



ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและความรอบรู้ทางสุขภาพ ในการป้องกันภาวะไตเสื่อมของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

Received: October 1, 2025

Revised: December 23, 2025

Accepted: December 27, 2025

พัฒนา เศรษฐวัชรวานิช¹ (วท.ม. พยาบาลสาธารณสุข)

วดีรัตน์ ศรีวงศ์วรรณ^{2*} (พย.ม. การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)

บทคัดย่อ

บทนำ: ภาวะไตเสื่อมเกิดจากการขาดความรู้และความตระหนักในการป้องกัน

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับความรอบรู้ทางสุขภาพในการป้องกันภาวะไตเสื่อมของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

วิธีการดำเนินการวิจัย: การวิจัยเชิงสหสัมพันธ์ในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ 1-3 จำนวน 122 ราย คัดเลือกตามเกณฑ์วินิจฉัยโรค ค่าอัตราการกรองของไต (GFR) หรือ Urine microalbumin เครื่องมือวิจัยคือแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและความรอบรู้ทางสุขภาพ 6 ด้าน ผ่านการตรวจสอบความตรงโดยผู้เชี่ยวชาญ มีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคระหว่าง .75-.95 และค่า KR-20 เท่ากับ .74 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนาและสถิติไคสแควร์

ผลการวิจัย: ความรอบรู้ทางสุขภาพภาพรวมอยู่ในระดับต่ำ (ร้อยละ 58.20) โดยความรู้ความเข้าใจมีระดับต่ำสุด (ร้อยละ 56.56) รองลงมาคือการรู้เท่าทันสื่อ (ร้อยละ 63.11) ขณะที่การตัดสินใจอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 62.30) ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ทางสุขภาพภาพรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ได้แก่ ระดับการศึกษา อาชีพ และการใช้อุปกรณ์ติดตามภาวะสุขภาพ

สรุปผล: การส่งเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพควรให้ความสำคัญกับกลุ่มที่มีระดับการศึกษาและรายได้ต่ำ โดยเน้นพัฒนาทักษะการใช้อุปกรณ์ติดตามสุขภาพ

คำสำคัญ: ความรอบรู้ทางสุขภาพ โรคไตเรื้อรัง การป้องกันภาวะไตเสื่อม



The Relationship between Personal Factors and Health Literacy in Preventing Renal Function Decline among patients with Chronic Kidney Disease

Pattana Sattawatcharawanij¹ (M.Sc, Public Health Nursing)

Wadeerat Sriwongwan^{2*} (M.Sc, Community Health Nurse Practitioner)

Abstract

Introduction: Renal function deterioration is often caused by a lack of health knowledge and preventive awareness.

Objective: This correlational research aimed to examine the relationship between personal factors and health literacy for chronic kidney disease (CKD) prevention.

Methods: The study involved 122 patients with CKD stages 1–3, selected based on clinical diagnosis, glomerular filtration rate (GFR), or urine microalbumin levels. Research instruments included a personal information questionnaire and a 6-domain Health Literacy Scale. The tools were validated by experts, with Cronbach's alpha ranging from .75 to .95 and a KR-20 of .74. Data were analyzed using descriptive statistics and the Chi-square test.

Results: Overall health literacy was at a low level (58.20%). The functional literacy domain had the lowest score (56.56%), followed by media literacy (63.11%), while the decision-making domain was mostly at a high level (62.30%). Personal factors significantly related to overall health literacy ($p < .001$) included educational level, occupation, and the use of health monitoring devices.

Conclusion: Enhancing health literacy should prioritize patients with low educational and income levels. Interventions should focus on developing skills for using health monitoring devices to effectively delay the progression of kidney disease.

