

ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับการจัดการตนเอง ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในจังหวัดจันทบุรี

ณัฐฐา ดวงตา พย.ม.^{*1}, เกศสุตา ขาวสร้อย พย.ม.²

ญานิศา ตัญพนม พย.ม.³, กษมา มาตรศรี พย.ม.⁴

จริยา ทรัพย์เรือง ปรต.⁵

^{1,2,3}สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี จังหวัดจันทบุรี

⁴โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านขามเหนือ จังหวัดสุพรรณบุรี

⁵กลุ่มวิชาการพยาบาลชุมชนและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในจังหวัดจันทบุรี กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกโรคทางเดินหายใจของโรงพยาบาลในจังหวัดจันทบุรี จำนวน 360 คน โดยสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ เก็บข้อมูลระหว่างเดือน พฤศจิกายน 2568 ถึง มีนาคม พ.ศ. 2569 เครื่องมือที่ใช้ คือ แบบวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับพื้นฐาน ระดับปฏิสัมพันธ์ และระดับวิจารณ์ญาณ และแบบวัดพฤติกรรมการจัดการตนเอง ประกอบด้วย ด้านการรักษา ด้านบทบาทการดำเนินชีวิต และด้านอารมณ์ที่ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาได้เท่ากับ 1 และ 0.93 และค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์ของครอนบาคได้เท่ากับ 0.81 และ 0.75 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 63.10 ช่วงอายุมากที่สุด 65-74 ปี ร้อยละ 31.95 การศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 79.73 ความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 31.54$, $SD = 11.37$) การจัดการตนเองโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 3.98$, $SD = 0.72$) ความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการจัดการตนเองในระดับปานกลาง ($r = 0.314$, $p < 0.01$) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าความรอบรู้ด้านระดับพื้นฐานและระดับวิจารณ์ญาณมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการจัดการตนเองในระดับสูง ($r = 0.800$ และ $r = 0.801$, $p < 0.01$) ส่วนความรู้รอบด้านระดับปฏิสัมพันธ์มีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง ($r = 0.667$, $p < 0.01$)

จากผลการวิจัยบุคลากรด้านสุขภาพควรพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างความรู้พื้นฐาน ทักษะการคิดวิเคราะห์ และทักษะการสื่อสาร เพื่อให้ผู้ป่วยตัดสินใจนำมาปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งจะช่วยควบคุมการกำเริบของโรค ลดความรุนแรงของอาการ และนำไปสู่คุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นอย่างยั่งยืน

คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, การจัดการตนเอง, โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

The Relationship between Health Literacy and Self-Management among Chronic Obstructive Pulmonary Disease Patients in Chanthaburi Province

Nattha Doungta M.N.S.^{*1}, Ketsuda Khawsroi M.N.S.²

Yanisa Tuiphanom M.N.S.³, Kasama Matsree M.N.S.⁴

Jariya Surpruang Ph.D.⁵

^{1,2,3}Adult and Geriatric Nursing, Faculty of Nursing,

Ramphaiphanni Rajabhat University, Chanthaburi Province, Thailand

⁴Ban Kham Nuea Subdistrict Health Promotion Hospital, Suphanburi Province Thailand

⁵Community and Psychiatric Nursing, Faculty of Nursing,

Huachiew Chalermprakiet University, Samut Prakan Province, Thailand

ABSTRACT

Chronic obstructive pulmonary disease (COPD) is a growing public health problem in Chanthaburi Province. This study aimed to investigate the relationship between health literacy and self-management among COPD patients in Chanthaburi Province, following the GOLD 2024 guidelines. A descriptive correlational research was conducted on 360 COPD patients aged 45 years and older who were admitted to the outpatient respiratory departments of hospitals in Chanthaburi Province. Data were collected between 20 November 2025 and 10 March 2026. The instruments included a health literacy interview questionnaire (adapted from the FCCHL) covering three aspects: basic, interactive, and critical, and a self-management questionnaire covering three aspects: treatment, lifestyle roles, and emotions. These instruments underwent content validity (CVI = 0.93) and reliability testing (Cronbach's alpha = 0.80). Data were analyzed using descriptive statistics and Pearson correlation coefficient.

The study found that the majority of the sample were male (63.10%), with an average age of 69.5 years (31.95%), and had a primary education level (79.73%). Overall health literacy was at a moderate level ($\bar{X} = 31.54$, $SD = 11.37$), while overall self-management was at a high level ($\bar{X} = 3.98$, $SD = 0.72$). Overall health literacy had a moderate positive correlation with self-management ($r = 0.314$, $p < 0.01$). When considering individual aspects, basic and critical health literacy had a high positive correlation with self-management ($r = 0.800$ and $r = 0.801$, respectively, $p < 0.01$), while interaction had a moderate correlation ($r = 0.667$, $p < 0.01$).

The study demonstrates that health literacy, especially basic and critical aspects, is a key factor in promoting self-management behaviors among patients. Therefore, healthcare professionals should develop educational programs that focus on enhancing basic knowledge and analytical thinking skills. And communication skills to help patients make effective healthcare decisions, leading to a sustainable improvement in their quality of life.

Key words: Health literacy, Self-management, Chronic obstructive pulmonary disease

