5.65)

นงลักษณ์ แก้วทอง (2557) ศึกษาความแตกฉานด้านสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านหนองหอย จังหวัดสระแก้ว โดยพบว่า กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงมีความแตกฉานด้านสุขภาพในระดับก้ำกึ่ง ระดับไม่เพียงพอ และระดับเพียงพอ ร้อยละ 51.5, 37.5 และ 11 ตามลำดับ ความแตกฉานด้านสุขภาพที่ต้องปรับปรุง ได้แก่ ความสามารถในการอ่านและจดจำประเด็นหลักที่สำคัญเรื่องโรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 78.5) รองลงมาคือ ความสามารถในการสืบค้นข้อมูลที่ถูกต้องและทันสมัย (ร้อยละ 73.5) ความหมายของดัชนีมวลกาย (ร้อยละ 66) อาหารที่มีส่วนประกอบของโซเดียมสูง (ร้อยละ 65.5) ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากโรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 65) สำหรับการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรค พบว่า อยู่ในเกณฑ์พอใช้ ร้อยละ 49.5 และเกณฑ์ต้องปรับปรุง ร้อยละ 50.5 เมื่อพิจารณาตามการปฏิบัติตัว พบว่า มีการเติมเครื่องปรุงรส เช่น เกลือป่น น้ำปลา ซีอิ๊วขาว ผงชูรสพบมาก ถึงร้อยละ 72.5 ความแตกฉานด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับปัจจัยด้าน ระดับการศึกษา สถานภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) และมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตัว เพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$)

ชูเกียรติ แสงบุญ (2555) ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงในเขตบริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโป่งงาม อำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย จำนวน 114 ราย พบว่า คะแนนเฉลี่ยความเชื่อด้านสุขภาพ ($\bar{X} = 2.33$, S.D. = 0.175) และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมโรค ($\bar{X} = 3.36$, S.D. = 0.641) อยู่ในระดับสูง และความเชื่อสุขภาพ ได้แก่ ความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวม ($r = 0.495$, $p\text{-value} = 0.000$) ความเชื่อสุขภาพด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคแทรกซ้อน ($r = -0.473$, $p\text{-value} = 0.000$) ความเชื่อสุขภาพด้านการรับรู้ประโยชน์การปฏิบัติพฤติกรรมควบคุมโรค ($r = 0.631$, $p\text{-value} = 0.000$) การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมควบคุมโรคความดันโลหิตสูง ($r = 0.655$, $p\text{-value} = 0.000$) และความฉลาดทางสุขภาพ ($r = 0.410$, $p\text{-value} = 0.000$) กับพฤติกรรมการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์กัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

อรุณี หล้าเขียว (2557) ศึกษาความฉลาดทางด้านสุขภาพและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการรับประทานยาในผู้ป่วย โรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเปียงหลวง จังหวัดเชียงใหม่ กลุ่มตัวอย่างมีจำนวน 251 คน ใช้แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป ความฉลาดทางด้านสุขภาพและการรับประทานยา ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับคะแนนความฉลาดทางด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 46.62 (S.D. = 2.499) มีคะแนนการรับประทานยารักษาโรคความดันโลหิตสูง มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 5.61 (S.D. = 1.634) พบว่า ความฉลาดทางด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์แบบแปรผันตรงกับการรับประทานยา

ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ระดับต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($r = 0.227$, $P\text{-value} = < 0.001$) และปัจจัยด้านอายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน เชื้อชาติ ค่าความดันโลหิตปัจจุบัน สิทธิการรักษา มีความสัมพันธ์กับการรับประทานยา ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

Michael (2005) ศึกษาความฉลาดทางสุขภาพและภาวะสุขภาพในการทำงานของผู้สูงอายุ เป็นการศึกษาเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง โดยมีอาสาสมัคร 2,923 คน ในเมือง คลีฟแลนด์ โอไฮโอ สวิสตัน เท็กซัส แคมป์ ฟลอริดา และไมอามี ผลการศึกษา พบว่าหลังจากที่ได้รับการปรับเปลี่ยน ทำให้ความชุกของโรคเรื้อรัง พฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพ และลักษณะทางสังคม ประชากรหรือบุคคลที่มีความฉลาดทางสุขภาพไม่เพียงพอ มีผลเสียต่อสุขภาพกายและสุขภาพจิต มากกว่าบุคคลที่มีความฉลาดทางสุขภาพที่เพียงพอ โดยบุคคลที่มีความฉลาดทางสุขภาพไม่เพียงพอมีแนวโน้มที่จะพบความยากลำบากในการดำเนินกิจวัตรประจำวัน

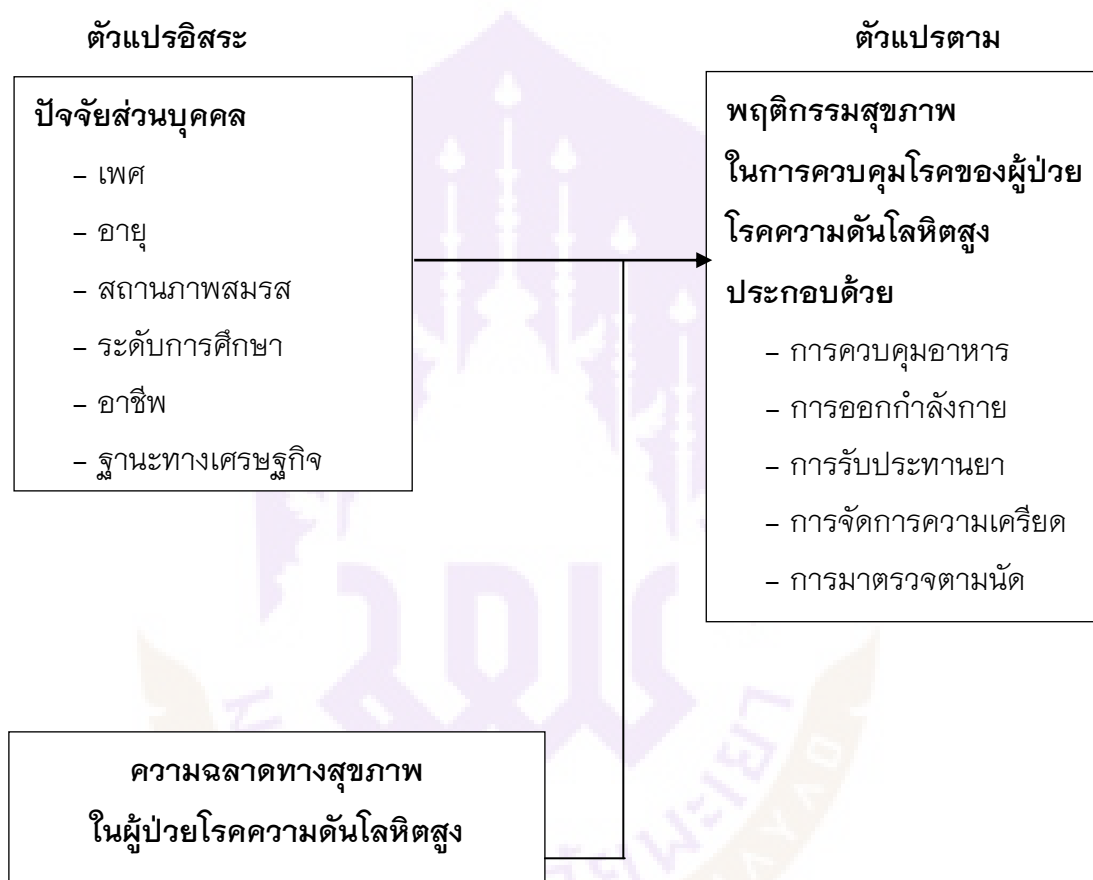
Brain (2009) ศึกษาความเข้าใจและความฉลาดทางสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยใช้เครื่องมือของแบบวัดความฉลาดทางสุขภาพ STOFHLA การวิเคราะห์การถดถอย แสดงให้เห็นว่า ความฉลาดทางสุขภาพเกี่ยวข้องกับอายุ การศึกษา และเชื้อชาติ ส่วนความสามารถในการรับรู้ เพิ่มขึ้นร้อยละ 24 ของความแปรปรวน และมีอิทธิพลกับอายุ การศึกษา รวมทั้งเชื้อชาติ

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ความฉลาดทางสุขภาพ ในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชาวเขาเผ่าม้ง คือ ความรู้ ความเข้าใจ ร่วมกับทักษะทางสังคม ทักษะในการตัดสินใจ เลือกใช้ข้อมูลเพื่อให้เกิดสุขภาพที่ดี รวมทั้ง การสื่อสารเกี่ยวกับข้อมูลด้านสุขภาพ เพื่อผลลัพธ์ในการนำไปสู่การปรับเปลี่ยน พฤติกรรมในการควบคุมภาวะแทรกซ้อนจากภาวะความดันโลหิตสูง (แบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ความฉลาดทางสุขภาพขั้นพื้นฐาน หรือ functional health literacy ความฉลาดทางสุขภาพขั้น การมีปฏิสัมพันธ์ หรือ communicative/interactive health literacy และความฉลาดทางสุขภาพขั้นวิจรณ์ญาณ หรือ critical health literacy ในการศึกษานี้ เน้นไปที่ความฉลาดทางสุขภาพขั้นพื้นฐาน โดยมีทักษะพื้นฐานด้านการฟัง พูด อ่าน และเขียนที่จำเป็นต่อความเข้าใจและการปฏิบัติในชีวิตประจำวัน หรือเป็นความสามารถในการประยุกต์ทักษะด้านการอ่านและความเข้าใจ อาทิเช่น การอ่านฉลากยา ความเข้าใจต่อข้อความเขียนหรือเสียงพูดจากบุคลากรสาธารณสุข รวมทั้งการปฏิบัติตัวตามคำแนะนำ ได้แก่ การรับประทานยา กำหนดการนัดหมาย และระดับความฉลาดทางสุขภาพขั้นการมีปฏิสัมพันธ์ ได้แก่ ทักษะพื้นฐานร่วมกับทักษะทางสังคม (social skill)

ที่ใช้ในการเข้าร่วมกิจกรรม รู้จักแยกแยะข้อมูลข่าวสาร การตัดสินใจ และการจัดการตนเอง ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยมีปัจจัยที่มีผลต่อความฉลาดทางสุขภาพ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ ฐานะทางเศรษฐกิจ

กรอบแนวคิดในการวิจัย



ภาพ 1 แสดงกรอบแนวคิดในการวิจัย

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบตัดขวาง (Cross-Sectional Survey research) เพื่อศึกษาความฉลาดทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มชาวเขาเผ่าม้ง และศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพในการควบคุมโรคของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มชาวเขาเผ่าม้ง อำเภอเวียงแก่น จังหวัดเชียงราย ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2559 ถึงวันที่ 31 มีนาคม 2559

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ ในกลุ่มชาวเขาเผ่าม้ง อำเภอเวียงแก่น จังหวัดเชียงราย ที่มีอายุ 30 ปีขึ้นไป และสามารถสื่อสารภาษาแม่ได้ จำนวน 346 คน

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย โดยการใช้สูตรการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างของ Supanvanich and Podhipak (1994) โดยกำหนดระดับความคาดเคลื่อนของการสุ่มตัวอย่างที่ระดับ 0.05 ดังนี้

$$n = \frac{Z^2 \alpha / 2 N p q}{Z^2 \alpha / 2 p q + Nd^2}$$

โดยมีการแทนค่าดังนี้

n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

N = ประชากรทั้งหมด (346 คน)

$Z^2 \alpha / 2$ = คะแนนมาตรฐานเมื่อกำหนด $\alpha = 0.05 = 1.96$

p = ความชุกของโรคความดันโลหิตสูง เท่ากับ 0.18
(โรงพยาบาลเวียงแก่น, 2559)

q = $1 - p = 1 - 0.18 = 0.82$

d = ความคาดเคลื่อน 0.05

การศึกษาครั้งนี้ สามารถคำนวณกลุ่มตัวอย่างได้ ดังนี้

แทนค่าในสูตร

$$n = \frac{(1.96)^2 346 (0.18)(0.82)}{(1.96)^2 (0.18)(0.82) + 346(0.05)^2}$$

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ = 137.0015 ราย \approx 138 ราย

เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลและข้อมูลไม่ครบถ้วนจึงเพิ่มอีก ร้อยละ 5 จึงทำการเก็บข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 145 ราย

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ทำการสุ่มการสุ่มแบบโควตา (Quota sampling) คำนวณตามจำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ของหมู่บ้านที่มีชาวเขาเผ่าม้งอาศัยอยู่มากกว่า ร้อยละ 90 ของประชากรทั้งหมด ในหมู่บ้าน ของอำเภอเวียงแก่น จังหวัดเชียงราย จำนวน 20 หมู่บ้าน ดังตาราง 1

ตาราง 1 แสดงการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง

หมู่ที่	จำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูง	ขนาดกลุ่มตัวอย่าง
หมู่ที่ 2 ตำบลท่าข้าม	51	$(51/346) \times 145 = 21$
หมู่ที่ 4 ตำบลปอ	21	$(21/346) \times 145 = 9$
หมู่ที่ 7 ตำบลปอ	31	$(31/346) \times 145 = 13$
หมู่ที่ 8 ตำบลปอ	28	$(28/346) \times 145 = 12$
หมู่ที่ 9 ตำบลปอ	44	$(44/346) \times 145 = 18$
หมู่ที่ 15 ตำบลปอ	6	$(6/346) \times 145 = 3$
หมู่ที่ 16 ตำบลปอ	13	$(13/346) \times 145 = 5$
หมู่ที่ 17 ตำบลปอ	12	$(12/346) \times 145 = 5$
หมู่ที่ 20 ตำบลปอ	9	$(9/346) \times 145 = 4$
หมู่ที่ 6 ตำบลม่วงยาย	42	$(42/346) \times 145 = 18$
หมู่ที่ 7 ตำบลม่วงยาย	50	$(50/346) \times 145 = 21$
หมู่ที่ 8 ตำบลม่วงยาย	13	$(13/346) \times 145 = 5$
หมู่ที่ 9 ตำบลม่วงยาย	26	$(26/346) \times 145 = 11$
รวม	346	= 145

การเลือกกลุ่มตัวอย่างได้กำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1. เป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์
2. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เป็นชาวเขาเผ่าม้ง และอาศัยอยู่ในอำเภอเวียงแก่น จังหวัดเชียงราย มากกว่า 6 เดือน
3. มีความรู้สึกตัวดีและสามารถสื่อสารภาษาม้งได้
4. มีความสมัครใจและยินดีให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลในครั้งนี้ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น และปรับปรุงจากแบบสอบถามที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของงานวิจัย แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สิทธิการรักษาพยาบาล ลักษณะคำถามเป็นแบบตรวจสอบรายการ (Checklist) จำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 2 ความฉลาดทางสุขภาพขั้นพื้นฐาน สำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย ความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ลักษณะคำถามเป็นแบบตรวจสอบรายการ (Checklist) จำนวน 10 ข้อ