Keywords: Health literacy, Chronic kidney disease, Chronic kidney disease prevention/control

Lecturer, Faculty of Nursing, Shinawatra University Shinawatra University, Thailand

Lecturer, Faculty of Nursing, Boromarajonani College of Nursing Changwat Nonthaburi, Faculty of Nursing Praboromarajchanok Institute, Thailand

Corresponding Author: E-mail: wadeerat@bcnnon.ac.th

ความเป็นมาและความสำคัญ

โรคไตเรื้อรัง (Chronic Kidney Disease: CKD) เป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญทั่วโลกและในประเทศไทย จัดเป็นหนึ่งในโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-Communicable Diseases: NCDs) มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ส่งผลกระทบรุนแรงต่อคุณภาพชีวิตและเป็นภาระทางเศรษฐกิจและสังคม (World Health Organization, 2021) โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นสาเหตุหลักที่นำไปสู่ภาวะไตเสื่อมและเสียชีวิตก่อนวัยอันควร ผู้ป่วยในระยะเริ่มต้น (ระยะ 1-3) มักไม่แสดงอาการชัดเจน ทำให้ไม่ตระหนักถึงความจำเป็นในการดูแลตนเองซึ่งอาจนำไปสู่ภาวะไตวายระยะสุดท้าย (End-Stage Renal Disease; ESRD) การป้องกันภาวะไตเสื่อมในระยะเริ่มต้นจึงมีความสำคัญยิ่ง สามารถชะลอหรือหยุดยั้งการดำเนินของโรคได้ การมีความรู้ทางสุขภาพและการดูแลตนเองอย่างเหมาะสมจะช่วยลดอัตราการเข้าสู่ ESRD และเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในระยะยาวได้ ความรู้ทางสุขภาพ (Health Literacy) เป็นกุญแจสำคัญในการป้องกันและชะลอการเสื่อมของไตทำให้ผู้ป่วยเข้าใจสุขภาพของตนเองและดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ ความรู้ทางสุขภาพเป็นความสามารถของแต่ละบุคคลที่จะเข้าถึง เข้าใจ ประเมินและนำข้อมูลสุขภาพมาใช้ในการตัดสินใจดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเข้าใจภาวะของโรค ปัจจัยเสี่ยง และดูแลตนเองที่ถูกต้อง เช่น การควบคุมอาหาร การใช้ยาอย่างเหมาะสม และการมาพบแพทย์ตามนัด ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญในการชะลอความเสื่อมของไต ความรู้ทางสุขภาพแบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับพื้นฐาน (Functional) เน้นการนำข้อมูล ไปใช้ดำรงชีวิต ระดับสื่อสาร/ปฏิสัมพันธ์ (Communicative/Interactive) เน้นการประยุกต์ใช้ข้อมูล และระดับวิจารณ์ญาณ (Critical) เน้นการวิเคราะห์เพื่อตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพ (Nutbeam, 2008) จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่มีความรู้ทางสุขภาพต่ำมักมีความเข้าใจผิดเกี่ยวกับโรคและการรักษา มีความร่วมมือในการรักษาน้อยกว่า และมีผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ไม่ดีเมื่อเทียบกับ

