ความสัมพันธ์ของการจัดการความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการจัดการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังในจังหวัดปทุมธานี

วลัยนารี พรมลา* ปร.ด. (การบริหารการพยาบาล)
กัญณภัทร สนสกุล** ปร.ด. (รัฐประศาสนศาสตร์)
สิริกาญจน์ กระจ่างโพธิ์* ปร.ด. (การวิจัยและพัฒนาหลักสูตร)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการจัดการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และความสัมพันธ์ของการจัดการความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการจัดการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังในจังหวัดปทุมธานี กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรัง คือ โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ในจังหวัดปทุมธานี จำนวน 196 คน เก็บข้อมูลเดือนพฤศจิกายน ถึง ธันวาคม 2565 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย (1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล (2) แบบสอบถามการจัดการความรอบรู้ด้านสุขภาพ และ (3) แบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ค่าดัชนีความสอดคล้อง มีค่าอยู่ระหว่าง 0.80 ถึง 1.00 ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาคของแบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และแบบสอบถามการจัดการความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีค่าเท่ากับ 0.80 และ 0.86 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติสัมประสิทธ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการวิจัย พบว่า ผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีระดับพฤติกรรมการจัดการดูแลสุขภาพตนเองโดยรวมอยู่ในระดับมาก (M 3.99, SD 0.61) และการจัดการความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการจัดการจัดการสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ในระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r .207, p < .01) ดังนั้น การส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีการจัดการความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ถูกต้องจะส่งผลทำให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีพฤติกรรมการจัดการดูแลสุขภาพตนเองที่ดี

คำสำคัญ: การจัดการความรอบรู้ด้านสุขภาพ, พฤติกรรมการจัดการดูแลสุขภาพตนเอง, ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

* อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยปทุมธานี E-mail: walainaree@ptu.ac.th

** พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลปทุมธานี

Relation of health literacy management on self- care management behavior of chronic disease patients in Pathum Thani Province

Walainaree Pommala* Ph.D (Nursing management)
Kannaphat Sonsakul** Ph.D (Public administration)
Sirikan Krajangpho* Ph.D (Curriculum research and development)

Abstract

This descriptive research aimed to study self- care management behavior of chronic disease patients and the relationship between health literacy management and self-care management behavior of chronic disease patients, in Pathumthani Province. The sample consisted of 196 chronic disease patients, in particular diabetes and hypertension. Data were collected during November to December 2022. The research instrument consisted of (1) personal information record form, (2) health literacy management questionnaire, and (3) a questionnaire on self- care management behavior of chronic disease patients. The content validity was tested by 5 experts, yielding congruence indexes of 0.80 - 1.00. The Cronbach's alpha coefficient of health literacy management questionnaire and a questionnaire on self- care management behavior of chronic disease patients were .80 and .86, respectively. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, and Person's Product Moment Correlation coefficient.

The study results showed that patients with chronic diseases had a high level of overall self-care management behavior (M 3.99, SD 0.61). Health literacy management had a low significant positive relationship with self-management behavior of chronic diseases patients ($r = .207$, $p < .01$). Therefore, promoting and supporting the patients with chronic diseases to have accurate health literacy, thereby results in good self-management behavior of chronic disease patients.

Keywords: health literacy management, self-care behaviors, chronic disease patients

* Instructor, Faculty of Nursing, Pathumthani University E-mail: walainaree@ptu.ac.th

** Pathumthani Hospital

บทนำ

โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-communicable diseases- NCDs) เป็นสาเหตุการเสียชีวิตของประชากรทั่วโลกถึงปีละ 38 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 68 ของการเสียชีวิตทั้งหมด ข้อมูลจากองค์การอนามัยโลกระบุว่า ตลอดช่วงเวลา 10 ปีที่ผ่านมา กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) เป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่งของคนไทย โดยเป็นโรค NCDs ถึง 14 ล้านคน เสียชีวิตปีละกว่า 300,000 คน และคาดว่ามีแนวโน้มที่จะเพิ่มมากขึ้นในทุกๆ ปี ซึ่งส่วนใหญ่เสียชีวิตก่อนอายุ 70 ปี สะท้อนภาพการสูญเสียจากการตายก่อนวัยอันควร[1] โรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่พบในประเทศไทย ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจขาดเลือด โรคทางเดินหายใจอุดกั้น โรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน ซึ่งโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโรคหนึ่งที่เป็นปัญหาทางสาธารณสุขอยู่ในปัจจุบัน

โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีสาเหตุจากความผิดปกติของการแข็งตัวของผนังหลอดเลือด ซึ่งมีอายุเพิ่มมากขึ้นและเกิดการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย เป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลก เนื่องจากเป็นปัจจัยเสี่ยงหลักของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดทางสมอง โรคไต และโรคอื่น[2] และโรคเบาหวานเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีสาเหตุมาจากความผิดปกติทางเมตะบอลิซึม เป็นผลมาจากความบกพร่องในการหลั่งอินซูลิน และหรือการออกฤทธิ์ของอินซูลินทำให้มีระดับน้ำตาลในเลือดสูง[3] ซึ่งเพิ่มขึ้นตามอายุ โดยเฉพาะในผู้สูงอายุที่ความรุนแรงของโรคจะมากกว่าในวัยอื่น สำหรับประเทศไทยมีข้อมูลว่าขณะนี้โรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิตร้อยละ 75 ของการเสียชีวิตทั้งหมด หรือประมาณ 320,000 คนต่อปีโดย ในทุก 1 ชั่วโมงจะมีผู้เสียชีวิต 37 ราย ทั้งนี้โรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่พบมากที่สุด คือ โรคหลอดเลือดสมอง รองลงมา คือ โรคหัวใจขาดเลือด โรคทางเดินหายใจอุดกั้น เบาหวาน และความดันโลหิตสูง ตามลำดับ[4] นอกจากนี้ข้อมูลสถิติของประชากรในจังหวัดปทุมธานีในปี พ.ศ.2565 ที่ป่วยเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมากที่สุด คือ โรคความดันโลหิตสูง 48,250 ราย และโรคเบาหวาน 45,601 ราย และจากข้อมูลย้อนหลัง 5 ปี (พ.ศ.2561-2565) พบว่าผู้ป่วยเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นเฉลี่ย 2,687 คนต่อปี คิดเป็นร้อยละ 7.01 และพบว่าผู้ป่วยสามารถควบคุมน้ำตาลได้ดีคิดเป็นร้อยละ 31.18, 33.40, 32.22, 27.47 และ 27.33 ตามลำดับ และเกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันในผู้ป่วยเบาหวานคิดเป็นร้อยละ 2.81, 2.51, 2.08, 2.13 และ 1.66[5] จากข้อมูลชี้ให้เห็นว่าในโรคไม่ติดต่อเรื้อรังทั้งสองโรคในประเทศไทยมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น จึงต้องให้ความสำคัญในการดูแลเป็นอย่างมาก หากผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมีพฤติกรรมดูแลตนเองไม่เหมาะสม อาจส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน เช่น ภาวะแทรกซ้อนทางไต ภาวะแทรกซ้อนทางระบบประสาท และแผลที่เท้า เป็นต้น ภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง เช่น โรคไตวายเรื้อรัง ภาวะแทรกซ้อนจากโรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจและหลอดเลือด เป็นต้น[6]

โรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นโรคที่รักษาไม่หาย ดังนั้นเป้าหมายของการดูแลโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน คือ การควบคุมการรักษาด้วยยาและหรือการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเอง ดังนั้นผู้ป่วย

โรคไม่ติดต่อเรื้อรังควรได้รับการดูแลเพื่อป้องกันผลกระทบต่างๆ ที่จะเกิดขึ้น และมีพฤติกรรมการจัดการดูแลสุขภาพตนเอง (self-care management behavior) เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน ประกอบด้วย การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยา และการมาตรวจตามนัด[7]