คำถามเชิงบวก 3 ข้อ คือ ข้อ 2, 8 และ 10

คำถามเชิงลบ 7 ข้อ คือ ข้อ 1, 3, 4, 5, 6, 7 และ 9

การให้คะแนนพิจารณา ดังนี้

	คำถามเชิงบวก	คำถามเชิงลบ
ถูก	ให้ 1 คะแนน	ให้ 0 คะแนน
ผิด	ให้ 0 คะแนน	ให้ 1 คะแนน

การแปลความหมายของคะแนน เมื่อรวมคะแนนของกลุ่มตัวอย่างแต่ละคน แล้วนำมาเปรียบเทียบกับเกณฑ์ต่อไปนี้ (เสรี ลาขโรจน์, 2535)

คะแนนมากกว่าร้อยละ 80 หมายถึง มีความฉลาดทางสุขภาพขั้นพื้นฐาน ในระดับสูง
 คะแนนร้อยละ 60-80 หมายถึง มีความฉลาดทางสุขภาพขั้นพื้นฐาน ในระดับปานกลาง
 คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60 หมายถึง มีความฉลาดทางสุขภาพขั้นพื้นฐาน ในระดับต่ำ

ส่วนที่ 3 ความฉลาดทางสุขภาพขั้นปฏิบัติสัมพันธ์ สำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เป็นการประยุกต์ความรู้ความเข้าใจ ร่วมกับทักษะการตัดสินใจ และทักษะการจัดการตนเอง

ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราประมาณค่า (Rating Scale) ให้เลือกตอบตามระดับความคิดเห็นของผู้ตอบแบบสอบถามจำแนกเป็น 5 ระดับ ได้แก่ ทุกครั้ง บ่อย ๆ ครั้ง บางครั้ง นาน ๆ ครั้ง และไม่มีเลย จำนวน 9 ข้อ

คำถามเชิงบวก 5 ข้อ คือ ข้อ 2, 3, 4, 5 และ 8

คำถามเชิงลบ 4 ข้อ คือ ข้อ 1, 6, 7 และ 9

ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ดังนี้

ทุกครั้ง	หมายถึง ข้อความนั้นผู้ป่วยปฏิบัติเป็นประจำร้อยละ 100
บ่อย ๆ ครั้ง	หมายถึง ข้อความนั้นผู้ป่วยปฏิบัติมากกว่าร้อยละ 80
บางครั้ง	หมายถึง ข้อความนั้นผู้ป่วยปฏิบัติมากกว่าร้อยละ 50
นาน ๆ ครั้ง	หมายถึง ข้อความนั้นผู้ป่วยปฏิบัติน้อยกว่าร้อยละ 50
ไม่มีเลย	หมายถึง ข้อความนั้นผู้ป่วยไม่เคยปฏิบัติเลย

การให้คะแนนพิจารณา ดังนี้

	คำถามเชิงบวก		คำถามเชิงลบ	
ทุกครั้ง	ให้	4 คะแนน	ให้	0 คะแนน
บ่อย ๆ ครั้ง	ให้	3 คะแนน	ให้	1 คะแนน
บางครั้ง	ให้	2 คะแนน	ให้	2 คะแนน
นาน ๆ ครั้ง	ให้	1 คะแนน	ให้	3 คะแนน
ไม่มีเลย	ให้	0 คะแนน	ให้	4 คะแนน

การแปลผลคะแนนรายข้อและโดยรวม ใช้ค่าเฉลี่ยที่มีค่าตั้งแต่ 0.00–4.00 โดยพิจารณาตามเกณฑ์ของเบสท์ (Best, 1977) ดังนี้

$$\frac{\text{Maximum} - \text{Minimum}}{\text{Interval}} = \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}}$$

$$= \frac{4 - 0}{3} = 1.33$$

คะแนนเฉลี่ย 2.67–4.00 หมายถึง มีความฉลาดทางสุขภาพขั้นมีปฏิสัมพันธ์ในระดับสูง

คะแนนเฉลี่ย 1.34–2.66 หมายถึง มีความฉลาดทางสุขภาพขั้นมีปฏิสัมพันธ์ในระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 0.00–1.33 หมายถึง มีความฉลาดทางสุขภาพขั้นมีปฏิสัมพันธ์ในระดับต่ำ

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพในการควบคุมโรคของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย พฤติกรรมการควบคุมอาหาร พฤติกรรมการรับประทานยา พฤติกรรมการจัดการ

ความเครียด และพฤติกรรมมารตราวจตามนัด ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราประมาณค่า (Rating Scale) ให้เลือกตอบตามความเป็นจริงของผู้ตอบแบบสอบถามจำแนกเป็น 4 ระดับ ได้แก่ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง และไม่เคยปฏิบัติ จำนวน 18 ข้อ

คำถามเชิงบวก 16 ข้อ คือ ข้อ 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15 และ 17

คำถามเชิงลบ 2 ข้อ คือ ข้อ 16 และ ข้อ 18

ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ ดังนี้

ปฏิบัติเป็นประจำ หมายถึง ข้อความนั้นผู้ช่วยปฏิบัติเป็นประจำ หรือทุกวัน

ปฏิบัติบ่อยครั้ง หมายถึง ข้อความนั้นผู้ช่วยปฏิบัติมากกว่า 3 วันต่อสัปดาห์

ปฏิบัติบางครั้ง หมายถึง ข้อความนั้นผู้ช่วยปฏิบัติน้อยกว่า 3 วันต่อสัปดาห์

ไม่เคยปฏิบัติ หมายถึง ข้อความนั้นผู้ช่วยไม่เคยปฏิบัติเลย

การให้คะแนนพิจารณา ดังนี้

	คำถามเชิงบวก		คำถามเชิงลบ	
ปฏิบัติเป็นประจำ	ให้	4 คะแนน	ให้	1 คะแนน
ปฏิบัติบ่อยครั้ง	ให้	3 คะแนน	ให้	2 คะแนน
ปฏิบัติบางครั้ง	ให้	2 คะแนน	ให้	3 คะแนน
ไม่เคยปฏิบัติ	ให้	1 คะแนน	ให้	4 คะแนน

การแปลผลคะแนนรายข้อและโดยรวม ใช้ค่าเฉลี่ยที่มีค่าตั้งแต่ 1.00–4.00 โดยพิจารณาตามเกณฑ์ของเบสท์ (Best, 1977) ดังนี้

$$\frac{\text{Maximum} - \text{Minimum}}{\text{Interval}} = \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}}$$

$$= \frac{4 - 1}{3} = 1$$

คะแนนเฉลี่ย 3.00–4.00 หมายถึง พฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับดีมาก

คะแนนเฉลี่ย 2.00–2.99 หมายถึง พฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับดีปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 1.00–1.99 หมายถึง พฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับไม่ดี

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. จัดเตรียมเอกสาร ที่ได้รับการตรวจสอบคุณภาพและปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะจากผู้เชี่ยวชาญ ตามจำนวนกลุ่มเป้าหมาย

2. ติดต่อประสานงานกับสาธารณสุขอำเภอเวียงแก่น จังหวัดเชียงราย เพื่อแนะนำตัว และชี้แจงรายละเอียดในการเก็บรวบรวมข้อมูล

3. จัดประชุมอาสาสมัครในการเก็บข้อมูลจำนวน 1 วัน ซึ่งมาจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตรับผิดชอบของแต่ละสถานบริการทางสาธารณสุข และสามารถถ่ายทอดคำถามเป็นภาษาม้งได้ เพื่ออธิบายวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย ชี้แจงขั้นตอน อธิบายความหมายของคำถามและฝึกปฏิบัติ โดยให้สัมภาษณ์กันเอง โดยมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่สื่อสารภาษาม้งได้เป็นผู้ประเมินการสัมภาษณ์ ตลอดจนแจ้งการพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วยกับอาสาสมัครในการเก็บข้อมูล

4. การขอความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่าง โดยขอความยินยอมผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการวิจัย และประชาชนในพื้นที่ด้วยการบันทึกลงในหนังสือแสดงความยินยอมการเข้าร่วมโครงการวิจัย เพื่อเก็บข้อมูล

5. ดำเนินการเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม จากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 145 คน โดยมีช่วงระยะเวลาเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือน กุมภาพันธ์ 2559 สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่อ่านหนังสือไม่ได้ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจะทำการอ่านแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างตอบทีละข้อจนครบ (ระหว่างการเก็บข้อมูลแบบสอบถาม ถ้ากลุ่มตัวอย่างปฏิเสธการให้ข้อมูลก็จะยุติการเก็บข้อมูล และไม่นำข้อมูลฉบับนั้นมาคิดคะแนน) หลังจากเก็บข้อมูลตามแบบสอบถามครบถ้วน เปิดโอกาสให้ผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง ชักถาม พร้อมทั้งให้สุขศึกษา แนะนำการปฏิบัติตนให้เหมาะสม

6. เมื่อรับแบบสอบถามคืน ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนของคำตอบ ถ้าพบว่าคำตอบใดขาดหายไป ผู้วิจัยขอให้กลุ่มตัวอย่างตอบเพิ่มเติมจนครบ

7. จากนั้นเมื่อจบการเก็บข้อมูล จะแสดงความขอบคุณกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือรวบรวมข้อมูลที่ได้ นำข้อมูลมาบันทึกผลและวิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีการทางสถิติโดยโปรแกรมสำเร็จรูปทางคอมพิวเตอร์

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือในการวิจัย

1. นำแบบสอบถามที่ได้จากการศึกษา แนวคิด ทฤษฎี เอกสารที่เกี่ยวข้อง เสนออาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อตรวจสอบและให้ข้อเสนอแนะ

2. นำแบบสอบถามที่ผ่านความเห็นจากอาจารย์ที่ปรึกษา เสนอให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content Validity) จากนั้นนำแบบสอบถามจากผู้ทรงคุณวุฒิแต่ละท่าน มาคำนวณหาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถาม และ

วัดถุประสงค์ (Item-congruence Index: IOC) ซึ่งค่าดัชนีความสอดคล้องที่ยอมรับได้ อยู่ในช่วง 0.50–1.00 ข้อคำถามใดมีค่าดัชนีความสอดคล้องต่ำกว่า 0.05 จะไม่นำมาใช้

3. นำแบบสอบถามที่ได้ปรับปรุงแก้ไขแล้วนำเสนอให้อาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อขอความเห็นชอบ

4. นำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Tryout) กับกลุ่มประชากรที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน จำนวน 30 ราย เพื่อนำมาหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยหากเป็นแบบสอบถามเรื่องความฉลาดทางสุขภาพขั้นพื้นฐาน สำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง หาค่าความเชื่อมั่น โดยใช้สูตร KR-20 พบว่า มีค่าเท่ากับ 0.77 ส่วนแบบสอบถามเรื่องความฉลาดทางสุขภาพขั้นมีปฏิสัมพันธ์ สำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ใช้ค่าสัมประสิทธิ์ α อัลฟา (Cronbach's Alpha Coefficient) ค่าความเชื่อมั่นที่ได้เท่ากับ 0.71 และแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพในการควบคุมโรคของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ใช้ค่าสัมประสิทธิ์ α อัลฟา (Cronbach's Alpha Coefficient) ค่าความเชื่อมั่นที่ได้เท่ากับ 0.72

การพิทักษ์สิทธิ์ของงานวิจัย

งานวิจัยฉบับนี้ได้ผ่านการพิจารณาและรับรองโครงการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยพะเยา โดยมีเลขที่รับรองโครงการ คือ 3/003/59 เมื่อวันที่ 2 กุมภาพันธ์ 2559

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทางคอมพิวเตอร์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ซึ่งใช้สถิติในการวิเคราะห์ ดังนี้

1. ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน เพื่อแสดงการกระจายของข้อมูลและเพื่อทราบลักษณะพื้นฐานทั่วไปของประชากร

2. ใช้สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) แยกเป็นกรณีข้อมูลที่ตัวแปรปัจจัยส่วนบุคคลจะใช้ สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน (Spearman rank correlation coefficient) ส่วนข้อมูลที่มีมาตราการวัดแบบ Interval Scale จะใช้สถิติ สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's correlation coefficient)

โดยใช้เกณฑ์การพิจารณาค่าความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร ได้แก่ ค่า (+r, -r) (ชูศรี วงศ์รัตน์, 2550) ดังนี้

$r = \pm 1$	หมายถึง ตัวแปร 2 ตัว มีความสัมพันธ์กันอย่างสมบูรณ์
$r = \pm 0.71-0.99$	หมายถึง ตัวแปร 2 ตัว มีความสัมพันธ์กันในระดับสูง
$r = \pm 0.31-0.70$	หมายถึง ตัวแปร 2 ตัว มีความสัมพันธ์กันในระดับปานกลาง
$r = \pm 0.11-0.30$	หมายถึง ตัวแปร 2 ตัว มีความสัมพันธ์กันในระดับต่ำ
$r = \pm 0.00-0.10$	หมายถึง ตัวแปร 2 ตัว ไม่มีความสัมพันธ์กัน



บทที่ 4

ผลการวิจัย

จากการศึกษาความฉลาดทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มชาวเขาเผ่าม้ง อำเภอเวียงแก่น จังหวัดเชียงราย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความฉลาดทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มชาวเขาเผ่าม้ง และเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและความฉลาดทางสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพในการควบคุมโรคของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มชาวเขาเผ่าม้ง อำเภอเวียงแก่น จังหวัดเชียงราย กลุ่มตัวอย่างมีจำนวน 145 คน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ผลการวิเคราะห์ข้อมูลนำเสนอในรูปแบบตารางประกอบคำบรรยาย แบ่งเป็น 5 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มชาวเขาเผ่าม้ง อำเภอเวียงแก่น จังหวัดเชียงราย

ตอนที่ 2 ข้อมูลความฉลาดทางสุขภาพขั้นพื้นฐาน สำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มชาวเขาเผ่าม้ง อำเภอเวียงแก่น จังหวัดเชียงราย

ตอนที่ 3 ข้อมูลความฉลาดทางสุขภาพขั้นมีปฏิสัมพันธ์ สำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มชาวเขาเผ่าม้ง อำเภอเวียงแก่น จังหวัดเชียงราย

ตอนที่ 4 ข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพในการควบคุมโรคของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงกลุ่มชาวเขาเผ่าม้ง อำเภอเวียงแก่น จังหวัดเชียงราย

ตอนที่ 5 ข้อมูลความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและความฉลาดทางสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพในการควบคุมโรคของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มชาวเขาเผ่าม้ง อำเภอเวียงแก่น จังหวัดเชียงราย

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มชาวเขาเผ่าม้ง อำเภอเวียงแก่น จังหวัดเชียงราย

ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สิทธิการรักษาพยาบาล

ตาราง 2 แสดงข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มชาวเขาเผ่าม้ง
อำเภอเวียงแก่น จังหวัดเชียงราย (n = 145)

ลักษณะประชากร	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	65	44.8
หญิง	80	55.2
อายุ		
< 41 ปี	5	3.4
41-49 ปี	30	20.7
50-58 ปี	36	24.8
59-67 ปี	42	29.0
68-76 ปี	19	13.1
> 76 ปี	13	9.0
\bar{x} = 59.0, S.D. = 11.7, Min = 32, Max = 85		
สถานภาพสมรส		
โสด	1	0.7
คู่	116	80.0
หม้าย	27	18.6
อยู่ร้าง/ แยกกันอยู่	1	0.7
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	116	80.0
ประถมศึกษา	20	13.8
มัธยมศึกษา	9	6.2
อาชีพ		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	44	30.3
เกษตรกรรม	79	54.5
ค้าขาย	5	3.4

ตาราง 2 (ต่อ)

ลักษณะประชากร	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพ (ต่อ)		
รับจ้าง	3	2.1
รับราชการ	1	0.7
แม่บ้าน	5	3.4
อื่น ๆ	8	5.5
รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน		
น้อยกว่า 5,000 บาท	109	75.2
5,001–10,000 บาท	21	14.5
10,001–15,000 บาท	12	8.3
มากกว่า 15,000 บาท	3	2.1
ความเพียงพอของรายได้		
ไม่เพียงพอ	89	61.4
เพียงพอ ไม่เหลือเก็บ	35	24.1
มีพอเหลือเก็บ	21	14.5
สิทธิในการรักษาพยาบาล		
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	3	2.1
ชำระเงินเอง	8	5.5
บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า	130	89.7
ประกันสังคม	1	0.7
บุคคลที่มีปัญหาทางสถานะและสิทธิ (กลุ่มคืนสิทธิ)	3	2.1
ระยะเวลาในการรักษา		
น้อยกว่า 5 ปี	85	58.6
5–10 ปี	52	35.9
มากกว่า 10 ปี	4	2.8
$\bar{x} = 4.4, S.D. = 3.1, \text{Min} = 32, \text{Max} = 85$		

ตาราง 2 (ต่อ)

ลักษณะประชากร	จำนวน	ร้อยละ
ได้รับคำแนะนำในการดูแลสุขภาพเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง		
ไม่เคย	7	4.8
เคย	138	95.2
แหล่งข้อมูลความรู้ที่กลุ่มตัวอย่างได้รับคำแนะนำ		
คำแนะนำจาก อสม./เจ้าหน้าที่	135	93.1
แผ่นพับโปสเตอร์	11	7.6
หนังสือพิมพ์/ทีวี	4	2.8

จากตาราง 2 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 55.2 เป็นเพศชาย ร้อยละ 44.8 มีอายุอยู่ระหว่าง 59-67 ปี ร้อยละ 29.0 รองลงมาอยู่ในช่วงอายุระหว่าง 50-58 ปี ร้อยละ 24.8 มีอายุเฉลี่ย 59 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพอยู่ด้วยกัน ร้อยละ 80.0 รองลงมา ได้แก่ สถานภาพหม้าย ร้อยละ 18.6 สถานภาพอยู่ร้างหรือแยกกันอยู่ ร้อยละ 0.7 และสถานภาพโสด ร้อยละ 0.7 ตามลำดับ

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ได้เรียนหนังสือ ร้อยละ 80.0 รองลงมา คือ ได้รับการศึกษาในระดับชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 13.8 และระดับชั้นมัธยมศึกษา ร้อยละ 6.2 ตามลำดับ เกินครึ่ง ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 54.5 รองลงมาคือ ไม่ได้ประกอบอาชีพ 30.3 ส่วนใหญ่ รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน น้อยกว่า 5,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 75.2 รองลงมาคือ มีรายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือนอยู่ในช่วง 5,001-10,000 บาท ร้อยละ 14.5 ซึ่งอาจส่งผลให้ รายได้ส่วนใหญ่ไม่เพียงพอต่อรายจ่าย ร้อยละ 61.4 และถึงแม้รายได้จะเพียงพอแต่ก็ไม่เหลือเก็บถึงร้อยละ 24.1 ส่วนใหญ่มีสิทธิในการรักษาพยาบาล คือ หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 89.7 รองลงมาจะชำระเงินเองหรือไม่มีสิทธิในการรักษาพยาบาล เพียงร้อยละ 5.5

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงมาไม่เกิน 5 ปี ร้อยละ 58.6 รองลงมาป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงมา 5-10 ปี ร้อยละ 35.9 และส่วนใหญ่เคยได้รับคำแนะนำ การดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 95.2 โดยได้รับคำแนะนำในการดูแลสุขภาพ เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงมาจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หรือเจ้าหน้าที่

สาธารณสุข ร้อยละ 93.1 รองลงมาได้รับคำแนะนำในการดูแลสุขภาพเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงมาจากแผ่นพับ/โปสเตอร์ ร้อยละ 7.6 และจากหนังสือพิมพ์ /ทีวี ร้อยละ 2.8 ตามลำดับ

ตอนที่ 2 ข้อมูลความฉลาดทางสุขภาพขั้นพื้นฐาน สำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มชาวเขาเผ่าม้ง อำเภอเวียงแก่น จังหวัดเชียงราย

ตาราง 3 แสดงจำนวนและร้อยละ ของข้อคำถามความฉลาดทางสุขภาพขั้นพื้นฐาน

(n = 145)

รายการ	ตอบว่าถูก (ร้อยละ)	ตอบว่าผิด (ร้อยละ)
1. โรคความดันโลหิตสูง คือ โรคติดต่อ	17(11.7)	128(88.3)
2. คนที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงมีโอกาสป่วยเป็นโรคหัวใจล้มเหลวได้	88(60.7)	57(39.3)
3. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทุกรายจะเสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมอง	87(60.0)	58(40.0)
4. หากท่านจะลดการบริโภคเกลือสามารถใช้น้ำปลาหรือซอสปรุงรสแทนได้	40(27.6)	105(72.4)
5. การออกกำลังกายโดยใช้แรงมาก ๆ เช่น ยกของหนัก แบก หาม จะสามารถช่วยลดความดันโลหิตได้	29(20.0)	116(80.0)
6. หากความดันโลหิตลดลงสู่ในระดับปกติ ก็สามารถหยุดการกินยาได้	76(52.4)	69(47.6)
7. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ไม่จำเป็นต้องงดสูบบุหรี่	61(42.1)	84(57.9)
8. ความโกรธ อารมณ์ฉุนเฉียว มีส่วนทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น	121(83.4)	24(16.6)
9. หากผู้ป่วยมีอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อสามารถซื้อยามากินเองได้	49(33.8)	96(66.2)
10. สมุนไพรช่วยรักษาโรคความดันโลหิตสูงให้หายขาดได้	74(51.0)	71(49.0)

จากตาราง 3 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความฉลาดทางสุขภาพขั้นพื้นฐาน โดยเฉลี่ยเท่ากับ 6.4 คะแนน จากคะแนนเต็ม 10 คะแนน มีคะแนนสูงสุดเท่ากับ 10 คะแนน มีคะแนนต่ำสุดเท่ากับ 2 คะแนน และมีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.7 เมื่อพิจารณาข้อคำถามที่กลุ่มตัวอย่างตอบมากที่สุด คือ ข้อที่ 1. โรคความดันโลหิตสูงคือโรคติดต่อ ร้อยละ 88.3 รองลงมา คือ ข้อที่ 8.

ความโกรธ อารมณ์ฉุนเฉียว มีส่วนทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น ร้อยละ 83.4 และข้อคำถามที่กลุ่มตัวอย่างตอบน้อยที่สุด คือ ข้อ 3. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทุกรายจะเสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 40.0 ตามลำดับ

ตาราง 4 แสดงจำนวน และร้อยละ ของระดับความฉลาดทางสุขภาพขั้นพื้นฐาน
(n = 145)

รายการ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับต่ำ (คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60)	34	23.4
ระดับปานกลาง (คะแนนร้อยละ 60-80)	69	47.6
ระดับสูง (คะแนนมากกว่าร้อยละ 80)	42	29.0
รวม	145	100.0

จากตาราง 4 พบว่า ระดับความฉลาดทางสุขภาพขั้นพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่างเกือบครึ่งอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 47.6 รองลงมา คือ ระดับความฉลาดทางสุขภาพขั้นพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 29 และระดับความฉลาดทางสุขภาพขั้นพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 23.4 และพบว่า ค่า Max = 10, ค่า Min = 2, ค่า \bar{x} = 6.5 และค่า S.D. = 1.7

ตอนที่ 3 ข้อมูลความฉลาดทางสุขภาพขั้นมีปฏิสัมพันธ์ สำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มชาวเขาเผ่าม้ง อำเภอเวียงแก่น จังหวัดเชียงราย

ประกอบด้วยแบบสอบถามความฉลาดทางสุขภาพขั้นมีปฏิสัมพันธ์ จำนวน 9 ข้อ

ตาราง 5 แสดงค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความฉลาดทางสุขภาพขั้นมีปฏิสัมพันธ์ (n = 145)

รายการ	Max = 4, Min = 0	S.D.
1. บ่อยเพียงใดใน 1 สัปดาห์ที่ท่านซื้ออาหารสำเร็จรูปมารับประทาน	2.9	1.0
2. บ่อยเพียงใดที่ท่านจัดการความเครียดได้ด้วยการฝึกปฏิบัติสมาธิ หรือกิจกรรมคลายเครียดอื่น ๆ	1.3	1.0

ตาราง 5 (ต่อ)

รายการ	Max = 4, Min = 0	S.D.
3. บ่อยเพียงใดที่ท่านสามารถปฏิเสธการเชื่อเชิญให้ดื่มสุรา จากคนอื่นได้	1.9	1.6
4. บ่อยเพียงใดที่ท่านสามารถปฏิเสธการเชื่อเชิญ ให้สูบบุหรี่จากคนอื่นได้	1.6	1.7
5. บ่อยเพียงใดใน 1 สัปดาห์ ที่ท่านอ่านฉลากยา และรับประทานยาด้วยตนเอง	2.2	1.5
6. บ่อยเพียงใดใน 1 สัปดาห์ ที่ท่านไม่มั่นใจในการจัดยา รับประทานเองที่บ้าน	2.6	1.1
7. บ่อยเพียงใดใน 1 สัปดาห์ ที่ท่านต้องมีคนช่วยจัดยา รับประทาน	2.5	1.1
8. บ่อยเพียงใดในรอบ 6 เดือน ที่ท่านไปพบหมอตตามนัด	3.1	1.1
9. บ่อยเพียงใดในรอบ 6 เดือน ที่ท่านเลือกซื้อยาสมุนไพร รักษาอาการต่าง ๆ จากสื่อโฆษณาต่าง ๆ หรือรวดเร็ว ขายยา	3.0	1.0
เฉลี่ย	2.4	1.2

จากตาราง 5 พบว่า ความฉลาดทางสุขภาพขั้นมีปฏิสัมพันธ์ของกลุ่มตัวอย่าง มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 2.4$, S.D. = 1.2) จากแบบสอบถามทั้งหมด 9 ข้อ เมื่อพิจารณาความฉลาดทางสุขภาพขั้นมีปฏิสัมพันธ์ของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ข้อ 8. บ่อยเพียงใดในรอบ 6 เดือน ที่ท่านไปพบหมอตตามนัด ($\bar{x} = 3.1$, S.D. = 1.1) รองลงมา คือ ข้อ 9. บ่อยเพียงใดในรอบ 6 เดือนที่ท่านเลือกซื้อยาสมุนไพรรักษาอาการต่าง ๆ จากสื่อโฆษณาต่าง ๆ หรือ รวดเร็วขายยา ($\bar{x} = 3.0$, S.D. = 1.0) และพบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด คือ ข้อ 2. บ่อยเพียงใดที่ท่านจัดการความเครียดได้ด้วยการฝึกปฏิบัติสมาธิ หรือกิจกรรมคลายเครียดอื่น ๆ ($\bar{x} = 1.3$, S.D. = 1.0)

ตอนที่ 4 ข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพในการควบคุมโรคของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง กลุ่มชาวเขาเผ่าม้ง อำเภอเวียงแก่น จังหวัดเชียงราย

ประกอบด้วยแบบสอบถามพฤติกรรมควบคุมโรคความดันโลหิตสูงโดยรวม จำนวน 18 ข้อ ซึ่งแบ่งออกเป็น พฤติกรรมการควบคุมอาหาร จำนวน 5 ข้อ พฤติกรรมการออกกำลังกาย จำนวน 5 ข้อ พฤติกรรมการรับประทานยา จำนวน 2 ข้อ พฤติกรรมการจัดการความเครียด จำนวน 2 ข้อ พฤติกรรมการมาตรวจตามนัด จำนวน 4 ข้อ

ตาราง 6 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของพฤติกรรมการควบคุม โรคความดันโลหิตสูงโดยรวม และจำแนกรายด้าน (n = 145)

รายการ	Max = 4, Min = 1	S.D.	ระดับ
พฤติกรรมการควบคุมโรคโดยรวม	2.8	0.9	ดีปานกลาง
พฤติกรรมการควบคุมอาหาร	2.6	0.9	ดีปานกลาง
พฤติกรรมการออกกำลังกาย	2.4	0.8	ดีปานกลาง
พฤติกรรมการรับประทานยา	3.4	0.8	ดีมาก
พฤติกรรมการจัดการความเครียด	2.8	0.8	ดีปานกลาง
พฤติกรรมการมาตรวจตามนัด	3.0	0.9	ดีมาก

จากตาราง 6 พบว่า พฤติกรรมการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มตัวอย่างโดยรวม มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับดีปานกลาง ($\bar{x} = 2.8$, S.D. = 0.9) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า พฤติกรรมการรับประทานยา มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับดีมาก ($\bar{x} = 3.4$, S.D. = 0.8) รองลงมา คือ พฤติกรรมการมาตรวจตามนัด ($\bar{x} = 3.0$, S.D. = 0.9) ตามลำดับ และยังพบว่า พฤติกรรมการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงมีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด คือ พฤติกรรมการออกกำลังกาย ($\bar{x} = 2.4$, S.D. = 0.8)

ตาราง 7 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของพฤติกรรมการควบคุม อาหาร จำแนกรายข้อ (n = 145)

รายการ	Max = 4, Min = 1	S.D.	ระดับ
1. ทานหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มี คลอเลสเตรอลสูง เช่น ไข่แดง เครื่องใน สัตว์ ปลาหมึก กุ้ง ขาหมู	2.3	0.9	ดีปานกลาง

ตาราง 7 (ต่อ)