ผู้ที่มีความรอบรู้เพียงพอ โดยมีแนวโน้มจะเข้าใจข้อมูลทางการแพทย์ที่ซับซ้อนได้ไม่เพียงพอ (Coughlin et al., 2020) ปัจจัยส่วนบุคคลที่เกี่ยวข้องได้แก่ อายุ ผู้สูงอายุมีแนวโน้มที่จะมีความรู้ทางสุขภาพจำกัดกว่าคนวัยหนุ่มสาวและการศึกษาสูงจะสัมพันธ์กับความรอบรู้ทางสุขภาพที่สูงขึ้น เนื่องจากมีทักษะในการอ่านและตีความข้อมูลที่ซับซ้อนได้ดีกว่า สถานะทางเศรษฐกิจและสังคม/รายได้ ผู้ที่มีรายได้น้อยหรือสถานะทางเศรษฐกิจต่ำมักมีความรอบรู้จำกัดกว่า (Gonçalves-Fernández & Pino-Juste, 2025) ดังนั้น การส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะเริ่มต้นมีความรอบรู้ทางสุขภาพที่ดีจึงเป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ผู้วิจัยปฏิบัติงานในระดับปฐมภูมิและรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้โดยตรง แม้จะมีหลักฐานทางวิชาการยืนยันถึงความสำคัญของปัจจัยส่วนบุคคล เช่น อายุ การศึกษา และรายได้ที่สัมพันธ์กับความรอบรู้ทางสุขภาพภาพรวม แต่ยังขาดการศึกษาที่เฉพาะเจาะจงที่จะเชื่อมโยงปัจจัยเหล่านี้กับการป้องกันภาวะไตเสื่อมในบริบทของชุมชนและหน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่ศึกษา การขาดองค์ความรู้เฉพาะกลุ่มนี้ส่งผลให้มาตรการส่งเสริมความรู้ทางสุขภาพในปัจจุบันอาจยังไม่สอดคล้องกับข้อจำกัดที่แท้จริงของผู้ป่วยในชุมชน ดังนั้น การศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ทางสุขภาพในการป้องกันภาวะไตเสื่อมของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ระยะที่ 1-3 ในสถานบริการปฐมภูมิ โดยศึกษาตามคุณลักษณะ 6 ประการ ได้แก่ 1) ความรู้ความเข้าใจ 2) การเข้าถึงข้อมูล 3) การสื่อสารข้อมูล 4) การจัดการตนเอง 5) การรู้เท่าทันสื่อ และ 6) การตัดสินใจ ข้อมูลที่ได้จะใช้เป็นแนวทางในการจัดโครงการส่งเสริมสุขภาพและวางแผนสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะไตเสื่อมของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3 ในหน่วยบริการปฐมภูมิต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับความรอบรู้ทางสุขภาพในการป้องกันภาวะไตเสื่อมของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ระยะที่ 1-3 ในชุมชน



วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจภาคตัดขวาง (Cross-sectional Survey Research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับความรอบรู้ทางสุขภาพในการป้องกันภาวะไตเสื่อมของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ระยะที่ 1-3 ในสถานบริการปฐมภูมิ จังหวัดนนทบุรี ระหว่างเดือนกรกฎาคม 2568-ตุลาคม 2568

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา: คือผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น โรคไตเรื้อรัง (CKD) ระยะที่ 1-3 ซึ่งมารับบริการตรวจตามนัดที่คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs Clinic) ในสถานบริการสุขภาพปฐมภูมิแห่งหนึ่งในจังหวัดนนทบุรี ในปี 2568

กลุ่มตัวอย่าง คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) ตามเกณฑ์ดังนี้ **เกณฑ์คัดเข้า** ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ 1-3 ที่มีค่าอัตราการกรองของไต (Glomerular Filtration Rate; GFR) อยู่ในช่วง 120 ถึง 30 ml/min/1.73 m² ติดต่อกันอย่างน้อย 3 เดือน หรือตรวจพบค่า Urine Microalbumin $\geq 1.7\text{mg/dL}$ อย่างน้อย 2 ครั้ง ภายในระยะเวลา 1 ปี **เกณฑ์คัดออก** ผู้ที่มีปัญหาการสื่อสาร/สติปัญญา หรือมีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงในรอบ 6 เดือน เช่น ภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน กล้ามเนื้อหัวใจตาย หรือโรคหลอดเลือดสมอง **เกณฑ์ยุติการวิจัย** กลุ่มตัวอย่างประสงค์ถอนตัว หรือมีภาวะแทรกซ้อนทางสุขภาพระหว่างการวิจัยซึ่งแพทย์พิจารณาแล้วว่าไม่เหมาะสมที่จะดำเนินการต่อ กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรม G*Power โดยใช้วิธีการคำนวณขนาดตัวอย่างสำหรับการทดสอบ Chi-square, Effect Size = 0.3 (Medium Effect Size) (Cohen, 1988), $\alpha = 0.05$, power = 0.8, df = 3 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 122 คน

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยประสานความร่วมมือกับพยาบาลประจำคลินิกโรคไตเรื้อรัง ณ สถานบริการปฐมภูมิแห่งหนึ่งในจังหวัดนนทบุรี เพื่อประชาสัมพันธ์และคัดกรองกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ เมื่อผู้ป่วยสนใจเข้าร่วม ผู้วิจัยจะดำเนินการดังนี้ 1) ชี้แจงวัตถุประสงค์