การจัดการความรอบรู้ด้านสุขภาพ (health literacy management) เป็นแนวคิดที่พัฒนาจากความรอบรู้ด้านสุขภาพของ Nutbeam[8]ประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ ความรู้ ความเข้าใจ ทักษะการสื่อสาร ทักษะการตัดสินใจ การรู้เท่าทันสื่อ และทักษะการจัดการตนเอง ซึ่ง Jordan และคณะ[9] ได้นำมาพัฒนาต่อยอดสร้างเครื่องมือวัดการจัดการความรอบรู้ด้านสุขภาพ ประกอบด้วย 8 ด้าน ได้แก่ ทัศนคติต่อสุขภาพ ความเข้าใจข้อมูลสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม การเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ การพิจารณาทางเศรษฐกิจสังคม การสื่อสารกับบุคลากรทางการแพทย์ การเข้าถึงสุขภาพเชิงรุก และการใช้ข้อมูลทางด้านสุขภาพ ซึ่งการจัดการความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นพื้นฐานที่สำคัญต่อพฤติกรรมการจัดการดูแลสุขภาพตนเอง[7,10]

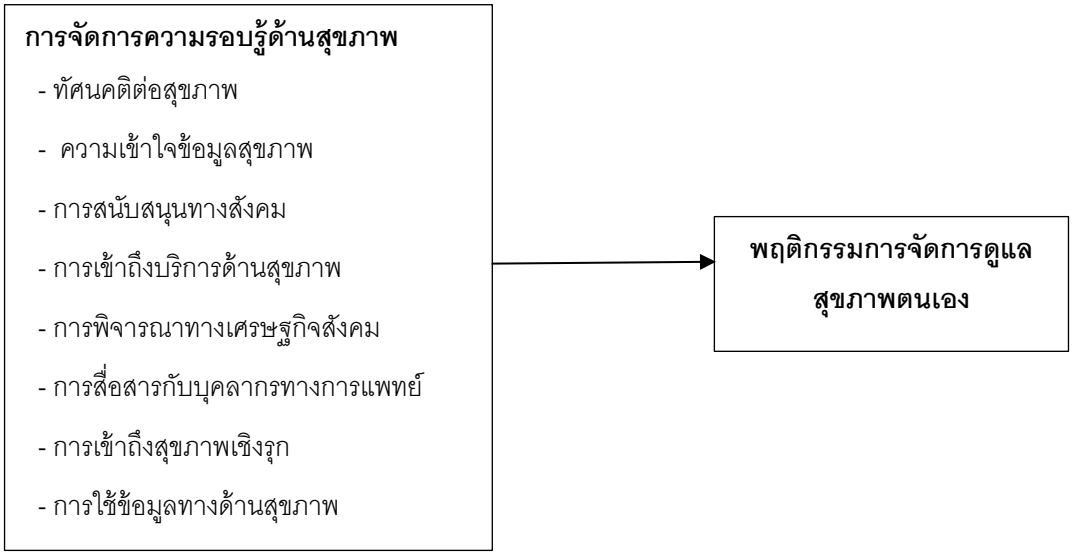
จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา ยังไม่พบการศึกษาการจัดการความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ถือได้ว่าเป็นประเด็นที่ท้าทายสำหรับพยาบาลในการส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาพฤติกรรมการจัดการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และความสัมพันธ์ของการจัดการความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการจัดการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังในจังหวัดปทุมธานี เพื่อนำไปใช้ในการวางแผนการดูแลและส่งเสริมผู้ป่วยโรคเรื้อรังให้สามารถมีพฤติกรรมการจัดการดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย เพื่อศึกษา

1. พฤติกรรมการจัดการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
2. ความสัมพันธ์ของการจัดการความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการจัดการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยใช้แนวคิดการจัดการความรอบรู้ด้านสุขภาพ ของ Jordan และคณะ[9] ประกอบด้วย 7 องค์ประกอบ คือ ทัศนคติต่อสุขภาพ ความเข้าใจข้อมูลสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม การเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ การพิจารณาทางเศรษฐกิจสังคม การสื่อสารกับบุคลากรทางการแพทย์ การเข้าถึงสุขภาพเชิงรุก การใช้ข้อมูลทางด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการจัดการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ของ Riegel และคณะ [7, 10] เป็นกรอบในการศึกษา ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (descriptive research) เพื่อศึกษา พฤติกรรมการจัดการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และความสัมพันธ์ของการจัดการความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการจัดการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ในจังหวัดปทุมธานี มีรายละเอียดดังนี้