*Corresponding Author: Nattha Doungta

บทนำ

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Chronic Obstructive Pulmonary Disease: COPD) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญระดับโลกและเป็นสาเหตุการตายอันดับต้น ๆ ของประชากร ข้อมูลจากองค์การอนามัยโลกพบว่าในปี พ.ศ. 2567 มีผู้ป่วยสะสมทั่วโลกประมาณ 213.4 ล้านราย เสียชีวิตด้วยโรคนี้ประมาณ 3.5 ล้านคนต่อปี และมีแนวโน้มอุบัติการณ์เพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องตามการเพิ่มขึ้นของปัจจัยเสี่ยง โดยเฉพาะการสูบบุหรี่และมลพิษทางอากาศ¹ สำหรับประเทศไทย สถานการณ์ของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีความรุนแรงไม่ต่างจากระดับโลก ข้อมูลจากระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ ในปี 2568 มีจำนวนผู้ป่วยสะสมทั่วประเทศ 504,841 ราย อัตราการตายอยู่ที่ 9,420 ราย คิดเป็นร้อยละ 1.87² ซึ่งข้อมูลดังกล่าวส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและก่อให้เกิดภาระทางเศรษฐกิจและสังคมอย่างมาก เนื่องจากเป็นโรคเรื้อรังที่รักษาไม่หายขาด มีการดำเนินของโรคที่ถดถอยลงเรื่อย ๆ และมักเกิดภาวะแทรกซ้อนหรืออาการหอบกำเริบเฉียบพลันที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำ ๆ จากการศึกษางานวิจัยอย่างเป็นระบบพบอัตราการกลับมารักษาซ้ำภายใน 30 วัน อยู่ที่ร้อยละ 11 และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 17 ภายใน 60 และ 90 วัน ร้อยละ 30 ภายใน 180 วัน สูงถึง ร้อยละ 37 ภายใน 1 ปี ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าหากผู้ป่วยมีการดำเนินของโรคที่แย่ลงจะส่งผลต่อการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำอย่างต่อเนื่องหลังออกจากโรงพยาบาล⁴

จากการสำรวจข้อมูลของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเขตพื้นที่สุขภาพที่ 6 ย้อนหลัง 4 ปี ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2564 ถึง พ.ศ. 2567 พบว่าจังหวัดจันทบุรีเป็นจังหวัดที่มีผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจำนวน 4,490, 4,707, 5,144 และ 5,558 คนตามลำดับ ซึ่งมีอัตราการตายร้อยละ 3.79, 3.68, 3.11 และ 2.93 ตามลำดับ⁵ ซึ่งอาจสัมพันธ์กับโครงสร้างประชากรที่มีสัดส่วนผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นและปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม^{6,7} ปัจจุบันการจัดการโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ตามแนวทางของ Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD 2024) ไม่ได้จำกัดอยู่เพียงการรักษาด้วยยาเท่านั้น แต่ยังให้ความสำคัญอย่างยิ่ง

กับการจัดการตนเอง (Self-management) ของผู้ป่วย⁸ ซึ่งเป็นกระบวนการที่ผู้ป่วยต้องมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพตนเองอย่างกระตือรือร้น ทั้งในด้านการใชยาอย่างถูกต้อง การสังเกตอาการผิดปกติ การหลีกเลี่ยงปัจจัยกระตุ้น และการจัดการด้านอารมณ์และสังคม⁹ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการสนับสนุนการจัดการตนเองที่พบว่าสามารถลดอัตราการนอนโรงพยาบาลและลดระดับความรุนแรงของภาวะหายใจลำบากได้อย่างมีนัยสำคัญ¹⁰

อย่างไรก็ตาม อุปสรรคสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถจัดการตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพคือ “ความรู้ด้านสุขภาพ” (Health Literacy) ซึ่งเป็นทักษะส่วนบุคคลที่ครอบคลุมถึงความสามารถในการเข้าถึง ข้อมูลสุขภาพ ความเข้าใจพื้นฐาน และการนำข้อมูลมาใช้ในการตัดสินใจดูแลสุขภาพตนเอง¹¹ ความรู้ด้านสุขภาพไม่ได้หมายถึงเพียงแค่การอ่านออกเขียนได้เท่านั้น แต่ยังรวมถึงความรู้ในระดับปฏิสัมพันธ์และวิจารณญาณที่ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถสื่อสารกับบุคลากรทางการแพทย์และวิเคราะห์ความน่าเชื่อถือของข้อมูลสุขภาพได้¹² งานวิจัยในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอื่น ๆ เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคข้อเข่าเสื่อม ได้ยืนยันว่าความรู้ด้านสุขภาพเป็นปัจจัยต้นน้ำที่ส่งผลโดยตรงต่อพฤติกรรม การดูแลตนเอง^{13,14,15}

สำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ความรู้ด้านสุขภาพมีความสำคัญอย่างมากในการทำความเข้าใจเทคนิคการพ่นยาที่ซับซ้อน การรับรู้ถึงสัญญาณเตือนของการกำเริบเฉียบพลัน และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมกับระยะของโรค^{16,17} หากผู้ป่วยขาดความรู้ด้านสุขภาพระดับต่ำจะส่งผลให้เกิดความผิดพลาดในการใช้ยา มีการจัดการตนเองในระดับต่ำ และมักมีภาวะวิตกกังวลหรือภาวะซึมเศร้าแทรกซ้อนได้ง่ายกว่าผู้ป่วยที่มีความรู้ด้านสุขภาพระดับสูง¹⁸ แม้ว่าในปัจจุบันจะเริ่มมีการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะหอบกำเริบในหลายพื้นที่ แต่การศึกษาที่มุ่งเน้นความสัมพันธ์เชิงลึกระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองตามแนวทาง GOLD 2024 ในบริบทเฉพาะของจังหวัดจันทบุรียังมีจำนวนน้อย

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ¹⁹ ซึ่งอาจมีข้อจำกัดด้านการรับรู้และการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพที่ถูกต้อง สอดคล้องกับสถิติประชากรสูงอายุของประเทศไทยที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงสำคัญต่อการเกิดโรคเรื้อรัง

ในพื้นที่ยังขาดการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองในกลุ่มผู้ป่วยดังกล่าว เพื่อนำข้อมูลที่นำไปพัฒนาและส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความรู้รอบด้านสุขภาพให้ครอบคลุมในทุกระดับและสามารถจัดการตนเองได้ และสอดคล้องกับมาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เน้นการสร้าง ความเข้มแข็งให้ผู้ป่วยสามารถพึ่งพาตนเองได้ในระยะยาว อันจะนำไปสู่การลดอัตราการกำเริบของโรค ลดอัตราการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและการมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นอย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาระดับความรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในจังหวัดจันทบุรี
2. เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในจังหวัดจันทบุรี
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในจังหวัดจันทบุรี

กรอบแนวคิดในการศึกษา

การวิจัยในครั้งนี้ใช้แนวคิดความรู้ด้านสุขภาพของ นัทปีม¹¹ ได้อธิบายไว้ว่า เมื่อบุคคลได้รับการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพจะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการปฏิบัติด้านสุขภาพของตนเอง และจะนำไปสู่ผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่ดี ความรอบรู้ด้านสุขภาพประกอบด้วย 1) ความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับพื้นฐาน 2) ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับปฏิสัมพันธ์ 3) ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับวิจารณ์ญาณ หากบุคคลมีการส่งเสริมความรู้รอบด้านสุขภาพถึงระดับวิจารณ์ญาณ จะนำไปสู่การมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม และจะสะท้อนให้เห็นถึงการจัดการตนเองได้อย่างมี

ประสิทธิภาพ ซึ่งการจัดการตนเองตามกรอบแนวคิดของ ลอริกและโฮลแมน⁹ แบ่งพฤติกรรมจัดการตนเองในผู้ป่วยในผู้ที่มีปัญหาสุขภาพเรื้อรังเป็น 3 ด้าน คือ 1) การจัดการด้านการรักษา 2) การจัดการด้านบทบาทการดำเนินชีวิต 3) การจัดการด้านอารมณ์ เมื่อผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีความรู้ความเข้าใจ สามารถเข้าถึงข้อมูลการดูแลสุขภาพเกี่ยวกับโรคและการรักษา มีทักษะในการตัดสินใจที่ดี นำไปสู่การมีส่วนร่วมในการรักษาของตนเองและปฏิบัติตัวได้อย่างเหมาะสม ดังนั้นความรู้ด้านสุขภาพ จึงน่าจะมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในจังหวัดจันทบุรี

วิธีการศึกษา

รูปแบบการศึกษา การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ (Descriptive Correlation Research) ระยะเวลาดำเนินการวิจัยระหว่างวันที่ 20 พฤศจิกายน 2568 ถึงวันที่ 10 มีนาคม พ.ศ. 2569

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรคือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และเข้ารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ณ แผนกผู้ป่วยนอกโรคทางเดินหายใจของโรงพยาบาลในจังหวัดจันทบุรี

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria) ดังนี้ 1) เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ตามเกณฑ์ GOLD 2024 2) มีอายุ 45 ปีขึ้นไป 3) สามารถสื่อสาร อ่าน และเขียนภาษาไทยได้ 4) มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ 5) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) ดังนี้ 1) ผู้ป่วยที่มีโรคร่วมทางระบบหายใจอื่น (เช่น วัณโรคหรือมะเร็งปอด) 2) ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะกำเริบเฉียบพลันขณะเก็บข้อมูล 3) โรคทางจิตเวชที่เป็นอุปสรรคต่อการตอบแบบสอบถาม

ขนาดกลุ่มตัวอย่างและการสุ่มตัวอย่าง คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยตาราง คำนวณด้วยสูตรเครซี่และมอร์แกน (Krejcie & Morgan) ยอมรับให้เกิดความคลาดเคลื่อนของการสุ่มตัวอย่างได้ 5% ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% และสัดส่วนของลักษณะที่สนใจใน

ประชากรเท่ากับ 0.5 ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ทั้งหมด 357 คน จากนั้นทำการสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิตามสัดส่วน (Proportional Stratified Random Sampling) ตามขนาดของ สัดส่วนของผู้ป่วยในแต่ละโรงพยาบาล โดยใช้วิธีสุ่มอย่างง่าย ด้วยการจับฉลากแบบไม่คืนที่ และเพิ่มอีกร้อยละ 10 (35 คน) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ทั้งหมด 392 คน เมื่อเก็บข้อมูลเสร็จสิ้นเหลือกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 360 คน drop out จำนวน 32 คน คิดเป็นร้อยละ 8.16 เนื่องจาก ข้อมูลไม่สมบูรณ์

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือในการเก็บ รวบรวมข้อมูลเป็นแบบสัมภาษณ์แบบพบหน้า (Face-to-face Interview) แบ่งเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1: แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ และประวัติการเจ็บป่วย พื้นที่อาศัยที่มีฝุ่นควัน ประวัติการสูบบุหรี่ และระดับความรุนแรงของภาวะ หายใจลำบากตาม MRC Scale ระดับ 0 – 4 ลักษณะ แบบเลือกตอบ

ส่วนที่ 2: แบบวัดความรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วย โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยได้นำแบบสัมภาษณ์ความรู้ ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ของ จริยาน นพเคราะห์ (2563) ซึ่งแปลมาจากแบบสอบถาม ความรู้ด้านสุขภาพ (Functional Communication and Critical Health Literacy Scale; FCCHL) ของอิชิ กาวา, ทากูชิ, และ ยานโนะ (Ishikawa, Takeuchi & Yano, 2008) ซึ่งพัฒนามาจากแนวคิดของนัทเบม (Nutbeem, 2000) โดยเปลี่ยนจากคำว่าตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยโรคเบาหวาน เป็น ตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง แบบวัด มีข้อคำถาม 14 ข้อ (คะแนนเต็ม 56) ประกอบด้วย ข้อคำถามที่เป็นด้านลบ ได้แก่ ความรู้ด้านสุขภาพ พื้นฐาน จำนวน 5 ข้อ ข้อคำถามด้านบวก ได้แก่ ความรู้ ด้านสุขภาพด้านปฏิสัมพันธ์ร่วมกันจำนวน 5 ข้อ และ ความรู้ด้านสุขภาพด้านวิจารณญาณ จำนวน 4 ข้อ ซึ่งลักษณะของการตอบจะเป็นมาตรประมาณค่า (rating scale) ทั้งหมด 4 ระดับ ประกอบด้วย ไม่เคย นาน ๆ ครั้ง บางครั้ง บ่อยครั้ง โดยแบบวัดมีช่วงคะแนนระหว่าง 14 – 16

คะแนน แบ่งคะแนนออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับต่ำ ปานกลาง สูง ตามเกณฑ์ดังต่อไปนี้

คะแนน 14.00 – 28.00 คะแนน หมายถึง มีความรู้ ด้านสุขภาพระดับต่ำ

คะแนน 28.01 – 42.00 คะแนน หมายถึง มีความรู้ ด้านสุขภาพระดับปานกลาง

คะแนน 42.01 – 56.00 คะแนน หมายถึง มีความรู้ ด้านสุขภาพระดับสูง

ช่วงคะแนนความรู้รอบด้านสุขภาพระดับ พื้นฐานอยู่ระหว่าง 5.00 – 20.00 คะแนน และแบ่ง คะแนน 3 ระดับดังนี้