ขั้นตอนวิจัย และสิทธิในการคุ้มครองความลับโดยไม่ระบุตัวตน ซึ่งกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ปฏิเสธการเข้าร่วมได้ 2) แจกแบบสอบถามให้ผู้เข้าร่วมวิจัย 3) เก็บรวบรวมและตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งเป็น 2 ส่วน ได้แก่ **ส่วนที่ 1** ข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 11 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ รายได้ โรคประจำตัว ระยะเวลาการเกิดโรค ค่าอัตราการกรองของไต (GFR) สิทธิการรักษา แหล่งการเข้าถึงข้อมูล และอุปกรณ์ติดตามภาวะสุขภาพ เช่น โทรศัพท์มือถือ อุปกรณ์วัดความดันโลหิต/น้ำตาลในเลือด

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรอบรู้ทางสุขภาพในการป้องกันภาวะไตเสื่อม ผู้วิจัยดัดแปลงเครื่องมือจากนิชมิน หล้ารอด และคณะ (2566) ซึ่งพัฒนาตามแนวคิดของกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ โดยปรับเนื้อหาให้สอดคล้องกับบริบทการป้องกันภาวะไตเสื่อมและได้รับอนุญาตจากเจ้าของเครื่องมือแล้ว แบ่งเป็น 6 ด้าน รวม 42 ข้อ ดังนี้ 1) ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง ลักษณะข้อคำถามแบบถูก-ผิด 12 ข้อ 2) การเข้าถึงข้อมูล 6 ข้อ 3) การสื่อสารข้อมูล 6 ข้อ 4) การจัดการตนเอง 6 ข้อ 5) การรู้เท่าทันสื่อ 6 ข้อ 6) การตัดสินใจ 6 ข้อ เกณฑ์การให้คะแนนและการแปลผล 1) ความรู้ ตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิดให้ 0 คะแนน 2) ด้านทักษะ (ด้านที่ 2-6) ใช้มาตรวัดประมาณค่าของลิเคิร์ท (Likert Scale) 4 ระดับ (ปฏิบัติเป็นประจำ = 4 ถึง ไม่ได้ปฏิบัติ = 1) คะแนนรวมทั้งฉบับอยู่ระหว่าง 30-132 คะแนน โดยใช้เกณฑ์ร้อยละในการแปลผลภาพรวม ดังนี้ ระดับดี (มากกว่าร้อยละ 80) มีความรอบรู้เพียงพอ ระดับปานกลาง (ร้อยละ 60-80) มีความรอบรู้เพียงพอบ้าง และ ระดับต่ำ (น้อยกว่าร้อยละ 60) มีความรอบรู้ไม่เพียงพอ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย

1) ความเที่ยงตรง (Validity) ผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน พบค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item-Objective Congruence; IOC) เท่ากับ 0.86 2) ความเที่ยง (Reliability) ทดลองใช้กับ

ผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติคล้ายกลุ่มตัวอย่าง 30 คน พบค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาครายด้านดังนี้ การเข้าถึงข้อมูล .75 การสื่อสาร .92 การตัดสินใจ .95 การจัดการตนเอง .82 และการรู้เท่าทันสื่อ .93 สำหรับแบบทดสอบความรู้อุปกรณ์ KR-20 เท่ากับ .74

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยชินวัตร เอกสารรับรองเลขที่ 2025/25 วันที่ 4 สิงหาคม พ.ศ. 2568

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยของครอบครัว โรคประจำตัว ระยะเวลาการเกิดโรค ค่าอัตราการครองชีพ สหิทธิการรักษา แหล่งการเข้าถึงข้อมูลและการใช้เครื่องมือติดตามภาวะ

สุขภาพ วิเคราะห์ด้วยสถิติ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ทางสุขภาพ โดยใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-square test)