รายการ	Max = 4, Min = 1	S.D.	ระดับ
2. ท่านหลีกเลี่ยงการเติมน้ำปลา ซีอิ๊ว ในอาหารที่ปรุงสำเร็จ	2.5	1.0	ดีปานกลาง
3. ท่านหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารทอด เช่น แครบหมู หมูทอด ไก่ทอด	2.3	0.8	ดีปานกลาง
4. ท่านหลีกเลี่ยงการดื่มชา กาแฟ เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์หรือเครื่องดื่มชูกำลัง เช่น กระทิงแดง	2.4	1.2	ดีปานกลาง
5. ท่านรับประทานผลไม้ตามฤดูกาลทุกวัน	2.7	0.8	ดีปานกลาง
เฉลี่ย	2.4	0.9	ดีปานกลาง

จากตาราง 7 พบว่า พฤติกรรมการควบคุมอาหารของกลุ่มตัวอย่าง มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับดีปานกลาง ($\bar{x} = 2.4$, S.D. = 0.9) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ข้อที่ 5. ท่านรับประทานผลไม้ตามฤดูกาลทุกวัน มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับดีปานกลาง ($\bar{x} = 2.7$, S.D. = 0.8) รองลงมา คือ ข้อที่ 2 ท่านหลีกเลี่ยงการเติมน้ำปลา ซีอิ๊ว ในอาหารที่ปรุงสำเร็จ มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับดีปานกลาง ($\bar{x} = 2.5$, S.D. = 1.0) และยังพบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ ข้อที่ 1. ท่านหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีคลอเรสเตอรอลสูง เช่น ไข่แดง เครื่องในสัตว์ ปลาหมึก กุ้ง ขาหมู มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับดีปานกลาง ($\bar{x} = 2.3$, S.D. = 0.9) และข้อที่ 3. ท่านหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารทอด เช่น แครบหมู หมูทอด ไก่ทอด มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับดีปานกลาง ($\bar{x} = 2.3$, S.D. = 0.8) ตามลำดับ

ตาราง 8 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของพฤติกรรมการออกกำลังกาย
จำแนกรายข้อ (n = 145)

รายการ	Max = 4, Min = 1	S.D.	ระดับ
1. ท่านออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3-5 ครั้ง ช่วงเวลาละ 30 นาที เช่น เดินเร็ว ขี่จักรยาน	2.3	0.8	ดีปานกลาง
2. ท่านใช้เวลาในการทำกิจกรรมการเคลื่อนไหว ติดต่อกัน 30-40 นาทีต่อครั้ง อย่างน้อย 5 ครั้งต่อสัปดาห์ เช่น กวาดบ้าน ซักผ้า	2.5	0.7	ดีปานกลาง

ตาราง 8 (ต่อ)

รายการ	Max = 4, Min = 1	S.D.	ระดับ
3. ท่านเริ่มออกกำลังกายเบา ๆ ก่อน แล้วค่อย ๆ เพิ่มขึ้น	2.3	0.7	ดีปานกลาง
4. ท่านหลีกเลี่ยงการเกร็งกล้ามเนื้อ และการใช้แรงมาก ๆ เช่น การยกของหนัก	2.4	1.0	ดีปานกลาง
5. ขณะการออกกำลังกาย ท่านสังเกตอาการผิดปกติ เช่น หน้ามืด เป็นลม เจ็บหน้าอก หากมีอาการผิดปกติท่านหยุดออกกำลังกาย	2.5	1.0	ดีปานกลาง
เฉลี่ย	2.4	0.8	ดีปานกลาง

จากตาราง 8 พบว่า พฤติกรรมการออกกำลังกายของกลุ่มตัวอย่าง มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับดีปานกลาง ($\bar{x} = 2.4$, S.D. = 0.8) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ข้อที่ 2. ท่านใช้เวลาในการทำกิจกรรมการเคลื่อนไหวติดต่อกัน 30-40 นาทีต่อครั้ง อย่างน้อย 5 ครั้งต่อสัปดาห์ เช่น กวาดบ้าน ซักผ้า มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับดีปานกลาง ($\bar{x} = 2.5$, S.D. = 0.7) และข้อที่ 5. ขณะการออกกำลังกาย ท่านสังเกตอาการผิดปกติ เช่น หน้ามืด เป็นลม เจ็บหน้าอก หากมีอาการผิดปกติท่านหยุดออกกำลังกาย มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับดีปานกลาง ($\bar{x} = 2.5$, S.D. = 1.0) และยังพบว่าข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ ข้อที่ 1. ท่านออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3-5 ครั้ง ช่วงเวลาละ 30 นาที เช่น เดินเร็ว ขี่จักรยาน มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับดีปานกลาง ($\bar{x} = 2.3$, S.D. = 0.8) และข้อที่ 3. ท่านเริ่มออกกำลังกายเบา ๆ ก่อน แล้วค่อย ๆ เพิ่มขึ้น มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับดีปานกลาง ($\bar{x} = 2.3$, S.D. = 0.7) ตามลำดับ

ตาราง 9 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของพฤติกรรมการรับประทานยา
จำแนกรายข้อ (n = 145)

รายการ	Max = 4, Min = 1	S.D.	ระดับ
1 ท่านรับประทานยาตรงเวลา สม่ำเสมอ เช่น ก่อนอาหาร 30 นาที	3.3	0.8	ดีมาก
2 ท่านรับประทานยาตามขนาดที่แพทย์สั่ง	3.5	0.7	ดีมาก
เฉลี่ย	3.4	0.8	ดีมาก

จากตาราง 9 พบว่า พฤติกรรมการรับประทานยา ของกลุ่มตัวอย่าง มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับดีมาก ($\bar{x} = 3.4$, S.D. = 0.8) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ข้อที่ 2. ท่านรับประทานยาตามขนาดที่แพทย์สั่ง มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับดีมาก ($\bar{x} = 3.5$, S.D. = 0.7) รองลงมา คือ ข้อที่ 1. ท่านรับประทานยาตรงเวลา สม่าเสมอ เช่น ก่อนอาหาร 30 นาที มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับดีมาก ($\bar{x} = 3.3$, S.D. = 0.8) ตามลำดับ

ตาราง 10 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของพฤติกรรมการจัดการความเครียด จำแนกรายข้อ (n = 145)

รายการ	Max = 4, Min = 1	S.D.	ระดับ
1 เมื่อท่านมีปัญหา ท่านเล่าให้บุคคลอื่นฟัง เช่น ครอบครัว เพื่อนบ้าน	2.8	0.9	ดีปานกลาง
2 เมื่อขัดแย้งกับผู้อื่น ใช้วิธีประนีประนอม ยอมรับสิ่งต่าง ๆ ในชีวิต	2.7	0.8	ดีปานกลาง
เฉลี่ย	2.8	0.8	ดีปานกลาง

จากตาราง 10 พบว่า พฤติกรรมการจัดการความเครียด ของกลุ่มตัวอย่าง มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับดีปานกลาง ($\bar{x} = 2.8$, S.D. = 0.8) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ข้อที่ 1. เมื่อท่านมีปัญหา ท่านเล่าให้บุคคลอื่นฟัง เช่น ครอบครัว เพื่อนบ้าน มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับดีปานกลาง ($\bar{x} = 2.8$, S.D. = 0.9) รองลงมา คือ ข้อที่ 2. เมื่อขัดแย้งกับผู้อื่น ใช้วิธีประนีประนอม ยอมรับสิ่งต่าง ๆ ในชีวิต มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับดีปานกลาง ($\bar{x} = 2.7$, S.D. = 0.8) ตามลำดับ

ตาราง 11 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของพฤติกรรมการมาตรวจตามนัด จำแนกรายข้อ (n = 145)

รายการ	Max = 4, Min = 1	S.D.	ระดับ
1 ท่านมารับการตรวจรักษาตามนัด	3.4	0.8	ดีมาก
2 ท่านมาตรวจเฉพาะเมื่อยาควบคุมความดันโลหิตหมด	2.6	1.1	ดีปานกลาง
3 ท่านมาตรวจก่อนวันนัด เมื่อมีอาการผิดปกติ เช่น ปวดหรือเวียนศีรษะ	2.6	1.0	ดีปานกลาง

ตาราง 11 (ต่อ)

รายการ	Max = 4, Min = 1	S.D.	ระดับ
4 ท่านให้บุคคลอื่นรับยาแทนท่าน เมื่อถึงวันนัด	3.5	0.8	ดีมาก
เฉลี่ย	3.0	0.9	ดีมาก

จากตาราง 11 พบว่า พฤติกรรมการมาตรวจตามนัดของกลุ่มตัวอย่าง มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับดีมาก ($\bar{X} = 3.0$, S.D. = 0.9) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ข้อที่ 4. ท่านให้บุคคลอื่นรับยาแทนท่าน เมื่อถึงวันนัดมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับดีมาก ($\bar{X} = 3.5$, S.D. = 0.8) รองลงมา ข้อที่ 1. ท่านมารับการตรวจรักษาตามนัด มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับดีมาก ($\bar{X} = 3.4$, S.D. = 0.8) และยังพบว่าข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ ข้อที่ 2. ท่านมาตรวจเฉพาะ เมื่อยาควบคุมความดันโลหิตหมด มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับดีปานกลาง ($\bar{X} = 2.6$, S.D. = 1.1) และข้อที่ 3. ท่านมาตรวจก่อนวันนัดเมื่อมีอาการผิดปกติ เช่น ปวดหรือเวียนศีรษะ มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับดีปานกลาง ($\bar{X} = 2.6$, S.D. = 1.0) ตามลำดับ

ตอนที่ 5 ข้อมูลความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและความฉลาดทางสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพในการควบคุมโรคของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มชาวเขาเผ่าม้ง อำเภอเวียงแก่น จังหวัดเชียงราย

หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมสุขภาพ ในการควบคุมโรคของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มชาวเขาเผ่าม้ง อำเภอเวียงแก่น จังหวัดเชียงราย โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน (Spearman rank correlation coefficient)

หาความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพ ในการควบคุมโรคของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มชาวเขาเผ่าม้ง อำเภอเวียงแก่น จังหวัดเชียงราย โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson' correlation coefficient)

ตาราง 12 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล และความฉลาดทางสุขภาพ
กับพฤติกรรมการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง (n = 145)

รายการ	พฤติกรรมการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง		P-value
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	ระดับความสัมพันธ์	
เพศ ^a	- 0.072	-	0.388
อายุ ^a	- 0.035	-	0.680
สถานภาพสมรส ^a	0.080	-	0.294
ระดับการศึกษา ^a	0.082	-	0.359
อาชีพ ^a	0.198	ระดับต่ำ	0.017*
ฐานะทางเศรษฐกิจ			
รายได้ของครอบครัวต่อเดือน ^a	- 0.075	-	0.371
ความพอเพียงของรายได้ ^a	0.283	ระดับต่ำ	0.001**
ความฉลาดทางสุขภาพ	0.048	-	0.567
ขั้นพื้นฐาน ^{aa}			
ความฉลาดทางสุขภาพ	0.282	ระดับต่ำ	0.000**
ขั้นมีปฏิสัมพันธ์ ^{aa}			

หมายเหตุ: ^a = ใช้สถิติ Spearman rank correlation, ^{aa} = ใช้สถิติ Pearson's correlation

* P-value < 0.05, ** P-value < 0.01

จากตาราง 12 พบว่า ปัจจัยด้านเพศไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมโรคของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มผู้ป่วยชาวเขาเผ่าม้ง อำเภอเวียงแก่น จังหวัดเชียงราย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (P-value = 0.388)

ปัจจัยด้านอายุไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมโรคของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มผู้ป่วยชาวเขาเผ่าม้ง อำเภอเวียงแก่น จังหวัดเชียงราย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (P-value = 0.680)

ปัจจัยด้านสถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมโรคของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มผู้ป่วยชาวเขาเผ่าม้ง อำเภอเวียงแก่น จังหวัดเชียงราย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (P-value = 0.294)

ปัจจัยด้านระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ ในการควบคุมโรคของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มผู้ป่วยชาวเขาเผ่าม้ง อำเภอเวียงแก่น จังหวัดเชียงราย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (P-value = 0.359)

ปัจจัยด้านอาชีพมีความสัมพันธ์เชิงบวกระดับต่ำกับพฤติกรรมสุขภาพ ในการควบคุมโรคของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มผู้ป่วยชาวเขาเผ่าม้ง อำเภอเวียงแก่น จังหวัดเชียงราย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($r = 0.198$, P-value = 0.017*)

ปัจจัยด้านฐานะทางเศรษฐกิจ รายได้ของครอบครัวต่อเดือน ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพในการควบคุมโรคของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มผู้ป่วยชาวเขาเผ่าม้ง อำเภอเวียงแก่น จังหวัดเชียงราย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (P-value = 0.371) แต่ปัจจัยด้านฐานะทางเศรษฐกิจ ความเพียงพอของรายได้ มีความสัมพันธ์เชิงบวกระดับต่ำกับพฤติกรรมสุขภาพในการควบคุมโรคของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มผู้ป่วยชาวเขาเผ่าม้ง อำเภอเวียงแก่น จังหวัดเชียงราย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($r = 0.283$, P-value = 0.001)

ความฉลาดทางสุขภาพขั้นพื้นฐานไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ ในการควบคุมโรคของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มผู้ป่วยชาวเขาเผ่าม้ง อำเภอเวียงแก่น จังหวัดเชียงราย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (P-value = 0.567)

ความฉลาดทางสุขภาพขั้นมีปฏิสัมพันธ์ มีความสัมพันธ์เชิงบวกระดับต่ำกับพฤติกรรมสุขภาพ ในการควบคุมโรคของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มผู้ป่วยชาวเขาเผ่าม้ง อำเภอเวียงแก่น จังหวัดเชียงราย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($r = 0.282$, P-value = 0.000)