ช่วงคะแนน 5.00 – 10.00 หมายถึง ความรู้ด้านสุขภาพ ระดับพื้นฐานระดับต่ำ

ช่วงคะแนน 10.01 – 15.00 หมายถึง ความรู้ด้านสุขภาพ ระดับพื้นฐานระดับปานกลาง

ช่วงคะแนน 15.01 – 20.00 หมายถึง ความรู้ด้านสุขภาพ ระดับพื้นฐานระดับสูง

ช่วงคะแนนความรู้รอบด้านสุขภาพระดับ ปฏิสัมพันธ์อยู่ระหว่าง 5.00 – 20.00 คะแนน แบ่ง คะแนน 3 ระดับดังนี้

ช่วงคะแนน 5.00 – 10.00 หมายถึง ความรู้ด้านสุขภาพ ระดับปฏิสัมพันธ์ระดับต่ำ

ช่วงคะแนน 10.01 – 15.00 หมายถึง ความรู้ด้านสุขภาพ ระดับปฏิสัมพันธ์ระดับปานกลาง

ช่วงคะแนน 15.01 – 20.00 หมายถึง ความรู้ด้านสุขภาพ ระดับปฏิสัมพันธ์ระดับสูง

ช่วงคะแนนความรู้ด้านสุขภาพระดับ วิจารณญาณอยู่ระหว่าง 4.00 – 16.00 คะแนน แบ่ง คะแนน 3 ระดับดังนี้

ช่วงคะแนน 4.00 – 8.00 หมายถึง ความรู้ด้านสุขภาพ ระดับวิจารณญาณระดับต่ำ

ช่วงคะแนน 8.01 – 12.00 หมายถึง ความรู้ด้านสุขภาพ ระดับวิจารณญาณระดับปานกลาง

ช่วงคะแนน 12.01 – 16.00 หมายถึง ความรู้ด้านสุขภาพ ระดับวิจารณญาณระดับสูง

ส่วนที่ 3: แบบสอบถามพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พัฒนาตามแนวคิดของ Lorig & Holman⁹ ประกอบด้วยข้อคำถาม 15 ข้อ ข้อคำถามด้านบวก 15 ข้อ เพื่อวัดพฤติกรรมจัดการตนเอง 3 ด้าน ได้แก่ การจัดการด้านการรักษา จำนวน 5 ข้อ การจัดการด้านบทบาทการดำเนินชีวิต จำนวน 5 ข้อ และการจัดการด้านอารมณ์ จำนวน 5 ข้อ ลักษณะของการตอบจะเป็นมาตราประมาณค่า (rating scale) ทั้งหมด 5 ระดับ ดังต่อไปนี้

ปฏิบัติเป็นประจำ หมายถึง มีพฤติกรรมหรือปฏิบัติพฤติกรรมนั้นทุกวัน

ปฏิบัติบ่อยครั้ง หมายถึง มีพฤติกรรมหรือปฏิบัติพฤติกรรมนั้นบ่อยครั้ง (5 - 6 ครั้ง/สัปดาห์)

ปฏิบัติปานกลาง หมายถึง มีพฤติกรรมหรือปฏิบัติพฤติกรรมนั้นปานกลาง (3-4 ครั้ง/สัปดาห์)

ปฏิบัติบางครั้ง หมายถึง มีพฤติกรรมหรือปฏิบัติพฤติกรรมนั้นบางครั้ง (1 - 2 ครั้ง/สัปดาห์)

ไม่ปฏิบัติเลย หมายถึง ไม่มีพฤติกรรมจัดการตนเองเลย

การแปลผลคะแนนโดยใช้ค่าเฉลี่ยคะแนน ทั้งโดยรวมและรายด้าน ช่วงคะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.0 – 5.0 โดยแบ่งระดับโดยรวมและรายด้านด้วยการหาช่วงกว้างของอันตรภาคชั้น (class interval) 3 ระดับ โดยคำนวณช่วงพิสัยจากสูตร (บุญใจ ศรีสถิตนรากรม, 2555)²⁰ สามารถแปลค่าคะแนนพฤติกรรมจัดการตนเอง ทั้งโดยรวมและรายด้าน

คะแนนเฉลี่ย ($\bar{X}$)	การแปลผล
1.0–2.33	พฤติกรรมจัดการตนเองอยู่ในระดับต่ำ
2.34–3.67	พฤติกรรมจัดการตนเองอยู่ในระดับปานกลาง
3.68–5.00	พฤติกรรมจัดการตนเองอยู่ในระดับสูง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การหาค่าความเที่ยงตรงของเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยนำแบบวัดความรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และแบบวัดพฤติกรรมจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านความรู้รอบด้านและการ

จัดการตนเอง 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 1 ท่าน แล้วนำมาหาค่าดัชนีความเที่ยงตรง (Content Validity Index) ได้เท่ากับ 1 และ 0.93 ตามลำดับ จากนั้นปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะและข้อคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ

การหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบวัดความรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และแบบวัดพฤติกรรมจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ไปทดสอบความเชื่อมั่นโดยนำไปทดสอบกับผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน และคำนวณค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ 0.81 และ 0.75 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง โครงการวิจัยผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ รหัสโครงการ HCU-EC1760/2568 ลงวันที่ 14 พฤศจิกายน พ.ศ. 2568 ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ ประโยชน์ที่จะได้รับความเสี่ยง หรือความไม่สะดวกสบาย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดียินดีเข้าร่วมวิจัยจะได้รับเอกสารแสดงความยินยอมและลงนามยินยอมโดยสมัครใจ (Informed Consent) และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัยโดยไม่ต้องบอกเหตุผลและไม่มีผลกระทบต่องานสิทธิ์และประโยชน์ในการรักษา ข้อมูลทั้งหมดจะถูกเก็บเป็นความลับและนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยมีขั้นตอนในการดำเนินการรวบรวมข้อมูลดังนี้ 1) ผู้วิจัยทำหนังสือผ่านคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลในจังหวัดจันทบุรี เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของงานวิจัยและขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลในแผนกผู้ป่วยนอกพื้นที่ดังกล่าว 2) หลังจากได้รับการอนุมัติแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบผู้รับผิดชอบงานคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขอข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง 3) ผู้วิจัยสำรวจรายชื่อผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติ

ตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ 4) ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่างในวันที่มาตรวจตามแพทย์นัดที่คลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยแนะนำตนเองและขอความร่วมมือในการวิจัย รวมทั้งแจ้งสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการตัดสินใจเข้าร่วมวิจัยและการขอถอนตัวจากการวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมการเข้าร่วมการวิจัย 5) ผู้วิจัยเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ด้วยตนเองทั้งหมดซึ่งประกอบด้วยแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบสัมภาษณ์ความรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และแบบสอบถามพฤติกรรมจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยอ่านข้อความแบบสัมภาษณ์ให้กลุ่มตัวอย่างฟังทีละข้อและให้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้เลือกคำตอบ ผู้วิจัยเป็นผู้จัดบันทึกคำตอบตามแบบสัมภาษณ์ ถ้ากลุ่มตัวอย่างไม่เข้าใจ ผู้วิจัยจะอธิบายข้อความนั้นและอ่านซ้ำให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจ เวลาที่ใช้ในการสัมภาษณ์ประมาณ 20 – 25 นาที ต่อ 1 ราย แต่ในกรณีสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างรู้สึกเหนื่อยจากการตอบคำถาม ผู้วิจัยจะหยุดการสัมภาษณ์ ให้กลุ่มตัวอย่างหยุดพักจนกว่าจะหายเหนื่อย ถ้ายังรู้สึกเหนื่อยจากการตอบคำถาม ผู้วิจัยจะยุติการเข้าร่วมวิจัยและผู้วิจัยจะประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อให้การดูแลรักษาอย่างเหมาะสม 6) หลังจากตอบแบบสัมภาษณ์เสร็จสิ้นแล้ว ผู้วิจัยทำการตรวจสอบความสมบูรณ์ของคำตอบของแบบสัมภาษณ์แต่ละราย แล้วนำมาคิดคะแนนและวิเคราะห์ตามวิธีการทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย อายุ เพศ สถานะภาพสมรส ระดับการศึกษา ศาสนา รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน อาชีพ ระดับความรุนแรงของโรค โรคร่วม ลักษณะที่อยู่อาศัย โดยใช้สถิติ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ

2. แบบสัมภาษณ์ความรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และแบบสอบถามพฤติกรรมจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ใช้ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังแต่ละด้านโดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's correlation coefficient) ทั้งนี้ได้กำหนดเกณฑ์ของความสัมพันธ ดังนี้ 1) ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) 0.0 หมายถึง ไม่มีความสัมพันธ์กัน 2) ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) 0.01 – 0.30 หมายถึง ความสัมพันธ์ระดับน้อย 3) ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) 0.31 – 0.70 หมายถึง ความสัมพันธ์ระดับปานกลาง 4) ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) 0.71 – 0.90 หมายถึง ความสัมพันธ์ระดับสูง 5) ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) 0.91 – 1.00 หมายถึง ความสัมพันธ์ระดับสูงมาก

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างจำนวน 360 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 63.10) มีสถานภาพสมรส (ร้อยละ 76.90) อยู่ในช่วงอายุ 65–74 ปีมากที่สุด (ร้อยละ 31.95) ด้านการศึกษาส่วนใหญ่ จบระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่า (ร้อยละ 79.73) ประกอบอาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 73.21) รายได้เฉลี่ย น้อยกว่า 5,000 บาท (ร้อยละ 38.90) และให้ข้อมูลว่า อาศัยอยู่ในพื้นที่ที่มีฝุ่นควันหนาแน่น (ร้อยละ 66.67) สำหรับพฤติกรรมสูบบุหรี่พบว่ายังคงสูบบุหรี่ (ร้อยละ 55.83) โดยมีภาวะหายใจลำบากตามเกณฑ์ MRC Scale อยู่ในระดับ 0 (ร้อยละ 50.84) BMI ปกติ (ร้อยละ 33.61) มีโรคร่วม (ร้อยละ 56.94) โรคร่วมที่พบมากที่สุด คือ ความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 47.5) รองลงมาคือ เบาหวาน (ร้อยละ 15) และไขมันในเลือดสูง (ร้อยละ 10.8) ตามลำดับ

2. ความรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ความรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ในภาพรวม มีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 31.54 (SD = 11.37) แปลผลความรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาในแต่ละระดับพบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยระดับปฏิสัมพันธ์สูงสุด 11.27 (SD = 4.45) แปลผลมีความรู้ด้านสุขภาพระดับปฏิสัมพันธ์อยู่ในระดับปานกลาง รองลงมาคือระดับพื้นฐานค่าคะแนนเฉลี่ย

เท่ากับ 10.38 (SD = 5.53) มีแปลผลความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับพื้นฐานอยู่ในระดับปานกลาง และระดับวิจารณ์ญาณมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 9.87 (SD = 3.99) แปลผลมีแปลผลความรอบรู้ด้านระดับวิจารณ์ญาณอยู่ในระดับปานกลาง ดังแสดงในตารางที่ 1

3. พฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ผลการวิเคราะห์พฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการจัดการตนเองโดยรวมมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.98 (SD = 0.72) แปลผลมีพฤติกรรมการจัดการตนเองอยู่ในระดับสูง เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านการรักษาคะแนนเฉลี่ยสูงสุดเท่ากับ 4.21 (SD = 0.64) มีพฤติกรรมการจัดการตนเองด้านการรักษาอยู่ในระดับสูง รองลงมาคือด้านบทบาทหน้าที่มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.91 (SD = 0.90) พฤติกรรมการจัดการตนเองด้านบทบาทหน้าที่อยู่ในระดับสูง ส่วนด้านอารมณ์พบว่า มี

คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.80 (SD = 0.94) พฤติกรรมการจัดการตนเองด้านอารมณ์อยู่ในระดับสูง ดังแสดงในตารางที่ 2

4. ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จากการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมและทุกรายด้านมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการจัดการตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 โดยความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมมีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง ($r = 0.314$) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านวิจารณ์ญาณ ($r = 0.801$) และด้านพื้นฐาน ($r = 0.800$) มีความสัมพันธ์กับการจัดการตนเองในระดับสูง ส่วนด้านปฏิสัมพันธ์มีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง ($r = 0.667$) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 1 ค่าคะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (n = 360)

ข้อมูล	ช่วงคะแนน		ค่าเฉลี่ย(X)	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน(SD)	ระดับ
	คะแนนที่เป็นไปได้	คะแนนที่ได้			
ความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวม	14 – 56	14-55	31.54	11.37	ปานกลาง
ความรอบรู้ด้านสุขภาพรายด้าน					
ระดับพื้นฐาน	5 – 20	5-20	10.38	5.53	ปานกลาง
ระดับปฏิสัมพันธ์	5 – 20	5-20	11.27	4.45	ปานกลาง
ระดับวิจารณ์ญาณ	4 – 16	4-16	9.87	3.99	ปานกลาง

ตารางที่ 2 คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (n = 360)

ข้อมูล	ช่วงคะแนน		ค่าเฉลี่ย(X)	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน(SD)	ระดับ
	คะแนนที่เป็นไปได้	คะแนนที่ได้			
พฤติกรรมการจัดการตนเองโดยรวม	1 – 5	2 – 5	3.98	0.72	สูง
พฤติกรรมการจัดการตนเองรายด้าน					
ด้านการรักษา	1 – 5	2 – 5	4.21	0.64	สูง
ด้านบทบาทหน้าที่	1 – 5	1 – 5	3.91	0.90	สูง
ด้านอารมณ์	1 – 5	1 – 5	3.80	0.94	สูง

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเอง (n = 360)

ความรู้ด้านสุขภาพ	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	ระดับความสัมพันธ์	p
ด้านพื้นฐาน (Functional)	0.800**	สูง	< 0.01
ด้านปฏิสัมพันธ์ (Interactive)	0.667**	ปานกลาง	< 0.01
ด้านวิจารณ์ญาณ (Critical)	0.801**	สูง	< 0.01
ความรู้ด้านสุขภาพโดยรวม	0.314**	ปานกลาง	< 0.01

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) ในจังหวัดจันทบุรี สรุปข้อค้นพบสำคัญได้ดังนี้

1. ระดับความรู้ด้านสุขภาพ ผู้ป่วยมีความรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยเฉพาะในด้านพื้นฐาน (การอ่านและทำความเข้าใจข้อมูลเบื้องต้น)
2. ระดับพฤติกรรมการจัดการตนเอง ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการจัดการตนเองโดยรวมอยู่ในระดับสูง โดยโดดเด่นที่สุดในด้านการดูแลรักษาและการใช้ยาตามแผนการรักษา
3. ความสัมพันธ์ ความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการจัดการตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.314, p < 0.01$) โดยเฉพาะความรู้ด้านวิจารณ์ญาณที่มีความสัมพันธ์ในระดับสูง ซึ่งช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยตัดสินใจจัดการตนเองได้ดีขึ้นเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน

อภิปรายผล

การวิจัยเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในจังหวัดจันทบุรี สามารถอภิปรายผลตามข้อค้นพบและวัตถุประสงค์การวิจัยได้ดังนี้

1. ข้อค้นพบด้านข้อมูลทั่วไป จากการศึกษพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 63.10) และมีอายุระหว่าง 65–74 ปี ซึ่งสอดคล้องกับรายงานขององค์การอนามัยโลก (WHO) และ Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) ที่ระบุว่า

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) มักพบในผู้สูงอายุและพบในเพศชายมากกว่าเพศหญิงเนื่องจากพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการได้รับมลพิษสะสมเป็นเวลานาน^{1,8} นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 79.73) และประกอบอาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 73.21) ซึ่งต้องเผชิญกับปัจจัยเสี่ยงทางสิ่งแวดล้อม เช่น ฝุ่นควันจากการเผาไหม้และสารเคมีทางการเกษตร (ร้อยละ 66.67) สอดคล้องกับแนวคิดของ Bo และคณะ ที่ว่ามลพิษทางอากาศ (PM2.5) และสภาพแวดล้อมในการทำงานเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้อาการของโรค COPD รุนแรงขึ้น⁷ ผู้วิจัยมีความเห็นว่าบริบทพื้นที่จังหวัดจันทบุรีที่มีลักษณะเป็นเกษตรกรรมเชิงเดี่ยว ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับสิ่งกระตุ้นทางระบบทางเดินหายใจอย่างต่อเนื่อง จึงจำเป็นต้องมีการจัดการตนเองที่เข้มงวดกว่าพื้นที่อื่น

2. ระดับความรู้ด้านสุขภาพ ผลการศึกษาพบว่า ความรู้ด้านสุขภาพโดยรวมของผู้ป่วยอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานและวัตถุประสงค์การวิจัย โดยเฉพาะด้านพื้นฐาน (Functional Health Literacy) ที่อยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับแนวคิดของ Nutbeam ที่ระบุว่าระดับการศึกษาเป็นพื้นฐานสำคัญของทักษะการอ่านเขียนและการทำความเข้าใจข้อมูลสุขภาพ^{11,12} เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา จึงอาจมีข้อจำกัดในการแปลความหมายของข้อมูลสุขภาพที่ซับซ้อน หรือการปฏิบัติตามคู่มือการรักษาที่เป็นทางการ

อย่างไรก็ตาม ในด้านปฏิสัมพันธ์ (Interactive) และด้านวิจารณ์ญาณ (Critical) ที่อยู่ในระดับปานกลาง สะท้อนว่าผู้ป่วยมีความพยายามในการสื่อสารและ

แลกเปลี่ยนข้อมูลกับบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Ishikawa และ Yano ที่เน้นย้ำถึงความสำคัญของการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในกระบวนการรักษา¹² ผู้วิจัยเห็นว่าการสื่อสารด้วยภาษาที่ง่ายและตรงไปตรงมาของบุคลากรในพื้นที่ มีส่วนช่วยพญาระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่ให้ต่ำจนเกินไปแม้จะมีข้อจำกัดทางการศึกษา

3. ระดับพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเอง ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมการจัดการตนเองโดยรวมอยู่ในระดับสูง ซึ่งเป็นไปตามวัตถุประสงค์การวิจัย โดยเฉพาะด้านการรักษา (Medical Management) ที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดสะท้อนถึงความตระหนักในการใช้ยาพ่นและยาควบคุมโรคตามมาตรฐานการรักษาของสมาคมออร์เวซแห่งประเทศไทย³ และแนวทาง GOLD 2024⁸

สาเหตุที่เป็นเช่นนี้วิเคราะห์ได้ว่า ผู้ป่วยโรค COPD มักมีอาการหอบเหนื่อยที่ทรมาณเมื่ออาการกำเริบ (Acute Exacerbation) การปฏิบัติตนตามแผนการรักษาจึงเป็นกลไกการเผชิญความเครียดเพื่อความอยู่รอดสอดคล้องกับทฤษฎีการจัดการตนเองของ Lorig และ Holman ที่ระบุว่าการรับรู้ถึงสมรรถนะของตนเองในการควบคุมอาการเป็นปัจจัยหลักที่ส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ⁹ นอกจากนี้ ระบบสาธารณสุขในจังหวัดจันทบุรีที่มีคลินิกโรคเฉพาะทาง (COPD Clinic) ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการฝึกทักษะการพ่นยาอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับงานวิจัยของ Srikaew และคณะ ที่พบว่าโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองช่วยลดอาการหอบเหนื่อยได้อย่างมีนัยสำคัญ¹⁰

4. ความสัมพันธ์ของความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเอง ผลการศึกษาพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการจัดการตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.314, p < 0.01$) ซึ่งเป็นไปตามวัตถุประสงค์การวิจัย โดยพบความสัมพันธ์ระดับสูงในด้านวิจารณ์ญาณ ($r = 0.801$) และด้านพื้นฐาน ($r = 0.800$)

ปรากฏการณ์นี้สามารถวิเคราะห์ได้ตามทฤษฎีของ Nutbeam ที่มองว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็น “สินทรัพย์” (Asset) ที่ช่วยเพิ่มความสามารถในการควบคุมสุขภาพ¹¹ ผลการศึกษาสอดคล้องกับงานวิจัยของ

O’Conor และคณะ ที่พบว่าความสามารถทางพุทธิปัญญาและความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นตัวทำนายพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วย COPD¹⁷ และสอดคล้องกับบริบทของโรคเรื้อรังอื่นๆ เช่น โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ที่พบว่าระดับความรอบรู้สูงส่งผลให้การจัดการโรคดีขึ้น^{13,14}

ผู้วิจัยมีความเห็นว่า แม้ความรอบรู้โดยรวมจะอยู่ระดับปานกลาง แต่ความสัมพันธ์ที่สูงในด้านวิจารณ์ญาณชี้ให้เห็นว่า หากผู้ป่วยสามารถวิเคราะห์ข้อมูลและตัดสินใจเลือกปฏิบัติได้ถูกต้อง (เช่น การหลีกเลี่ยงควันไฟในสวนหรือการสังเกตอาการผิดปกติ) จะส่งผลต่อผลลัพธ์การรักษาโดยตรง การยกระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพจากระดับพื้นฐานสู่ระดับวิจารณ์ญาณจึงเป็นกลยุทธ์สำคัญในการลดอัตราการนอนโรงพยาบาลซ้ำ (Readmission) ตามข้อค้นพบของ Ruan และคณะ⁴

ข้อจำกัดของการวิจัย

1. การเก็บข้อมูล ข้อมูลมาจากการตอบแบบสอบถามตามการรับรู้ของผู้ป่วยเอง (Self-report) ซึ่งอาจมีความคลาดเคลื่อนจากพฤติกรรมจริง หรือความเกรงใจในการตอบข้อมูลด้านอารมณ์และบทบาทหน้าที่
2. บริบทพื้นที่ การศึกษานี้มุ่งเน้นเฉพาะผู้ป่วยในจังหวัดจันทบุรีซึ่งส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรมและอาศัยในพื้นที่ที่มีปัจจัยเสี่ยงเฉพาะ (ฝุ่นควันจากการเกษตร) ผลการวิจัยจึงอาจไม่สามารถสรุปอ้างอิงไปยังกลุ่มผู้ป่วยในบริบทสังคมเมืองหรืออุตสาหกรรมได้ทั้งหมด

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. การสื่อสารสุขภาพ บุคลากรทางการแพทย์ในคลินิกโรคทางเดินหายใจ (COPD Clinic) ควรปรับรูปแบบสื่อสุขภาพให้ง่ายต่อการเข้าใจ (เช่น การใช้ภาพสื่อความหมายแทนข้อความจำนวนมาก) เพื่อรองรับผู้ป่วยที่มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับปานกลางและมีพื้นฐานการศึกษาในระดับประถมศึกษา
2. การส่งเสริมพฤติกรรม ควรเน้นการฝึกทักษะการตัดสินใจ (Critical Health Literacy) เช่น การประเมิน

คุณภาพของข้อมูลสุขภาพที่ได้รับจากสื่อสังคมออนไลน์ หรือคนในชุมชน เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเลือกปฏิบัติได้ถูกต้อง ตามบริบทสิ่งแวดล้อมในสวนหรือไร่นา

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. การวิจัยเชิงคุณภาพ ควรมีการสัมภาษณ์เจาะลึก หรือการสนทนากลุ่มเพื่อศึกษาอุปสรรคและแรงจูงใจในการจัดการตนเองในบริบทเฉพาะของผู้สูงอายุที่เป็นเกษตรกรในจังหวัดจันทบุรี

2. การพัฒนารูปแบบการพยาบาล ควรวิจัยและพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพที่เน้นการใช้แอปพลิเคชันหรือสื่อดิจิทัลที่เข้าถึงง่าย เพื่อยกระดับความรู้ด้านสุขภาพจากระดับพื้นฐานไปสู่ระดับ วิจารณ์ญาณ และติดตามผลในระยะยาวต่ออัตราการกลับมา รักษาซ้ำ (Readmission)