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลส่วนบุคคล พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 68.9) สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 67.2) อายุเฉลี่ย 68.70 ปี จบระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 82.0) และมีรายได้น้อยกว่า 5,000 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 72.1) เกือบทั้งหมดมีโรคประจำตัวคือความดันโลหิตสูงและเบาหวาน โดยร้อยละ 75.4 มีอัตราการครองชีพของไหลลดลงเล็กน้อย (ระยะที่ 2) ส่วนใหญ่รับข้อมูลจากบุคลากรทางสุขภาพ (ร้อยละ 54.1) และมากกว่าครึ่งไม่ได้ใช้อุปกรณ์ติดตามภาวะสุขภาพ (ร้อยละ 57.4) รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละของปัจจัยส่วนบุคคล (n = 122)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
- หญิง	84	68.9
- ชาย	38	31.1
อายุ (Max = 88, Min = 48, Mean = 68.70, SD = 8.05)		
- น้อยกว่า 50 ปี	2	1.6
- 50-60 ปี	18	14.8
- 61-70 ปี	53	43.4
- 71 ปีขึ้นไป	49	40.2
ระดับการศึกษา		
- ประถมศึกษา	100	82.0
- มัธยมศึกษา/ปวช.	15	12.3
- อนุปริญญา/ปวส.	3	2.5
- ปริญญาตรี	4	3.3
อาชีพ		
- ไม่ได้ประกอบอาชีพ	82	67.2
- เกษตรกร	4	3.3
- กิจการส่วนตัว/ค้าขาย	5	4.9
- รับจ้าง	24	19.7
- รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	1	0.8
- อื่นๆ	5	4.1



ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
สถานภาพสมรส		
- โสด	5	4.1
- คู่	82	67.2
- หม้าย/หย่า/แยก	35	28.7
รายได้เฉลี่ยของครอบครัว (บาท/เดือน) (Max = 30,000, Min = 0, Mean = 4378.68, SD = 5690.45)		
- น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5,000 บาท	88	72.1
- 5,001–10,000 บาท	21	17.2
- 10,001–15,000 บาท	7	5.7
- มากกว่า 15,000 บาท	6	5.0
โรคประจำตัว		
- ไม่มี	7	5.7
- มี	115	94.3
เบาหวาน	93	76.2
ความดันโลหิตสูง	97	79.5
ไขมันในเลือดสูง	89	73.0
ไต	4	3.3
ค่าอัตราการกรองของไต		
- ระยะที่ 1 (eGFR $\geq$ 90)	27	22.1
- ระยะที่ 2 (eGFR 60–89)	92	75.4
- ระยะที่ 3 (eGFR 30–59)	3	2.5
แหล่งการเข้าถึงข้อมูล		
- เจ้าหน้าที่สาธารณสุข (แพทย์, พยาบาล)	66	54.1
- สื่อสังคมออนไลน์ (Line, Facebook)	7	5.7
- แผ่นพับ/โปสเตอร์จากโรงพยาบาลหรือคลินิก	1	0.8
- สมาชิกในครอบครัว	48	39.3
เครื่องมือติดตามภาวะสุขภาพ		
- โทรศัพท์มือถือ/สมาร์ทโฟน	47	38.5
- คอมพิวเตอร์/แท็บเล็ต	2	1.6
- อุปกรณ์วัดสุขภาพแบบพกพา (เครื่องวัดความดันโลหิต เครื่องวัดระดับน้ำตาล)	3	2.5
- ไม่ใช้เครื่องมือใด ๆ	70	57.4

2. ตัวแปรที่ศึกษา

ผลการวิเคราะห์พบว่าความรอบรู้ทางสุขภาพ ภาพรวมอยู่ในระดับต่ำ (ร้อยละ 58.19) เมื่อพิจารณา รายด้านพบว่า การจัดการตนเอง การเข้าถึงข้อมูล การ

สื่อสาร การรู้เท่าทันสื่อ และความรู้ความเข้าใจ อยู่ใน ระดับต่ำ (ร้อยละ 72.95, 70.49, 68.04, 63.11 และ 56.56 ตามลำดับ) แต่ด้านการตัดสินใจส่วนใหญ่อยู่ใน ระดับสูง (ร้อยละ 62.29) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงจำนวน และร้อยละของความรอบรู้ทางสุขภาพในการป้องกันภาวะไตเสื่อม (n = 122)