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เป็นเบาหวานและความดันโลหิตสูงในจังหวัดปทุมธานี 32,454 คน[5]

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เป็นเบาหวาน และความดันโลหิตสูง ในจังหวัดปทุมธานี กำหนดการทดสอบสมมติฐานแบบสองทาง (two-tailed test) กำหนดขนาดอิทธิพล 0.20 ค่าความคลาดเคลื่อน 0.05 และอำนาจทดสอบ 0.80 ทำการคำนวณหาขนาดตัวอย่างโดยใช้การคำนวณด้วยโปรแกรม G* power 3.1.9.2 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 191 คน และได้เพิ่มจำนวนป้องกันการสูญหายของข้อมูลร้อยละ 20[11] (Dropout rate) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 229 คน กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามกลับมาครบถ้วน 196 คน คิดเป็นร้อยละ 85.59 โดยกำหนดเกณฑ์ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป และยินดีในการเข้าร่วมวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลของประชาชนทั่วไป ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ และระยะเวลาที่เป็นโรคเรื้อรัง

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการจัดการความรอบรู้ด้านสุขภาพ ผู้วิจัยพัฒนาจากเครื่องมือของ Jordan และคณะ[9] ประกอบด้วย 7 องค์ประกอบ ได้แก่ ทัศนคติต่อสุขภาพ ความเข้าใจข้อมูลสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม การเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ การพิจารณาทางเศรษฐกิจสังคม การสื่อสารกับบุคลากรทางการแพทย์ การเข้าถึงสุขภาพเชิงรุก การใช้ข้อมูลทางด้านสุขภาพ เป็นข้อคำถามเชิงบวก 30 ข้อ ลักษณะเป็นมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ (Rating scale) โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนน คือ สำคัญมากที่สุด (5) จนถึง สำคัญน้อยที่สุด (1)

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้วิจัยพัฒนาจากเครื่องมือของ Riegel และคณะ[7] ข้อคำถามเชิงบวก 7 ข้อ ลักษณะเป็นมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ (Rating scale) ตั้งแต่สำคัญมากที่สุด จนถึง สำคัญน้อยที่สุด เกณฑ์การแปลค่าระดับคะแนนเฉลี่ยของแบบสอบถามที่มีลักษณะคำถามให้ตอบเลือกได้ 5 ระดับ ตั้งแต่สำคัญมากที่สุด (5) จนถึง สำคัญน้อยที่สุด (1)

กำหนดเกณฑ์การแปลค่าระดับคะแนนเฉลี่ยของการจัดการความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการจัดการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ออกเป็น 5 ระดับ[12] คือ (1) ช่วงคะแนนเฉลี่ย 4.21-5.00 หมายถึง มีการจัดการความรู้ด้านสุขภาพในระดับมากที่สุด (2) ช่วงคะแนนเฉลี่ย 3.41-4.20 หมายถึง มีการจัดการความรู้ด้านสุขภาพในระดับมาก (3) ช่วงคะแนนเฉลี่ย 2.31-3.40 หมายถึงมีการจัดการความรู้ด้านสุขภาพในระดับปานกลาง (4) ช่วงคะแนนเฉลี่ย 1.81-2.60 หมายถึง มีการจัดการความรู้ด้านสุขภาพในระดับน้อย และ (5) ช่วงคะแนนเฉลี่ย 1.00-1.80 หมายถึง มีการจัดการความรู้ด้านสุขภาพในระดับน้อยมาก

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาของแบบสอบถามการจัดการความรอบรู้ด้านสุขภาพ และแบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน คำนวณหาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Item Objective Congruence Index: IOC) โดยแบบสอบถามการจัดการความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีค่าอยู่ระหว่าง 0.80 ถึง 1.00 และแบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง มีค่าเท่ากับ 1.00

ตรวจสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถามการจัดการความรอบรู้ด้านสุขภาพ และแบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ที่คล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง 30 ราย ใช้สูตรหาสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาค (Cronbach's Coefficient Alpha) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามการจัดการความรอบรู้ด้านสุขภาพ 0.88 และค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง 0.90

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้นำเสนอโครงร่างงานวิจัยพร้อมเครื่องมือวิจัยเสนอต่อคณะกรรมการวิจัยของมหาวิทยาลัยปทุมธานี เลขที่ 014/2565 ลงวันที่ 07/10/2565 และเมื่อได้รับการพิจารณาตรวจสอบเรียบร้อยแล้ว จึงได้ดำเนินการขออนุญาต ไปยังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพในเขตพื้นที่รับผิดชอบของคณะพยาบาลศาสตร์ ในจังหวัดปทุมธานี เมื่อได้รับการอนุมัติจึงดำเนินการวิจัยโดยผู้วิจัยได้ตระหนักถึงความเคารพในความเป็นบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ และความเสี่ยงใดบ้างที่จะได้รับจากการวิจัยครั้งนี้ ข้อมูลต่างๆ ที่ได้ในการวิจัย มีเฉพาะผู้วิจัยทราบ และข้อมูลที่ได้ในการวิจัยทุกอย่างจะใช้ประโยชน์ทางวิชาการและเสนอในภาพรวมเท่านั้น ในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างปฏิเสธไม่เข้าร่วมการวิจัย หรือถอนตัวจากการวิจัยในภายหลัง ไม่ว่าด้วยเหตุผลใดก็ตามผลจากการปฏิเสธจะไม่ส่งผลกระทบต่อกลุ่มตัวอย่าง เมื่อกลุ่มตัวอย่างตัดสินใจ แล้วให้เซ็นยินยอมในใบพิทักษ์สิทธิเก็บไว้เป็นหลักฐาน และทำลายทันทีเมื่อสิ้นสุดการดำเนินการวิจัย

วิธีเก็บรวมรวบข้อมูล

ผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเองและผู้ช่วยวิจัย 3 คน ในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยทำหนังสือที่ผ่านการอนุมัติ จากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยปทุมธานี ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาล เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย แนะนำตัวเองกับกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และขอความร่วมมือในการทำวิจัยโดยให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และเริ่มดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยแบบสอบถาม ใช้เวลาประมาณ 20-30 นาที หรือจนกว่าจะได้รับข้อมูลครบตรงตามจำนวนข้อคำถามในการตอบแบบสอบถาม ถ้าพบว่าคำตอบใดไม่สมบูรณ์ ผู้วิจัยขอให้กลุ่มตัวอย่างตอบเพิ่มเติมจนครบสมบูรณ์ ถูกต้อง ก่อนนำไปวิเคราะห์ทางสถิติต่อไป ดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่างเดือนพฤศจิกายน ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2565

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป โดยใช้สถิติดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ (frequency) ร้อยละ (percent) ค่าเฉลี่ย (mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation)

2. ข้อมูลการจัดการความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการจัดการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย (mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation)

3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของการจัดการความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการจัดการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง วิเคราะห์โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ผู้ป่วยโรคเรื้อรังส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 121 คน (ร้อยละ 61.73) อายุเฉลี่ย 62.94 ปี (*SD* = 10.88) ส่วนใหญ่มีสถานภาพคู่ 126 คน (ร้อยละ 64.28) ระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ระดับมัธยมศึกษา 90 คน (ร้อยละ 45.92) รองลงมา คือ ระดับประถมศึกษา 81 คน (ร้อยละ 41.33) ตามลำดับ ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพค้าขายหรือธุรกิจส่วนตัว 60 คน (ร้อยละ 30.61) รองลงมาคือรับจ้างทั่วไป 53 คน (ร้อยละ 27.04) ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 5,001 – 10,000 บาท 105 คน (ร้อยละ 53.57) และระยะเวลาที่เป็นโรคเรื้อรังเฉลี่ย 7.80 ปี (*SD* = 4.59)