บทที่ 5

บทสรุป

การวิจัยเรื่อง ความฉลาดทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มชาวเขาเผ่าม้ง อำเภอเวียงแก่น จังหวัดเชียงราย เป็นการศึกษาวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Cross-Sectional Survey research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความฉลาดทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มชาวเขาเผ่าม้ง และศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพในการควบคุมโรคของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มชาวเขาเผ่าม้ง อำเภอเวียงแก่น จังหวัดเชียงราย การศึกษาวิจัยครั้งนี้มีกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ในกลุ่มชาวเขาเผ่าม้ง อำเภอเวียงแก่น จังหวัดเชียงราย ที่มีอายุ 30 ปีขึ้นไป และสามารถสื่อสารภาษาม้งได้ จำนวน 145 คน ได้มาจากรีการเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยการสุ่มแบบโควตา (Quota sampling) คำนวณตามจำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในหมู่บ้านที่มีชาวเขาเผ่าม้ง อาศัยอยู่มากกว่าร้อยละ 90 ของประชากรทั้งหมดในหมู่บ้าน ของอำเภอเวียงแก่น จังหวัดเชียงราย จำนวน 20 หมู่บ้าน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลในครั้งนี้ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น และปรับปรุงจากแบบสอบถามที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของงานวิจัย แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ส่วนที่ 2 ความฉลาดทางสุขภาพขั้นพื้นฐาน ส่วนที่ 3 ความฉลาดทางสุขภาพขั้นมีปฏิสัมพันธ์ และส่วนที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพในการควบคุมโรคของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ได้รับการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดยผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน เป็นผู้พิจารณาตรวจสอบเนื้อหา จากนั้นนำแบบสอบถามไปทดสอบกับกลุ่มประชากรที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน จำนวน 30 ราย เพื่อนำมาหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยหากเป็นแบบสอบถามเรื่องความฉลาดทางสุขภาพขั้นพื้นฐาน หาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตร KR-20 พบว่า มีค่าเท่ากับ 0.77 ส่วนแบบสอบถามเรื่องความฉลาดทางสุขภาพขั้นมีปฏิสัมพันธ์ ใช้ค่าสัมประสิทธิ์ α อัลฟา (Cronbach's Alpha Coefficient) ค่าความเชื่อมั่นที่ได้เท่ากับ 0.71 และแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพในการควบคุมโรคของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ใช้ค่าสัมประสิทธิ์ α อัลฟา (Cronbach's Alpha Coefficient) ค่าความเชื่อมั่นที่ได้เท่ากับ 0.72 ดำเนินการเก็บข้อมูลในเดือนกุมภาพันธ์ 2559 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) และใช้สถิติเชิงอนุมาน (Spearman rank correlation และ Pearson's correlation)

สรุปผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างเกินครึ่งเป็นเพศหญิง ร้อยละ 55.2 เป็นเพศชาย ร้อยละ 44.8 มีอายุอยู่ระหว่าง 59–67 ปี ร้อยละ 29 รองลงมาอยู่ในช่วงอายุระหว่าง 50–58 ปี ร้อยละ 24.8 มีอายุเฉลี่ย 59 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพอยู่ด้วยกัน ร้อยละ 80 รองลงมาได้แก่ สถานภาพหม้าย ร้อยละ 18.6 สถานภาพอยู่ร้างหรือแยกกันอยู่ ร้อยละ 0.7 และสถานภาพโสด ร้อยละ 0.7 ตามลำดับ

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ได้เรียนหนังสือ ร้อยละ 80 รองลงมา คือ ได้รับการศึกษาในระดับชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 13.8 และระดับชั้นมัธยมศึกษา ร้อยละ 6.2 ตามลำดับ เกินครึ่งประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 54.5 รองลงมา คือ ไม่ได้ประกอบอาชีพ 30.3 ส่วนใหญ่รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน น้อยกว่า 5,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 75.2 รองลงมา คือ มีรายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือนอยู่ในช่วง 5,001–10,000 บาท ร้อยละ 14.5 ซึ่งอาจส่งผลให้รายได้ส่วนใหญ่ไม่เพียงพอต่อรายจ่าย ร้อยละ 61.4 และถึงแม้รายได้จะเพียงพอแต่ก็ไม่เหลือเก็บถึง ร้อยละ 24.1 ส่วนใหญ่มีสิทธิในการรักษาพยาบาล คือ หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 89.7 รองลงมาจะชำระเงินเองหรือไม่มีสิทธิในการรักษาพยาบาล เพียง ร้อยละ 5.5

กลุ่มตัวอย่างเกินครึ่งป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงมาไม่เกิน 5 ปี ร้อยละ 58.6 รองลงมาป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงมา 5–10 ปี ร้อยละ 35.9 และส่วนใหญ่เคยได้รับคำแนะนำการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 95.2 โดยได้รับคำแนะนำในการดูแลสุขภาพเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงมาจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร้อยละ 93.1 รองลงมาได้รับคำแนะนำในการดูแลสุขภาพเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงมาจากแผ่นพับ/โปสเตอร์ ร้อยละ 7.6 และจากหนังสือพิมพ์/ทีวี ร้อยละ 2.8 ตามลำดับ

2. ความฉลาดทางสุขภาพขั้นพื้นฐานของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มชาวเขาเผ่าม้ง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความฉลาดทางสุขภาพขั้นพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง โดยเฉลี่ยเท่ากับ 6.5 คะแนน จากคะแนนเต็ม 10 คะแนน มีคะแนนสูงสุด 10 คะแนน คะแนนต่ำสุด 2 คะแนน และมีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.7

3. ความฉลาดทางสุขภาพขั้นมีปฏิสัมพันธ์ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มชาวเขาเผ่าม้ง พบว่า โดยรวมมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 2.4$, S.D. = 1.2) โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 21.3 คะแนน จากคะแนนเต็ม 36 คะแนน มีคะแนนสูงสุด 34 คะแนน คะแนนต่ำสุด 10 คะแนน และมีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 4.6

4. พฤติกรรมการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มชาวเขาเผ่าม้ง พบว่า โดยรวมกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับดีปานกลาง ($\bar{x} = 2.8$,

S.D. = 0.9) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า พฤติกรรมการรับประทานยา มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับดีมาก ($\bar{x} = 3.8$, S.D. = 0.8) รองลงมา คือ พฤติกรรมการตรวจตามนัด ($\bar{x} = 3.0$, S.D. = 0.9) ตามลำดับ และยังพบว่า พฤติกรรมการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงมีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด คือ พฤติกรรมการออกกำลังกาย ($\bar{x} = 2.4$, S.D. = 0.8)

5. ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล และความฉลาดทางสุขภาพ กับพฤติกรรมการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง มีจำนวน 9 ตัวแปร ได้แก่ 1. เพศ 2. อายุ 3. สถานภาพสมรส 4. ระดับการศึกษา 5. อาชีพ 6. รายได้ของครอบครัวต่อเดือน 7. ความเพียงพอของรายได้ 8. ความฉลาดทางสุขภาพขั้นพื้นฐาน และ 9. ความฉลาดทางสุขภาพขั้นมีปฏิสัมพันธ์ พบว่ามี 3 ตัวแปร ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

อภิปรายผลการวิจัย

1. ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มชาวเขาเผ่าม้ง อำเภอเวียงแก่น จังหวัดเชียงราย

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 55.2 มีอายุอยู่ระหว่าง 59-67 ปี ร้อยละ 29 อายุเฉลี่ย 59 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพอยู่ด้วยกัน ร้อยละ 80 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ได้เรียนหนังสือ ร้อยละ 80 รองลงมา คือ ได้รับการศึกษาในระดับชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 13.8 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 54.5 ส่วนใหญ่รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่า 5,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 75.2 รองลงมา คือ มีรายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือนอยู่ในช่วง 5,001-10,000 บาท ร้อยละ 14.5 ซึ่งอาจส่งผลให้รายได้ส่วนใหญ่ไม่เพียงพอต่อรายจ่าย ร้อยละ 61.4 กลุ่มตัวอย่างเกินครึ่งป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงมาไม่เกิน 5 ปี ร้อยละ 58 สอดคล้องกับการศึกษาของคณิง คำรังษี (2550) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ในหน่วยบริการปฐมภูมิ ตำบลสวก จังหวัดน่าน โดยพบว่า มีผู้ป่วยเพศชายน้อยกว่าเพศหญิง เกินครึ่งมีอายุมากกว่า 60 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส การศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับชั้นประถมศึกษา เกือบครึ่งมีอาชีพเกษตรกร และส่วนใหญ่ได้รับการรักษามา 1-5 ปี

2. ความฉลาดทางสุขภาพขั้นพื้นฐานของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มชาวเขาเผ่าม้ง

พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความฉลาดทางสุขภาพขั้นพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 47.6 โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 6.5 คะแนน จากคะแนนเต็ม 10 คะแนน มีคะแนนสูงสุด 10 คะแนน คะแนนต่ำสุด 2 คะแนน และมีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.7 ซึ่งความฉลาดทางสุขภาพขั้นพื้นฐาน คือ ทักษะพื้นฐานด้านการฟัง พูด อ่าน และเขียน ซึ่งจำเป็น

ต่อความเข้าใจและการปฏิบัติในชีวิตประจำวัน เมื่อผู้ป่วยได้รับข่าวสารต่าง ๆ จาก อสม. หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรือการเข้ารับการรักษา ผู้ป่วยจะใช้ทักษะพื้นฐานนี้จดจำ แม้ว่าผู้ป่วยชาวเขาเผ่าม้ง จะอ่านไม่หนังสือไม่ออก หรือฟังภาษาไทยแล้วไม่เข้าใจ แต่ท้ายที่สุดเมื่อมีการแปลผลข้อมูลให้เกิดความเข้าใจผู้ป่วยจะสามารถจำและนำไปใช้ในชีวิตประจำวันได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Brian (2008) ที่ศึกษาความเข้าใจและความฉลาดทางสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยใช้เครื่องมือของแบบวัดความฉลาดทางสุขภาพ STOFHLA การวิเคราะห์การถดถอยแสดงให้เห็นว่า ความฉลาดทางสุขภาพเกี่ยวข้องกับอายุ การศึกษา และเชื้อชาติ ส่วนความสามารถในการรับรู้ เพิ่มเป็นร้อยละ 24 ของความแปรปรวน และมีอิทธิพลกับอายุ การศึกษา รวมทั้งเชื้อชาติ

3. ความฉลาดทางสุขภาพขั้นมีปฏิสัมพันธ์ของกลุ่มตัวอย่าง มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.4$, S.D. = 1.2) ซึ่งความฉลาดทางสุขภาพขั้นมีปฏิสัมพันธ์ คือ ทักษะพื้นฐานการมีพุทธิปัญญา (cognitive) รวมทั้งทักษะทางสังคม (social skill) ที่ใช้ในการเข้าร่วมกิจกรรม รู้จักเลือกใช้ข้อมูลข่าวสารแยกแยะลักษณะการสื่อสารที่แตกต่างกัน รวมทั้งประยุกต์ใช้ข้อมูลข่าวสารใหม่ ๆ เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อการป้องกัน หรือการควบคุมภาวะผิดปกติของร่างกายและจิตใจ โดยเฉพาะหากเป็นผู้ที่มีภาวะผิดปกติหรือผู้ป่วยเป็นโรคอยู่แล้ว จะทำให้ได้รับข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับอาการเจ็บป่วยนั้น ๆ จึงทำให้ผู้ไปสามารถแยกแยะข้อมูลและนำไปใช้ตามความเกี่ยวข้องกับสุขภาพของผู้ป่วยเอง อย่างไรก็ตามการสื่อสาร และการศึกษา หรือความรู้พื้นฐานมีส่วนสำคัญที่จะทำให้พฤติกรรมควบคุมโรคดีตามไปด้วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของนางลักษณ แก้วทอง (2557) ศึกษาความแตกต่างด้านสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านหนองหอย จังหวัดสระแก้ว โดยพบว่า กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงมีความแตกต่างด้านสุขภาพในระดับกำลัง ระดับไม่เพียงพอ และระดับเพียงพอ ร้อยละ 51.5, 37.5 และ 11 ตามลำดับ ความแตกต่างด้านสุขภาพที่ต้องปรับปรุง ได้แก่ ความสามารถในการอ่านและจดจำประเด็นหลักที่สำคัญเรื่องโรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 78.5) รองลงมา คือ ความสามารถในการสืบค้นข้อมูลที่ถูกต้อง และทันสมัย (ร้อยละ 73.5) ความหมายของดัชนีมวลกาย (ร้อยละ 66) อาหารที่มีส่วนประกอบของโซเดียมสูง (ร้อยละ 65.5) ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากโรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 65) สำหรับการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรค พบว่า อยู่ในเกณฑ์พอใช้ ร้อยละ 49.5 และเกณฑ์ต้องปรับปรุง ร้อยละ 50.5 เมื่อพิจารณาตามการปฏิบัติตัว พบว่า มีการเติมเครื่องปรุงรส เช่น เกลือป่น น้ำปลา ซีอิ๊วขาว ผงชูรสพบมากถึงร้อยละ 72.5 ความแตกต่างด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับ

ปัจจัยด้านระดับการศึกษา สถานภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

4. พฤติกรรมการควบคุมโรคของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มชาวเขาเผ่าม้ง อำเภอเวียงแก่น จังหวัดเชียงราย

จากการศึกษา พบว่า พฤติกรรมการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มตัวอย่างโดยรวม มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับดีปานกลาง ($\bar{x} = 2.8$, S.D. = 0.9) พฤติกรรมการรับประทานยา และการมาตามนัด พบว่า อยู่ในระดับดีมาก พฤติกรรมการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มตัวอย่างโดยรวม มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับดีปานกลาง ($\bar{x} = 2.8$, S.D. = 0.9) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า พฤติกรรมการรับประทานยา มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับดีมาก ($\bar{x} = 3.8$, S.D. = 0.8) รองลงมา คือ พฤติกรรมการมาตรวจตามนัด ($\bar{x} = 3.0$, S.D. = 0.9) ตามลำดับ สามารถอธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระยะเวลาของการป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ไม่เกิน 5 ปี ทำให้มีประสบการณ์ และมีความใส่ใจในการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อควบคุมโรค แต่ด้วยอุปสรรคด้านการสื่อสาร และความเป็นอัตลักษณ์ของชนเผ่าม้ง จึงทำให้พฤติกรรมโดยรวมยังอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของยุวดี ดวงเทพ (2551) ศึกษาวิถีชีวิตและโรคความดันโลหิตสูงในประชากรชาวเขา อำเภอแม่ฟ้าหลวง จังหวัดเชียงราย พบว่า ปัจจัยวิถีชีวิตของชาวเขามีความสัมพันธ์และโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ ดัชนีมวลกาย (กลุ่มภาวะน้ำหนักเกิน adjusted OR = 2.90, 95%CI = 1.60 – 5.26, $p < 0.001$ และกลุ่มที่มีภาวะอ้วน adjusted OR = 3.84, 95%CI = 2.25 – 6.56, $p < 0.001$) การขาดการออกกำลังกาย (adjusted OR = 1.96, 95%CI = 1.22 – 3.16, $p = 0.005$) จะเห็นได้ว่า วิถีชีวิตชนเผ่ามีความขัดแย้งต่อการปฏิบัติพฤติกรรมควบคุมโรคที่ถูกต้อง ซึ่งดูได้จากการขาดการออกกำลังกาย และขาดการควบคุมอาหาร แต่แตกต่างจากการศึกษาของชูเกียรติ แสงบุญ (2555) ที่ได้ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงในเขตบริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโป่งงาม อำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย จำนวน 114 ราย พบว่า คะแนนเฉลี่ยความเชื่อด้านสุขภาพ ($\bar{x} = 2.33$, S.D. = 0.175) และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมโรค ($\bar{x} = 3.36$, S.D. = 0.641) อยู่ในระดับสูง ซึ่งจะเห็นได้ว่า ลักษณะประชากรมีความแตกต่างกันในเรื่องของเชื้อชาติ