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาวิจัยฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดีโดยได้รับความกรุณาอย่างสูงจาก รองศาสตราจารย์ ดร.วรรณิ เตียววิศเรศ คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ ที่สนับสนุนทุนอุดหนุนการวิจัย พร้อมทั้งให้คำปรึกษาและข้อเสนอแนะ ที่มีคุณค่ายิ่งตลอดการดำเนินงาน คณะผู้วิจัยขอกราบ ขอบพระคุณเป็นอย่างสูง ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่กรุณา ตรวจสอบและปรับปรุงคุณภาพงานวิจัยให้มีความ สมบูรณ์ยิ่งขึ้น ขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาล ผู้อำนวยการฝ่ายการพยาบาล และบุคลากรทางการแพทย์ ในจังหวัดจันทบุรี ที่อำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวม ข้อมูลที่ประสานงานและสนับสนุนกิจกรรมวิจัยอย่างดียิ่ง และที่สำคัญยังคณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้ป่วยโรคปอด อุดกั้นเรื้อรังทุกท่านที่เสียสละเวลาและให้ข้อมูลที่เป็น ประโยชน์อย่างมากต่อการวิจัย ซึ่งจะเป็นแนวทางสำคัญ ในการพัฒนาองค์ความรู้และยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ในประเทศไทยต่อไป

ท้ายนี้คณะผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่าผลการศึกษา นี้จะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพของ ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นสืบไป ทั้งผู้เขียนได้ใช้ Claude (Anthropic, Claude sonnet 4.6) ในการเขียนบทความเพื่อปรับปรุงความ สละสลวยในการอ่านและแก้ไขข้อผิดพลาดทางไวยากรณ์ ผู้ วิจัยขอรับรองว่าเป็นผู้รับผิดชอบต่อเนื้อหาทั้งหมดแต่ เพียงผู้เดียว

The author used Claude (Anthropic, Claude sonnet 4.6) in writing this article to improve read- ability and correct grammatical errors. The researcher certifies that they are solely responsible for all content.

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Chronic obstructive pulmonary disease (COPD) [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2024 Nov 6 [cited 2026 Apr 23]. Available from: [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/chronic-obstructive-pulmonary-disease-\(copd\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/chronic-obstructive-pulmonary-disease-(copd)).
2. Health Data Center. Mortality rate from Chronic obstructive pulmonary disease (COPD) [Internet]. Health Data Center; 2024 Nov 6 [cited 2026 Apr 23]. Available from: <https://hdc.moph.go.thcenter/public/standard-reportdetail/3bcec2a91eb03924-f0b2714a85ee5b95?subcatalogId=67473ea582306d345ce1bb44b06ba2e9>.
3. Thai Thoracic Society. Guidelines for the diagnosis and treatment of chronic obstructive pulmonary disease 2023. Bangkok: Medical Printing; 2023. (in Thai)
4. Ruan H, Zhang H, Wang J, Zhao H, Han W, Li J. Readmission rate for acute exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease: A systematic review and meta-analysis. Respiratory Medicine. 2023; 206: 107090.
5. Health Data Center. Statistics of chronic obstructive pulmonary disease patients [Internet]. 2024 [cited

- 2024 May 30]. Available from: <https://hdc.moph.go.th/cti/Public/standard-report-detail/3bcec2a91eb03924f0b2714a85ee5b95?subcatalogId=6a1fdf282fd28180eed7d1cfe0155e11/>
6. Walters EH, Shukla SD, Mahmood MQ, Ward C. Fully integrating pathophysiological insights in COPD: an updated working disease model to broaden therapeutic vision. *European Respiratory Review* 2021; 30(160): 200364.
7. Bo Y, Chang LY, Guo C, Lin C, Lau AK, Tam T, Lao XQ. Reduced ambient PM_{2.5}, better lung function, and decreased risk of chronic obstructive pulmonary disease. *Environment international* 2021; 156: 106706.
8. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease (2024 report) [Internet]. 2024 [cited 2026 Jun 11]. Available from: <https://goldcopd.org/2024-gold-report/>
9. Lorig KR, Holman HR. Self-management education: history, definition, outcomes, and mechanisms. *Annals of behavioral medicine* 2003; 26(1): 1–7.
10. Srikaew S, Saenyabud C, Juansang P, Wibulchai N. Effects of a self-management support program on self-management behaviors and dyspnea in patients with chronic obstructive pulmonary disease with frequent exacerbations. *Maharakham Hosp* 2023; 20(2): 100–15. (in Thai)
11. Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promot Int* 2000; 15(3): 259–67.
12. Ishikawa H, Yano E. Patient health literacy and participation in the health-care process. *Health Expect* 2008; 11(2): 113–22.
13. Kareesun K, Malathum P, Sutti N. Relationship between health literacy, knowledge of hypertension control, and health behaviors in older adults with hypertension. *Rama Nurs J* 2019; 25(3): 280–95. (in Thai).
14. Nopkhray J, Jintrawet R, Khampolsiri T. Health literacy and self-management in older adults with type 2 diabetes. *Nursing Journal* 2020; 47(2): 251–61. (in Thai)
15. Meesaraphi K, Suwankruahasn N, Jintrawet R. Health literacy and self-management in older adults with stage 3 knee osteoarthritis. *Rama Nurs J* 2022; 28(3): 353–69. (in Thai)
16. Wongkittirat T, Pho-am A. Relationships between health perception and acute exacerbation management in patients with chronic obstructive pulmonary disease, Ban Dan Lan Hoi Hospital, Sukhothai Province. *Northern J Sci Technol* 2020; 1(2): 11–20. (in Thai)
17. O’Conor R, Muellers K, Arvanitis M, Vicencio DP, Wolf MS, Wisnivesky JP, Federman AD. Effects of health literacy and cognitive abilities on COPD self-management behaviors: a prospective cohort study. *Respir Med* 2019; 160: 105630.
18. Pham P, Wimparat W, Wallada W. Relationships between self-management ability, depression, anxiety, and quality of life in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *J Nurs Sci* 2017; 35(3): 47–55. (in Thai)
19. Weeks JD, Elgaddal N. Chronic obstructive pulmonary disease in adults age 18 and older: United States, 2023. *NCHS Data Brief* 2025; (529): 1–9. doi: 10.15620/cdc/174596.
20. Srisatitnarakun B. Development and validation of research instruments: psychometric properties. Bangkok: U&I Inter Media; 2012. (in Thai)