ความรอบรู้ทางสุขภาพในการป้องกันภาวะไตเสื่อม	จำนวน	ร้อยละ
1. ด้านความรู้ความเข้าใจ		
- ระดับต่ำ	69	56.56
- ระดับปานกลาง	44	36.07
- ระดับสูง	9	7.38
2. ด้านการเข้าถึงข้อมูล		
- ระดับต่ำ	86	70.49
- ระดับปานกลาง	25	20.49
- ระดับสูง	11	9.02
3. ด้านการสื่อสารข้อมูล		
- ระดับต่ำ	83	68.03
- ระดับปานกลาง	21	17.21
- ระดับสูง	18	14.75
4. ด้านการจัดการตนเอง		
- ระดับต่ำ	89	72.95
- ระดับปานกลาง	27	22.13
- ระดับสูง	6	4.92
5. ด้านการรู้เท่าทันสื่อ		
- ระดับต่ำ	77	63.11
- ระดับปานกลาง	24	19.67
- ระดับสูง	21	17.21
6. ด้านการตัดสินใจ		
- ระดับต่ำ	13	10.66
- ระดับปานกลาง	33	27.05
- ระดับสูง	76	62.30
7. ความรอบรู้ทางสุขภาพในการป้องกันภาวะไตเสื่อม ภาพรวม		
- ระดับต่ำ	71	58.20
- ระดับปานกลาง	38	31.15
- ระดับสูง	13	10.66

3. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและความรอบรู้ทางสุขภาพในการป้องกันภาวะไตเสื่อม

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับความรอบรู้ทางสุขภาพในการป้องกันภาวะไตเสื่อม พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ทางสุขภาพในการป้องกันภาวะไตเสื่อม คือ ระดับการศึกษา ($\chi^2 = 28.910, p < .001$) อาชีพ ($\chi^2 = 34.562, p < .001$) และอุปกรณ์ติดตามภาวะสุขภาพ ($\chi^2 = 36.120, p < .001$) แต่เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับความรอบรู้

ทางสุขภาพในการป้องกันภาวะไตเสื่อมรายด้าน พบว่า อายุและระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับความรู้ความเข้าใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = 17.239, p = 0.008$; $\chi^2 = 20.242, p = 0.003$ ตามลำดับ) ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ย และอุปกรณ์ติดตามภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงข้อมูลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = 24.085, p = 0.001$; $\chi^2 = 47.687, p < .001$; $\chi^2 = 13.347, p = 0.038$; $\chi^2 = 22.867, p < .001$ ตามลำดับ) ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ และอุปกรณ์ติดตามภาวะ



สุขภาพมีความสัมพันธ์กับการสื่อสารอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($x^2 = 21.048, p = 0.002$; $x^2 = 13.989, p = 0.007$; $x^2 = 22.012, p = 0.015$; $x^2 = 35.141, p < .001$) ตามลำดับ) อาชีพ และอุปกรณ์ติดตามภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการจัดการตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($x^2 = 52.758, p < .001$; $x^2 = 24.722, p < .001$ ตามลำดับ) อาชีพ รายได้เฉลี่ย

และแหล่งข้อมูลมีความสัมพันธ์กับการรู้เท่าทันสื่ออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($x^2 = 41.652, p < .001$; $x^2 = 18.042, p = 0.006$; $x^2 = 28.435, p < .001$ ตามลำดับ) รายได้เฉลี่ย และแหล่งข้อมูลมีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($x^2 = 14.645, p = 0.023$; $x^2 = 24.470, p < .001$ ตามลำดับ) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและความรอบรู้ทางสุขภาพในการป้องกันภาวะไตเสื่อม (n = 122)