พฤติกรรมการควบคุมอาหาร จากการศึกษ พบว่า พฤติกรรมการควบคุมอาหารของกลุ่มตัวอย่าง มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับดีปานกลาง ($\bar{x} = 2.4$, S.D. = 0.9) แสดงให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างบางส่วน ยังมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสม ซึ่งมีอาจมาผลมาจากการขาดความรู้ ความเข้าใจในการปฏิบัติตัว เพื่อควบคุมภาวะความดันโลหิตสูง แต่ผู้ป่วยบางส่วน

ก็มีพฤติกรรมมารับประทานอาหารที่ถูกต้อง ซึ่งอาจมีผลมาจากการมีประสบการณ์ในการเข้ารับการรักษา และการได้รับข้อมูลจากเจ้าหน้าที่ที่คอยให้สุศึกษา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของจันท์จิรา สีสว่าง (2547) ที่ได้ศึกษาประสบการณ์ชีวิตของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ได้กล่าวว่า การปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตให้สอดคล้องกับโรคความดันโลหิตสูงของผู้สูงอายุนั้น จำเป็นต้องศึกษาประสบการณ์ชีวิตเกี่ยวกับปัจจัยสนับสนุนและปัจจัยขัดขวาง การดูแลตนเอง เพื่อเป็นแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ซึ่งพบว่าประสบการณ์ตรงของผู้ให้ข้อมูล จะทำให้ผู้ให้ข้อมูลเกิดการเรียนรู้ที่จะดำเนินชีวิตอยู่กับโรคความดันโลหิตได้ดีมากขึ้น เนื่องจากมีการเรียนรู้จากอาการ และความผิดปกติของตนเอง ทำให้สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและแบบแผนการใช้ชีวิตได้

พฤติกรรมการออกกำลังกาย จากการศึกษา พบว่า พฤติกรรมการออกกำลังกายของกลุ่มตัวอย่าง มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 2.4$, S.D. = 0.8) ซึ่งอาจเป็นผลจากอาชีพของกลุ่มตัวอย่างที่พบว่า เกินครึ่งเป็นผู้ป่วยสูงอายุที่ไม่ประกอบอาชีพใด ๆ จึงทำให้งานกิจกรรม ที่จะส่งผลให้มีการออกกำลังกาย ตลอดจนถึงแวดล้อมที่เอื้อต่อการออกกำลังกาย ยังไม่มีในชุมชน ซึ่งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในเขตพื้นที่ชนบท บนเขา ซึ่งหากไม่เข้าใจถึงการออกกำลังกาย ก็จะไม่สามารถประยุกต์กิจกรรมให้เป็นการออกกำลังกายได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของพานทิพย์ แสงประเสริฐ (2550) ที่ได้ศึกษาเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงกับการออกกำลังกาย: บทบาทของพยาบาล โดยพบว่า การออกกำลังกายที่มีประสิทธิภาพอย่างต่อเนื่องและเพียงพอ จะเป็นส่วนหนึ่งในการปรับพฤติกรรมการดำเนินชีวิต ที่สามารถช่วยควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้ และยังช่วยเพิ่มความยืดหยุ่นของเส้นเลือด ลดความต้านทานในหลอดเลือด และปริมาณเลือดที่สูบฉีดดีขึ้น ส่งผลโดยรวมให้ความดันโลหิตลดลงสู่ภาวะที่ปลอดภัย อีกทั้งหากมีการส่งเสริมให้มีการสร้างความตระหนักในการออกกำลังกายที่ถูกต้อง และสม่ำเสมอจะช่วยให้เกิดผลดีต่อผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในระยะยาวได้

พฤติกรรมการรับประทานยา จากการศึกษา พบว่า พฤติกรรมการรับประทานยาของกลุ่มตัวอย่าง มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับดีมาก ($\bar{x} = 3.4$, S.D. = 0.8) อาจเป็นผลมาจากระยะเวลาการรักษา ซึ่งมีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 4.4 ปี ซึ่งถือว่ามากพอที่จะมีประสบการณ์ในโรคความดันโลหิตสูง อีกทั้งจะทำให้ผู้ป่วยเองมีความรู้ และสามารถรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคแทรกซ้อน รวมถึงผลเสียจากการไม่รับประทานยา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุกัญญา ลัมรังสรรค์ (2556) ที่ได้ทำการศึกษา แบบจำลองการอธิบายเรื่องโรคความดันโลหิตสูงและการใช้ยาลดความดันโลหิตของผู้ป่วยโรงพยาบาลหางดง จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า ผู้ป่วยสามารถรับรู้ความรุนแรงของโรคตามประสบการณ์ที่เกิดกับตนเองและบุคคลใกล้ชิด ทั้งอาการและ

ภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง ผู้ป่วยจึงให้ความสำคัญกับการให้ความร่วมมือกับการรับประทานยา และการดูแลตนเองตามคำแนะนำของแพทย์ และยังสอดคล้องกับการศึกษาของอรุณี หล้าเขียว (2557) ที่ได้ศึกษาความฉลาดทางด้านสุขภาพและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการรับประทานยา ในผู้ป่วย โรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเปียงหลวง จังหวัดเชียงใหม่ โดยพบว่า กลุ่มตัวอย่างเกือบครึ่งมีระดับคะแนนการรับประทานยารักษาโรคความดันโลหิต อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 45 รองลงมา คือ ระดับคะแนนการรับประทานยารักษาโรคความดันโลหิต อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 41.4 ซึ่งเป็นผลมาจากลักษณะประชากรที่คล้ายคลึงกัน โดยพบว่า ประชากรส่วนใหญ่เป็นชาวเขา และไม่ได้เรียนหนังสือ จึงส่งผลต่อพฤติกรรมการรับประทานยา

พฤติกรรมการจัดการความเครียด จากการศึกษา พบว่า พฤติกรรมการจัดการความเครียด ของกลุ่มตัวอย่าง มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.8$, S.D. = 0.8) ซึ่งเป็นผลมาจากสภาพเศรษฐกิจของกลุ่มชาวเขาเผ่าม้ง ซึ่งค่อนข้างยากจน ต้องทำมาหากินแบบหาเช้ากินค่ำ ด้วยสภาพครอบครัวที่ชาวเขาเผ่าม้งนิยมมีลูกมาก ซึ่งคาดหวังเพียงกำลังคนในการทำการเกษตร จนลืมไปว่าจำนวนสมาชิกมาก ก็ส่งผลต่อภาระค่าใช้จ่ายในครอบครัวมากกว่า รายได้ที่เข้ามา กลายเป็นปัญหาสำคัญที่ส่งผลให้เกิดความเครียดตามมา ซึ่งผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชาวเขาเผ่าม้ง บางคนยังไม่มั่นใจในการจัดการกับความเครียด ดังนั้น จึงจำเป็นต้องอย่างยิ่งในการในการทำให้ผู้ป่วยทุกรายเรียนรู้วิธีการจัดการความเครียด

พฤติกรรมการมาตรวจตามนัด จากการศึกษา พบว่า พฤติกรรมการมาตรวจตามนัด ของกลุ่มตัวอย่าง มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับดีมาก ($\bar{X} = 3.0$, S.D. = 0.9) ซึ่งเป็นผลมาจากรับรู้เรื่องโรค ความสนใจ และใส่ใจในการดูแลตนเอง เพื่อควบคุมโรคไม่ให้เกิดอาการแทรกซ้อน จึงทำให้พฤติกรรมการมาตรวจตามนัดอยู่ในระดับดีมาก ทั้งนี้ อาจมาจากระยะเวลาเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง และการรับรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงของตัวผู้ป่วยเอง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเนาวรัตน์ จันทานนท์ (2554) ที่ได้ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในอำเภอเมือง จังหวัดชุมพร พบว่า การรับรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ต่างกัน จะส่งผลให้มีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่แตกต่างกันไปด้วย

5. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล และความฉลาดทางสุขภาพ กับพฤติกรรมการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง

จากข้อมูลการศึกษาความฉลาดทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มชาวเขาเผ่าม้ง อำเภอเวียงแก่น จังหวัดเชียงราย โดยรวมพบว่า ยังอยู่ในช่วงระดับปานกลาง

ในส่วนของพฤติกรรมการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง พบว่า ผู้ป่วยชาวเขาเผ่าม้งจะมีพฤติกรรมการรับประทานยาและพฤติกรรมการมาตรวจตามนัด อยู่ในระดับที่ดีมาก ซึ่งเป็นผลมาจากการให้ความสำคัญในเรื่องของโรคความดันโลหิตสูงที่กำลังเผชิญอยู่ แม้จะมีปัญหาในด้านการสื่อสารภาษา แต่ผู้ป่วยก็ยังมีพฤติกรรมการมาตรวจตามนัดและการกินยาที่ดี ซึ่งจะส่งผลดีต่อสุขภาพของผู้ป่วยเอง และเมื่อพิจารณาถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มชาวเขาเผ่าม้ง อำเภอเวียงแก่น จังหวัดเชียงราย สามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

ปัจจัยด้านเพศ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพในการควบคุมโรคของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มผู้ป่วยชาวเขาเผ่าม้ง อำเภอเวียงแก่น จังหวัดเชียงราย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($P\text{-value} = 0.388$) หมายความว่า เพศของผู้ป่วยไม่มีผลหรือไม่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง เนื่องด้วยโรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่มีสาเหตุจากกรรมพันธุ์และพฤติกรรม ซึ่งหากเป็นกรณีของผู้ที่ยังไม่ป่วย เพศอาจเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้พฤติกรรมของชายและหญิงแตกต่างกัน แต่หากเป็นกรณีของผู้ป่วยชาวเขาเผ่าม้งที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์แล้วนั้น เมื่อมาตรวจรักษาตามนัดก็จะได้รับข้อมูลของโรคที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ และหากผู้ป่วยมีความตระหนักหรือสนใจ จะทำให้ผู้ป่วยทั้งหญิงและชายต่างก็จะปฏิบัติพฤติกรรม เพื่อควบคุมโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุภาอินทร (2546) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้ใหญ่วัยกลางคนในจังหวัดนครสวรรค์ พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ และสถานภาพสมรส การรับรู้ประโยชน์ของการออกกำลังกาย การรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการออกกำลังกาย ความรู้สึกนึกคิดที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกาย อิทธิพลด้านสถานการณ์ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ปัจจัยด้านอายุ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพในการควบคุมโรคของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มผู้ป่วยชาวเขาเผ่าม้ง อำเภอเวียงแก่น จังหวัดเชียงราย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($P\text{-value} = 0.680$) เนื่องด้วยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุอยู่ระหว่าง 59-67 ปี และมีอายุเฉลี่ย 59 ปี อีกทั้งการไม่ได้เรียนหนังสือ ทำให้การได้รับข้อมูลในการปฏิบัติตัวมาจากการแนะนำของเจ้าหน้าที่ผ่านล่ามภาษาม้ง จึงทำให้พฤติกรรมการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มตัวอย่าง ขึ้นอยู่กับความเข้าใจของผู้ป่วยเอง และความเข้าใจไปสู่การถ่ายทอดคำแนะนำของล่ามภาษาม้ง สอดคล้องกับการศึกษาของพรทิพย์ มาลาธรรม (2553) ที่ศึกษา ปัจจัยทำนายระดับน้ำตาลในเลือดของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน

ชนิดที่ 2 พบว่า อายุที่ไม่มีความสัมพันธ์กับระดับน้ำตาลในเลือดของผู้สูงอายุ โดยอธิบายว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุ ที่มีอายุ 60-69 ปี และเป็นไปได้ว่า อายุ เป็นตัวแปรที่ครอบคลุมคุณสมบัติอื่น ๆ ที่ควบคุมได้ยาก เช่น โรคร่วมอื่น พันธุกรรม การทำกิจกรรมทางกาย เป็นต้น

ปัจจัยด้านสถานภาพสมรส ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพในการควบคุมโรคของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มผู้ป่วยชาวเขาเผ่าม้ง อำเภอเวียงแก่น จังหวัดเชียงราย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (P -value = 0.294) เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพอยู่ด้วยกัน ร้อยละ 80 แต่ด้วยวัฒนธรรมของชาวเขาเผ่าม้ง ที่ผู้ชายมักมีภรรยา มากกว่า 1 คน ซึ่งอาจมีผลทำให้กลุ่มตัวอย่างบางคนอาจมีความสุขและมีความสุขก็ได้ ทำให้ไม่สามารถบอกได้ว่าการอยู่ด้วยกันกับไม่ได้อยู่ด้วยกันของกลุ่มตัวอย่าง สามารถทำให้พฤติกรรมควบคุมโรคดีหรือไม่ดีได้ ซึ่งแตกต่างกับการศึกษาของจิตชนก ลีทวีสุข และคณะ (2556) ที่ศึกษา พฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรัง ในชุมชนเชียงทอง ตำบลระแหง อำเภอเมือง จังหวัดตาก พบว่า สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมด้านการใช้ยาของผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรัง โดยผู้ที่มีสถานภาพสมรส โสด หม้าย หย่าร้าง หรือแยกกันอยู่ มีพฤติกรรมการใช้ยาที่เหมาะสมมากกว่าผู้ที่มีสถานภาพคู่

ปัจจัยด้านระดับการศึกษา ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพในการควบคุมโรคของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มผู้ป่วยชาวเขาเผ่าม้ง อำเภอเวียงแก่น จังหวัดเชียงราย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (P -value = 0.359) เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเป็นชาวเขาเผ่าม้ง ที่ส่วนใหญ่ไม่ได้เรียนหนังสือ ร้อยละ 80 ประกอบกับส่วนใหญ่มีอายุที่มาก ทำให้มีความยากลำบากในการสื่อสารภาษาไทย จึงเป็นอุปสรรคในการรับรู้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์กับสุขภาพ แต่กลุ่มตัวอย่างสามารถมีความรู้ ความเข้าใจในการปฏิบัติตัว จากการพบเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์และสาธารณสุข ซึ่งถึงอย่างไรก็ตามกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ก็จะได้รับความรู้ซึ่งขึ้นอยู่กับความเข้าใจของล่ามภาษาม้ง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของรัตมี ลือฉาย (2554) ที่ศึกษา ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน อำเภอร่องคำ จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า ระดับการศึกษา ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน (p = 0.150) ดังนั้นหากจะสร้างเสริมพฤติกรรมในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงหรือโรคเรื้อรังในกลุ่มชาวเขาเผ่าม้ง อำเภอเวียงแก่น จังหวัดเชียงราย จะไม่ขึ้นอยู่กับระดับการศึกษา