2. ผลการวิเคราะห์พฤติกรรมการจัดการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

จากการวิเคราะห์ข้อมูลระดับพฤติกรรมการจัดการดูแลสุขภาพตนเอง พบว่า ผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีระดับพฤติกรรมการจัดการดูแลสุขภาพตนเองโดยรวมอยู่ในระดับมาก (*M* = 3.99, *SD* = 0.61) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการวิเคราะห์พฤติกรรมการจัดการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (n=196)

ตัวแปร	จำนวนข้อ	*M*	*SD*	แปลผล
พฤติกรรมการจัดการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง	7	3.99	0.61	มาก

หมายเหตุ คะแนนเต็ม เท่ากับ 5.00

3. ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของการจัดการความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการจัดการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังในจังหวัดปทุมธานี

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของการจัดการความรอบรู้ด้านสุขภาพ พบว่า การจัดการความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการจัดการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังอยู่ในระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (r = .207) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการจัดการความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการจัดการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

ตัวแปร	พฤติกรรมการจัดการการดูแลตนเอง
การจัดการความรอบรู้ด้านสุขภาพ	.207*

* $p<.01$

การอภิปรายผล

ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. การศึกษาพฤติกรรมการจัดการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

ผลการวิจัย พบว่า ผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีระดับพฤติกรรมการจัดการดูแลสุขภาพตนเองโดยรวมอยู่ในระดับมาก (M = 3.99, SD = 0.61) เนื่องจากปัจจุบันผู้ป่วยมีความสนใจและใส่ใจกับสุขภาพมากขึ้นทำให้มีพฤติกรรมการจัดการดูแลสุขภาพตนเองอยู่ในระดับมาก สอดคล้องกับการศึกษาของ Riegel และคณะ[7] ที่กล่าวว่าพฤติกรรมการจัดการดูแลสุขภาพตนเอง เป็นการตอบสนองต่ออาการและอาการแสดงเมื่อพบการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณเตือนหรือภาวะแทรกซ้อนของโรคเรื้อรังที่เกิดขึ้น[9] จึงมีการจัดการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้น ซึ่งพฤติกรรมการดูแลตนเองมากกว่าร้อยละ 99 เป็นวิธีการหลักในการดูแลอาการเจ็บป่วยเรื้อรังในแต่ละวันโดยบุคคลที่ป่วยและผู้ดูแลในครอบครัว นอกจากนี้สามารถทำได้โดยปรึกษากับผู้ให้บริการด้านสุขภาพ[13] นอกจากนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Sirikan[14] พบว่า พฤติกรรมการจัดการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ต้องมีการวางแผนการจัดการดูแลสุขภาพในการดูแลตนเองทั้งด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียดรวมถึงต้องมีการประเมินความสามารถของตนเองในการบ่งชี้สถานะสุขภาพเกี่ยวกับอาการที่เป็นอยู่ว่าอาการคงที่ อาการดีขึ้นหรืออาการแย่ลง รวมทั้งผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ระดับมัธยมศึกษา จำนวน 90

คน (ร้อยละ 45.92)และระยะเวลาที่เป็นโรคเรื้อรังนานเฉลี่ยเท่ากับ 7.80 ปี (*SD* = 4.59) ซึ่งอาจได้รับความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเอง จึงส่งผลให้มีพฤติกรรมการจัดการดูแลสุขภาพตนเองในระดับมาก

2. การศึกษาความสัมพันธ์ของการจัดการความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการจัดการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