ปัจจัยด้านอาชีพ มีความสัมพันธ์เชิงบวกระดับต่ำกับพฤติกรรมสุขภาพในการควบคุมโรคของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มผู้ป่วยชาวเขาเผ่าม้ง อำเภอเวียงแก่น จังหวัดเชียงราย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (r = 0.198, P -value = 0.017) หมายความว่า ผู้ป่วยที่มีการประกอบอาชีพจะมีพฤติกรรมการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง ดีกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีอาชีพ

ซึ่งการศึกษานี้ ลักษณะประชากรส่วนใหญ่เป็นชาวเขาเผ่าม้งที่มีอายุมาก และส่วนใหญ่ไม่ประกอบอาชีพใด ๆ แล้ว จึงทำให้ขาดกิจกรรมที่เป็นการส่งเสริมพฤติกรรมการออกกำลังกาย อีกทั้งยังสอดคล้องกับงานวิจัยของอรุณี หล้าเขียว (2557) ได้กล่าวไว้ว่า ปัจจัยด้านอาชีพมีความสัมพันธ์ต่อการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ซึ่งการรับประทานยาเป็นหนึ่งในพฤติกรรมการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงซึ่งพบว่า หากกลุ่มตัวอย่างไม่ประกอบอาชีพ จะส่งผลให้พฤติกรรมการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงต่ำลงไปด้วย

ปัจจัยด้านฐานะทางเศรษฐกิจ รายได้ของครอบครัวต่อเดือน ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพในการควบคุมโรคของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มผู้ป่วยชาวเขาเผ่าม้งอำเภอเวียงแก่น จังหวัดเชียงราย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($P\text{-value} = 0.371$) เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างไม่ประกอบอาชีพ อีกทั้งเป็นผู้ที่มีอายุมากแล้ว จึงไม่จำเป็นต้องคิดถึงเรื่องค่าใช้จ่ายมากนัก และไม่สนใจว่าครอบครัวจะมีรายได้มากหรือน้อยเพียงใด เพราะวิถีชีวิตที่เรียบง่ายของม้ง ประกอบกับการสนใจต่อโรคที่เป็นอยู่ ทำให้เรื่องอาหารการกิน จึงเน้นไปที่ผักผลไม้ที่หาได้ในชุมชน แต่ปัจจัยด้านฐานะทางเศรษฐกิจ ความเพียงพอของรายได้กลับมีความสัมพันธ์เชิงบวกระดับต่ำกับพฤติกรรมสุขภาพในการควบคุมโรคของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มผู้ป่วยชาวเขาเผ่าม้ง อำเภอเวียงแก่น จังหวัดเชียงราย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($r = 0.283$, $P\text{-value} = 0.001$) เนื่องจากพื้นที่ส่วนใหญ่ที่ชาวเขาเผ่าม้งอาศัยอยู่จะอยู่ห่างไกลความเจริญ ทำให้เมื่อเกิดความเจ็บป่วย ภาระด้านการคมนาคม จะมีส่วนที่ทำให้รายได้เกิดความไม่เพียงพอ จนนำไปสู่พฤติกรรมการประหยัมากกว่าการสร้างพฤติกรรมควบคุมโรค และยังสอดคล้องกับงานวิจัยของคณิง คำรังษี (2550) ที่ได้กล่าวไว้ว่า ปัจจัยด้านความพอเพียงของรายได้ มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 หากกลุ่มตัวอย่างไม่มีความเพียงพอของรายได้ที่เป็นอยู่ จะทำให้พฤติกรรมการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงต่ำ สาเหตุเพราะกลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในกลุ่มอายุที่มากกว่า 50 ปี และส่วนใหญ่ไม่มีอาชีพ ทำให้ไม่มีความพอเพียงต่อรายได้เฉลี่ยของครอบครัว จึงส่งผลต่อพฤติกรรมในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงของผู้ป่วยไม่ติดตามไปด้วย

ปัจจัยด้านความฉลาดทางสุขภาพขั้นพื้นฐาน ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพในการควบคุมโรคของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มผู้ป่วยชาวเขาเผ่าม้ง อำเภอเวียงแก่น จังหวัดเชียงราย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($P\text{-value} = 0.567$) หมายความว่า ผู้ที่มีความฉลาดทางสุขภาพขั้นพื้นฐานสูง หรือต่ำ จะไม่มีบอกระดับพฤติกรรมการควบคุมโรค

ของกลุ่มตัวอย่างได้ เนื่องจากข้อจำกัดของกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุมาก ไม่ได้เรียนหนังสือ อีกทั้งบางรายไม่สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยได้ ประกอบกับอาสาสมัครในบางคนยังไม่สามารถอธิบายข้อคำถามถ่ายถอดเป็นภาษาแม่ที่ชัดเจนได้ หรือถึงแม้ถ่ายถอดเป็นภาษาแม่แล้วกลุ่มตัวอย่างก็ไม้อาจเข้าใจได้ จึงทำให้แม้จะมีค่าของคะแนนอยู่ในระดับปานกลาง หรือระดับสูงก็ไม่สามารถทำให้พฤติกรรมการควบคุมโรคของกลุ่มตัวอย่างดีขึ้นได้ ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของแสงเดือน กิ่งแก้ว (2558) ที่ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของ ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังหลายโรค ซึ่งพบว่า พฤติกรรมสุขภาพโดยรวมมีความสัมพันธ์กับความฉลาดทางสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยอธิบายว่า ผู้ที่มีความฉลาดทางสุขภาพอยู่ในระดับสูง จะสามารถแสวงหาความรู้ได้ด้วยตนเอง จากแหล่งข้อมูลได้หลากหลาย ดังนั้น ในการศึกษาครั้งนี้ จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งในการจัดทำสื่อกลางที่สามารถอธิบายและทำให้เข้าใจในข้อมูลถึงแม้จะมีอุปสรรคเรื่องภาษา

ความฉลาดทางสุขภาพขั้นมีปฏิสัมพันธ์ มีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับต่ำกับ พฤติกรรมการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง อย่างมีนัยสำคัญ ($P\text{-value} < 0.01, r = 0.282$) หมายความว่า หากผู้ป่วยที่มีความฉลาดทางสุขภาพขั้นมีปฏิสัมพันธ์ในระดับที่สูง จะทำให้มี พฤติกรรมการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงที่ดีขึ้นด้วย ซึ่งผลการศึกษาที่ยอมรับสมมติฐานข้อที่ 7 ที่ตั้งไว้ และยังสอดคล้องกับงานวิจัยของชูเกียรติ แสงบุญ (2555) ได้กล่าวว่าความฉลาดทางสุขภาพ กับพฤติกรรมการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์กัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.001 สาเหตุที่ความฉลาดทางสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมโรค ความดันโลหิตสูง เป็นผลมาจากความสามารถ และทักษะในการเข้าถึงความรู้ ความเข้าใจ เพื่อวิเคราะห์ ประเมินการปฏิบัติ และตัดสินใจจัดการตนเอง เมื่อผู้ป่วยมีทักษะ ที่สูงขึ้นจะสามารถประยุกต์ใช้ข้อมูลข่าวสารในการวิเคราะห์ และจัดการสถานการณ์ในการดำรงชีวิตประจำวันได้ จึงส่งผลให้มีความสามารถในการดูแลสุขภาพและมีพฤติกรรมควบคุมโรค ความดันโลหิตสูงที่ดีขึ้น

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปปฏิบัติงาน

ผลการศึกษาที่ได้ควรให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องนำไปใช้ในการจัดทำโปรแกรมการวิจัย ด้านการพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพ เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง และสร้างเสริมความฉลาดทางสุขภาพให้กับประชาชนทั่วไป โดยเน้นกลุ่มที่รายได้น้อย ไม่ประกอบอาชีพ

สถานบริการสุขภาพที่เกี่ยวข้องควรมีการจัดทำสื่อสุขภาพ และฉลากยาที่เป็นภาษาฟังหรือรูปภาพที่สามารถสื่อสารในการควบคุม พฤติกรรมการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มชาวเขาเผ่าม้ง

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

ควรนำมาใช้มีการกำหนดมาตรการในการส่งเสริมการพัฒนาความฉลาดขั้นพื้นฐานทางสุขภาพ เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มชาวเขาเผ่าม้ง

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ผลลัพธ์จากการวิจัยครั้งนี้ ได้มาเพียงข้อมูลพื้นฐาน แต่ยังไม่สามารถนำไปแก้ปัญหาที่แท้จริงได้ ดังนั้น ควรมีการวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกที่สามารถอธิบายความฉลาดทางสุขภาพพร้อมกับพฤติกรรมกรรมการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มชาวเขาเผ่าม้ง อำเภอเวียงแก่น จังหวัดเชียงราย





บรรณานุกรม

บรรณานุกรม

- ขวัญเมือง แก้วดำเกิง และนฤมล ตรีเพชรศรีอุไร. (2554). **ความฉลาดทางสุขภาพ** (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: นิเวศธรรมดาการพิมพ์.
- คณิง คำรังษี. (2550). **ปัจจัยที่มีผลต่อการควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ชนิดไม่ทราบสาเหตุในหน่วยบริการปฐมภูมิ ตำบลสวก จังหวัดน่าน**. วิทยานิพนธ์ วท.ม., มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพฯ.
- โครงการพิพิธภัณฑสถานแห่งชาติออนไลน์. (2558). มัง. hilltribe.org. สืบค้นเมื่อ 17 ตุลาคม 2558, จาก <http://hmong.hilltribe.org/thai/>
- จันทร์จิรา สีสว่าง. (2547). ประสบการณ์ชีวิตของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง. **อำเภอร่องคำ จังหวัดกาฬสินธุ์. พยาบาลสาร**. สืบค้นเมื่อ 15 มีนาคม 2559, จาก www.tci-thaijo.org/index.php/cmunursing/article/download/32686/27853
- จิตชนก ลีทวีสุข และคณะ. (2556). พฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรัง ในชุมชนเชียงทอง ตำบลระแหง อำเภอเมือง จังหวัดตาก. **คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร**. สืบค้นเมื่อ 15 มีนาคม 2559, จาก http://www.med.nu.ac.th/qa/med_sar/ckfinder/userfiles/Hospital/21/files/5.1
- ชูเกียรติ แสงบุญ. (2555). **ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงในเขตบริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโป่งงาม อำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย**. การค้นคว้าอิสระ ส.ม., มหาวิทยาลัยพะเยา, พะเยา.
- ชูศรี วงศ์รัตน์. (2550). **สถิติเพื่อการวิจัย** (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นงลักษณ์ แก้วทอง. (2557). ความแตกฉานด้านสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านหนองหอย จังหวัดสระแก้ว. **วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ**. สืบค้นเมื่อ 5 มกราคม 2559, จาก <https://www.tci-thaijo.org/index.php/bcnbangkok/article/view/29276>
- เนาวรัตน์ จันทานนท์ (2554). พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในอำเภอเมือง จังหวัดชุมพร. **วารสารวิจัย มข**. สืบค้นเมื่อ 15 มีนาคม 2559, จาก www.resjournal.kku.ac.th/abstract/16_6_749.pdf

บรรณานุกรม (ต่อ)

- พรทิพย์ มาลาธรรม. (2553). ปัจจัยทำนายระดับน้ำตาลในเลือดของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2. **Thai Journals Online**. สืบค้นเมื่อ 15 มีนาคม 2559, จาก <https://www.tci-thaijo.org/index.php/RNJ/article/download/8962/7629>
- พานทิพย์ แสงประเสริฐ. (2550). ความดันโลหิตสูงกับการออกกำลังกาย: บทบาทของพยาบาล. **สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย**. สืบค้นเมื่อ 15 มีนาคม 2559, จาก <http://www.thainurse.org/new/attachments/article/163/sheet7.pdf>
- ยุวดี ดวงเทพ. (2551). **วิถีชีวิตและโรคความดันโลหิตสูงในประชากรชาวเขา อำเภอแม่ฟ้าหลวง จังหวัดเชียงราย**. วิทยานิพนธ์ วท.ม., มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพฯ.
- รัตมี ลือฉาย. (2554). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน อำเภอร่องคำ จังหวัดกาฬสินธุ์. **วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ**. สืบค้นเมื่อ 15 มีนาคม 2559, จาก <http://thailand.digitaljournals.org/index.php/RDHSJ/article/view/13632>
- โรงพยาบาลเวียงแก่น. (31 มกราคม 2559). ชร 0032.301/ 4201. **รายงานสถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อำเภอเวียงแก่น ไตรมาสที่ 1 ปีงบประมาณ 2559**.
- ศูนย์มานุษยวิทยาสิรินธร. (2550). ม้ง (แม้ว) Hmong (Meo). **ฐานข้อมูลกลุ่มชาติพันธุ์ในประเทศไทย**. สืบค้นเมื่อ 17 ตุลาคม 2558, จาก <http://www.sac.or.th/databases/ethnic/Content/Information/hmong.html>
- สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ กรมการแพทย์. (2556). คู่มือการให้ความรู้เพื่อจัดการภาวะความดันโลหิตสูงด้วยตนเอง. **สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์**. สืบค้นเมื่อ 17 ตุลาคม 2558, จาก <http://www.dms.moph.go.th/imrta/>
- สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. (2557). สถิติข้อมูลโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง. **สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข**. สืบค้นเมื่อ 17 ตุลาคม 2558, จาก <http://thaincd.com/information-statistic/non-communicable-disease-data.php>.

บรรณานุกรม (ต่อ)

- สุกัญญา ลีมีรังสรรค์. (2556). แบบจำลองการอธิบายเรื่องโรคความดันโลหิตสูงและการใช้ยาลดความดันโลหิต ของผู้ป่วยโรงพยาบาลหางดง จังหวัด เชียงใหม่. **วารสารไทยเภสัชศาสตร์และวิทยาการสุขภาพ** สืบค้นเมื่อ 15 มีนาคม 2559, จาก <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:SwiX4f6A028J:ejournals.swu.ac.th/index.php/pharm/article/view/3946+&cd=1&hl=th&ct=clnk&gl=th>
- สุภา อินทร. (2546). **ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้ใหญ่วัยกลางคนในจังหวัดนครสวรรค์**. วิทยานิพนธ์ พย.ม., จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.
- เสรี ลาซโรจน์. (2535). สภาพการวัดและประเมินผลการศึกษา. ใน **เอกสารการสอนชุดวิชาการบริหารและการจัดการการวัดและประเมินผลการศึกษา** (หน่วยที่ 3, หน้า 51 – 82). มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช สาขาวิชาศึกษาศาสตร์: นนทบุรี.
- แสงเดือน กิ่งแก้ว. (2558). ความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังหลายโรค. **วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข**. สืบค้นเมื่อ 15 มีนาคม 2559, จาก <https://www.tci-thaijo.org/index.php/tnaph/article/viewFile/47244/39140>
- อัมพร วรรณมร. (2554). **พฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโรงพยาบาลบ้านโพธิ์ จังหวัดฉะเชิงเทรา**. วิทยานิพนธ์ พย.ม., มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี.
- อรุณี หล้าเขียว. (2557). ความฉลาดทางด้านสุขภาพและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเปียงหลวง จังหวัดเชียงใหม่. **วารสารบัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา**. สืบค้นเมื่อ 17 ตุลาคม 2558, จาก <http://journalgrad.ssru.ac.th/index.php/5-01/article/view/328>
- Best, W. (1977). **Research in Education**. (3rd ed). Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall, Inc.