ผลการวิจัย พบว่า การจัดการความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการจัดการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังในระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (r = .207) เนื่องจากการจัดการความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นพื้นฐานที่สำคัญต่อการส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการดูแลสุขภาพ[7,10] จึงส่งผลให้ทั้งสองด้านมีความสัมพันธ์กัน ซึ่งการจัดการความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นองค์ประกอบหนึ่งของความรอบรู้ด้านสุขภาพ จึงสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาซึ่งพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพก็มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในระดับต่ำ (r = .37)[15] ซึ่งพฤติกรรมการจัดการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้ป่วยจะต้องรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ ปรับเปลี่ยนกิจกรรมต่างๆ เช่น การรับประทานอาหาร การไปพบแพทย์ เป็นต้น จึงจำเป็นต้องการจัดการความรอบรู้ด้านสุขภาพอันจะจะส่งผลต่อความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง นำไปสู่การเกิดผลลัพธ์ด้านสุขภาพตามที่วางเป้าหมายไว้[16]

สรุปและข้อเสนอแนะ

1. พยาบาลและบุคลากรในทีมสุขภาพสามารถนำผลการวิจัยครั้งนี้ไปเป็นข้อมูลในการพัฒนารูปแบบการพยาบาลที่ส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และการจัดการความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองที่ดีขึ้น

2. ควรศึกษาปัจจัยอื่นที่อาจมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น ภาวะสุขภาพ, ระยะเวลาการเป็นโรค เป็นต้น

References

1. Piyarut Choomee, Jiraporn Udomkitpipat. Knowledge of Chronic Diseases and Competencies in Providing Services Regarding Chronic Diseases in the Community of Village Health Volunteers in Sura Thani Province. Journal of Legal Entity Management and Local Innovation. 2021;7(4):277-93. Thai
2. World Health Organization. Hypertension. [internet]. [cited 2021 August 25]. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hypertension.
3. American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes--2016. Diabetes Care. 2016;39(Suppl1): S13-S22.
4. Divisions of Non Communication Disease, Ministry of Public Health. Non communication disease data. [internet]. [cited 2021 August 25]. Available from http://www.thaincd.com/2016/ mission/ documents detail.php?id=13653&tid=32&gid=1-020. Thai.

5. Pathum Thani Provincial Public Health Office. Data from health data center, Pathum Thani; 2022. Thai
6. Thai Hypertension Society. Thai guidelines on the treatment of hypertension. Chiang Mai: trick-think; 2019. Thai.
7. Riegel B, Barbaranelli C, Sethares KA, Daus M, Moser DK, Miller JL, et al. Development and initial testing of the self- care of chronic illness inventory. J Adv Nurs 2018;74(10):2465- 76.
8. Nutbeam D. The evolving concept of health literacy. Soc Sci Med 2008; 67:2072–8.
9. Jordan EJ, Buchbinder R, Briggs MA, Elsworth RG, Busija L, Batterham R, et al. The health literacy management scale (HeLMS): A measure of an individual's capacity to seek, understand and use health information within the healthcare setting. Patient Education and Counseling 2013;91(2):228-35.
10. Riegel B, Lee CS, Dickson VV, Carlson B. An update on the self-care of heart failure index. Journal of Cardiovascular Nursing. 2009;24(6):485–97.
11. Gupta K, Attri JP, Singh A, Kaur H, Kaur G. Basic concepts for sample size calculation: Critical step for any clinical trials!. Saudi J Anaesth. 2016;10(3):328-31.
12. Best JW. Research in Education. New Jersy: Prentice Hall Inc; 2017.
13. Riegel B, Jaarsma T, Stromberg A. A middle-range theory of self-care of chronic illness. In M. J. Smith & P. Liehr (Eds.), Middle Range Theory for Nursing (pp. 341–353). New York, NY: Springer PublishingCompany; 2017.
14. Sirikan Krajangpho. Confirmatory factor analysis of self-management for chronic disease patients at Pathum Thani Province. Royal Thai Navy Medical Journal. 2023;50(2):378 -88. Thai
15. Amanee Daemayu, Sirirat Panuthai, Juntasopeepun P. Correlation between health literacy and self-management amongst older Thai muslims with hypertension. Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council Vol. 2020;35(3):88-107. Thai
16. Farley H. Promoting self-efficacy in patients with chronic disease beyond traditional education: a literature review. Nursing Open. 2020;7:30- 41.