บรรณานุกรม (ต่อ)

- Brian, R.. (23 August 2008). Cognition and Health Literacy in Patients with Hypertension. **US National Library of Medicine National Institutes of Health**. Retrieved October 17, 2558, from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2517973/>
- Chew, D., Bradley A. and Boyko J. (2004). Brief Questions to Identify Patients With Inadequate Health Literacy. **Family Medicine**. Retrieved October 17, 2558, from <https://www.stfm.org/fmhub/fm2004/september/lisa588.pdf>
- Michael, S. (26 September 2005). Health Literacy and Functional Health Status Among Older Adults. **Jama Internal Medicine**. Retrieved October 17, 2558, from <http://archinte.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=486704>
- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. **Health Promotion International**. Retrieved October 17, 2558, from <http://heapro.oxfordjournals.org/content/15/3/259.full>
- Nutbeam, D. (2008). Health literacy and adolescents: a framework and agenda for future research. **Health Education Research**. Retrieved October 17, 2558, from <http://heapro.oxfordjournals.org/content/15/3/259.full>
- Supanvanich, S. and Podhipak, A. (1994). **Principles of Epidemiology**. Second edition. Bangkok: Atornkanpim.
- World Health Organization. (1998). Health Promotion. **WHO Publications**. Retrieved October 17, 2558, from <http://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf>
- World Health Organization. (2009). Health Promotion. **7th Global Conference on Health Promotion**. Retrieved October 17, 2558, from http://www.who.int/healthpromotion/conferences/7gchp/Track1_Inner.pdf



ภาคผนวก

ภาคผนวก ก แบบสอบถามการวิจัย

แบบสอบถามการวิจัย

เรื่อง ความฉลาดทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มชาวเขาเผ่าม้ง อำเภอเวียงแก่น
จังหวัดเชียงราย

คำชี้แจง

1. แบบสอบถามฉบับนี้ เป็นเครื่องมือวิจัยของนิสิตปริญญาโท สาขาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา

2. แบบสัมภาษณ์นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความฉลาดทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มชาวเขาเผ่าม้ง อำเภอเวียงแก่น จังหวัดเชียงราย ซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา และมีความยินดีตอบแบบสอบถามในครั้งนี้ ข้อมูลที่ได้จะนำมาวิเคราะห์และนำเสนอเป็นภาพรวมของมหาวิทยาลัยพะเยา ดังนั้น การตอบแบบสอบถามในครั้งนี้ จะเก็บเป็นความลับและไม่มีการติดต่อผู้ตอบแบบสอบถามแต่ประการใด

3. แบบสอบถามฉบับนี้ แบ่งออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1	ข้อมูลทั่วไป	จำนวน 10 ข้อ
ส่วนที่ 2	แบบสอบถามความฉลาดทางสุขภาพขั้นพื้นฐาน	จำนวน 10 ข้อ
ส่วนที่ 3	แบบสอบถามความฉลาดทางสุขภาพขั้นมีปฏิสัมพันธ์	จำนวน 9 ข้อ
ส่วนที่ 4	แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพในการควบคุมโรค	จำนวน 18 ข้อ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน ที่ต้องการ หรือเติมข้อความในที่ว่างที่กำหนด

1. เพศ 1. ชาย 2. หญิง
2. ปัจจุบันท่านอายุ.....ปี
3. สถานภาพสมรส 1. โสด 2. คู่
 3. หม้าย 4. หย่าร้าง / แยก
4. ระดับการศึกษาสูงสุด 1. ไม่ได้เรียนหนังสือ 2. ประถมศึกษา
 3. มัธยมศึกษา 4. อนุปริญญา
 5. ปริญญาตรี 6. สูงกว่าปริญญาตรี
5. อาชีพปัจจุบัน 1. ไม่ได้ประกอบอาชีพ 2. เกษตรกรรม
 3. ค้าขาย 4. รับจ้าง
 5. รับราชการ 6. แม่บ้าน
 7. รัฐวิสาหกิจ 8. อื่น ๆ โปรดระบุ.....
6. รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน
 1. น้อยกว่า 5,000 บาท 2. 5,001–10,000 บาท
 3. 10,001–15,000 บาท 4. มากกว่า 15,000 บาท
7. ความพอเพียงของรายได้
 1. ไม่เพียงพอ 2. เพียงพอ ไม่เหลือเก็บ
 3. มีพอเหลือเก็บ
8. สิทธิในการรักษาพยาบาล
 1. ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ 2. ข้าราชการบำนาญ
 3. บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า 4. ประกันสังคม
 5. บุคคลที่มีปัญหาทางสถานะและสิทธิ (กลุ่มคืนสิทธิ)
 6. อื่น ๆ ระบุ.....
9. ท่านป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงมา เป็นเวลา..... ปี

10. ท่านเคยได้รับคำแนะนำในการดูแลสุขภาพเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงหรือไม่

1. ไม่เคยได้รับ
2. เคยได้รับ จากแหล่ง (ระบุได้หลายข้อ)
- 2.1 คำแนะนำจาก อสม./เจ้าหน้าที่
- 2.2 แผ่นพับ/โปสเตอร์
- 2.3 วารสาร/นิตยสาร
- 2.4 หนังสือพิมพ์/ทีวี
- 2.5 อื่น ๆ โปรดระบุ.....

ส่วนที่ 2 ความฉลาดทางสุขภาพขั้นพื้นฐาน สำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ความรู้ และความเข้าใจเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง ที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

คำถาม	ถูก	ผิด
1. โรคความดันโลหิตสูงคือโรคติดต่อ		
2. คนที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงมีโอกาสป่วยเป็นโรคหัวใจล้มเหลวได้		
3. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทุกรายจะเสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมอง		
4. หากท่านจะลดการบริโภคเกลือสามารถใช้น้ำปลาหรือซอสปรุงรสแทนได้		
5. การออกกำลังกายโดยใช้แรงมาก ๆ เช่น ยกของหนัก แบก หามจะสามารถช่วยลดความดันโลหิตได้		
6. หากความดันโลหิตลดลงสู่ในระดับปกติ ก็สามารถหยุดการกินยาได้		
7. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ไม่จำเป็นต้องงดสูบบุหรี่		
8. ความโกรธ อารมณ์ฉุนเฉียว มีส่วนทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น		
9. หากผู้ป่วยมีอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อสามารถซื้อยามากินเองได้		
10. สมุนไพรช่วยรักษาโรคความดันโลหิตสูงให้หายขาดได้		

ส่วนที่ 3 ความฉลาดทางสุขภาพขั้นมีปฏิสัมพันธ์ สำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุดเพียงข้อเดียว

คำถาม	ทุก ครั้ง	บ่อย ๆ ครั้ง	บาง ครั้ง	นาน ๆ ครั้ง	ไม่มี เลย
1. บ่อยเพียงใดใน 1 สัปดาห์ที่ท่านซื้ออาหารสำเร็จรูปมารับประทาน					
2. บ่อยเพียงใดที่ท่านจัดการความเครียดได้ด้วยการฝึกปฏิบัติสมาธิหรือกิจกรรมคลายเครียดอื่น ๆ					
3. บ่อยเพียงใดที่ท่านสามารถปฏิเสธการเชื่อเชิญให้ดื่มสุราจากคนอื่นได้					
4. บ่อยเพียงใดที่ท่านสามารถปฏิเสธการเชื่อเชิญให้สูบบุหรี่จากคนอื่นได้					
5. บ่อยเพียงใดใน 1 สัปดาห์ที่ท่านอ่านฉลากยาและรับประทานยาด้วยตนเอง					
6. บ่อยเพียงใดใน 1 สัปดาห์ที่ท่านไม่มั่นใจในการจัดยารับประทานเองที่บ้าน					
7. บ่อยเพียงใดใน 1 สัปดาห์ที่ท่านต้องมีคนช่วยจัดยารับประทาน					
8. บ่อยเพียงใดในรอบ 6 เดือนที่ท่านไปพบหมอดตามนัด					
9. บ่อยเพียงใดในรอบ 6 เดือนที่ท่านเลือกซื้อยาสมุนไพรรักษาอาการต่าง ๆ จากสื่อโฆษณาต่าง ๆ หรือรถเร่ขายยา					

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการควบคุมโรคของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

คำชี้แจง แบบสอบถามชุดนี้เป็นการประเมินด้านการปฏิบัติตัวในการดำเนินชีวิตประจำวันของท่านเกี่ยวกับการรักษาหรือควบคุมโรคความดันโลหิตสูง ในแบบสอบถามจะมีข้อคำถาม ข้อ ประกอบด้วยการปฏิบัติ 5 ด้าน โดยให้ท่านอ่านหรือฟังคำถามแล้ว กรุณาตอบตรงความเป็นจริงมากที่สุด โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่องขวามือ โดยเลือกคำตอบเพียงคำตอบเดียว

ลำดับ	ข้อคำถาม	ปฏิบัติเป็นประจำ	ปฏิบัติบ่อยครั้ง	ปฏิบัติบางครั้ง	ไม่เคยปฏิบัติ
พฤติกรรมกรรมการควบคุมอาหาร					
1	ท่านหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีให้พลังงานสูง เช่น ไข่น้ำแข็ง เครื่องในสัตว์ ปลาหมึก กุ้ง ขาหมู				
2	ท่านหลีกเลี่ยงการเติมน้ำปลา ซีอิ๊ว ในอาหารที่ปรุงสำเร็จ				
3	ท่านหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารทอด เช่น แครบหมู หมูทอด ไก่ทอด				
4	ท่านหลีกเลี่ยงการดื่มชา กาแฟ เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์หรือเครื่องดื่มชูกำลัง เช่น กระทิงแดง				
5	ท่านรับประทานผลไม้ตามฤดูกาลทุกวัน				
พฤติกรรมกรรมการออกกำลังกาย					
6	ท่านออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3-5 ครั้ง ช่วงเวลาละ 30 นาที เช่น เดินเร็ว ขี่จักรยาน				
7	ท่านใช้เวลาในการทำกิจกรรมการเคลื่อนไหวติดต่อกัน 30-40 นาที ต่อครั้ง อย่างน้อย 5 ครั้ง ต่อสัปดาห์ เช่น กวาดบ้าน ซักผ้า				
8	ท่านเริ่มออกกำลังกายเบา ๆ ก่อน แล้วค่อย ๆ เพิ่มขึ้น				

ลำดับ	ข้อความ	ปฏิบัติเป็นประจำ	ปฏิบัติบ่อยครั้ง	ปฏิบัติบางครั้ง	ไม่เคยปฏิบัติ
9	ท่านหลีกเลี่ยงการเกร็งกล้ามเนื้อ และการใช้แรงมาก ๆ เช่น การยกของหนัก				
10	ขณะการออกกำลังกาย ท่านสังเกตอาการผิดปกติ เช่น หน้ามืด เป็นลม เจ็บหน้าอก หากมีอาการผิดปกติท่านหยุดออกกำลังกาย				
พฤติกรรมมารับประทานยา					
11	ท่านรับประทานยาตรงเวลา สม่ำเสมอ เช่น ก่อนอาหาร 30 นาที				
12	ท่านรับประทานยาตามขนาดที่แพทย์สั่ง				
พฤติกรรมจัดการกับความเครียด					
13	เมื่อท่านมีปัญหา ท่านเล่าให้บุคคลอื่นฟัง เช่น ครอบครัว เพื่อนบ้าน				
14	เมื่อขัดแย้งกับผู้อื่น ใช้วิธีประนีประนอม ยอมรับสิ่งต่าง ๆ ในชีวิต				
พฤติกรรมมาตรวจตามนัด					
15	ท่านมารับการตรวจรักษาตามนัด				
16	ท่านมาตรวจเฉพาะเมื่อควบคุมความดันโลหิตหมด				
17	ท่านมาตรวจก่อนวันนัดเมื่อมีอาการผิดปกติ เช่น ปวดหรือเวียนศีรษะ				
18	ท่านให้บุคคลอื่นรับยาแทนท่าน เมื่อถึงวันนัด				



ประวัติผู้ศึกษาค้นคว้า

ประวัติผู้ศึกษาค้นคว้า

ชื่อ นามสกุล	รพีพงษ์ สิทธิชนแก้ว
วัน เดือน ปี เกิด	21 มิถุนายน 2529
ที่อยู่ปัจจุบัน	193 หมู่ 14 ตำบลทุ่งก่อ อำเภอเวียงเชียงรุ้ง จังหวัดเชียงราย
ที่ทำงานปัจจุบัน	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเวียงแก่น จังหวัดเชียงราย
ตำแหน่งหน้าที่ปัจจุบัน	เจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญงาน
ประสบการณ์การทำงาน	
พ.ศ. 2557-ปัจจุบัน	เจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญงาน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเวียงแก่น จังหวัดเชียงราย
พ.ศ. 2556	เจ้าพนักงานสาธารณสุขปฏิบัติงาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านห้วยลึก จังหวัดเชียงราย
พ.ศ. 2554	เจ้าพนักงานสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เชียงราย จังหวัดเชียงราย
พ.ศ. 2551	เจ้าพนักงานสาธารณสุข สถานีอนามัยบ้านปางปอ จังหวัดเชียงราย
พ.ศ. 2550	เจ้าพนักงานสาธารณสุข สถานีอนามัยตำบลท่าข้าม จังหวัดเชียงราย
ประวัติการศึกษา	
พ.ศ. 2552	ปบ. สาธารณสุขศาสตร์ (สาธารณสุขชุมชน), วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธรจังหวัดพิษณุโลก, จังหวัดพิษณุโลก
พ.ศ. 2552	ส.บ. (สาธารณสุขศาสตร์), มหาวิทยาลัยนเรศวร, จังหวัดพิษณุโลก

ประวัติผู้ศึกษาค้นคว้า (ต่อ)

ผลงานตีพิมพ์

ที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้าด้วยตนเอง

รพีพงษ์ ลิทธิชันแก้ว (ผู้บรรยาย). (11 มิถุนายน 2559). ความฉลาดทางสุขภาพ
ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มชาวเขาเผ่าม้ง อำเภอเวียงแก่น
จังหวัดเชียงราย. ใน **รายงานสืบเนื่องจากการประชุมทางวิชาการ
บัณฑิตศึกษา ครั้งที่ 2** (หน้า 41-49). พะเยา: กองบริหารงานวิจัย
และประกันคุณภาพการศึกษา มหาวิทยาลัยพะเยา.

ผลงานตีพิมพ์อื่น ๆ -