ตัวแปรที่ศึกษา	ค่าสถิติ	ความรอบรู้ทางสุขภาพในการป้องกันภาวะไตเสื่อม						รวม
		ความรู้ความเข้าใจ	การเข้าถึงข้อมูล	การสื่อสาร	การจัดการตนเอง	การรู้เท่าทันสื่อ	การตัดสินใจ	
1. เพศ	x^2	1.221	0.088	3.069	0.101	1.726	0.475	1.335
	Sig.	0.543	0.957	0.126	0.951	0.422	0.789	0.508
2. อายุ	x^2	17.239	3.821	7.639	11.499	7.640	10.378	8.306
	Sig.	0.008*	0.701	0.266	0.074	0.266	0.110	0.217
3. ระดับการศึกษา	x^2	20.242	24.085	21.048	5.371	12.480	4.150	28.910
	Sig.	0.003*	0.001*	0.002*	0.497	0.520	0.656	0.000**
4. สถานภาพสมรส	x^2	1.573	4.929	13.989	6.250	10.766	0.789	6.418
	Sig.	0.814	0.295	0.007*	0.181	0.029*	0.939	0.170
5. อาชีพ	x^2	12.693	47.687	22.012	52.758	41.652	14.887	34.562
	Sig.	0.241	0.000**	0.015*	0.000**	0.000**	0.136	0.000**
6. รายได้เฉลี่ย	x^2	5.160	13.347	10.033	3.273	18.042	14.645	3.600
	Sig.	0.523	0.038*	0.123	0.774	0.006*	0.023*	0.731
7. โรคประจำตัว	x^2	4.275	1.053	3.489	0.738	4.340	1.228	1.031
	Sig.	0.118	0.591	0.175	0.692	0.114	0.541	0.597
8. แหล่งการเข้าถึงข้อมูล	x^2	11.442	9.228	5.554	3.773	28.435	24.470	8.869
	Sig.	0.076	0.158	0.475	0.707	0.000**	0.000**	0.181
9. เครื่องมือติดตามภาวะสุขภาพ	x^2	10.178	22.867	35.141	24.722	46.468	11.186	36.120
	Sig.	0.117	0.001*	0.000**	0.000**	0.000	0.083	0.000**

* $p < .05$, ** $p < .001$

การอภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับความรอบรู้ทางสุขภาพในการป้องกันภาวะไตเสื่อมของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ระยะที่ 1-3 ในชุมชน ผลการศึกษาพบว่า

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย 68.70 ปี และมีสถานภาพสมรสคู่ สะท้อนถึงการเข้าสู่สังคมสูงวัย

ของประเทศไทย และชี้ว่าผู้ป่วยมีแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญจากคู่สมรสและครอบครัวในการจัดการโรคเรื้อรัง ทั้งด้านจิตใจและข้อมูลข่าวสาร เช่น การกำกับติดตามการรับประทานยาและอาหารที่เหมาะสม สอดคล้องกับการวิจัยของพนัดดา สวัสดิ์ และคณะ (2565) ที่พบว่า การสนับสนุนจากครอบครัวของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะก่อนบำบัดทดแทนไตอยู่ในระดับสูง และการวิจัยของ จักรกฤษณ์ วัชรราชู และคณะ

(2561) ที่พบว่าการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรม การบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะ สุดท้ายอยู่ในระดับสูง อย่างไรก็ตาม กลุ่มตัวอย่างเกือบ ทั้งหมดมีโรคประจำตัวร่วม โดยเฉพาะความดันโลหิต สูงและเบาหวาน ซึ่งเป็นปัจจัยหลักที่นำไปสู่ ภาวะแทรกซ้อนของไต จากการศึกษพบว่าผู้ป่วย ส่วนใหญ่มีอัตราการกรองของไตลดลงเล็กน้อย (ระยะ ที่ 2) ถึงร้อยละ 75.4 ซึ่งบ่งชี้ความเสี่ยงสูงในการดำเนิน ของโรคไปสู่ระยะรุนแรงหากการจัดการโรคไม่เข้มงวด เพียงพอ สำหรับแหล่งการเข้าถึงข้อมูลพบว่าพึงพา บุคลากรทางสุขภาพเป็นหลัก โดยมากกว่าครึ่งไม่ได้ ใช้อุปกรณ์ติดตามสุขภาพด้วยตนเอง ซึ่งสะท้อนถึง ข้อจำกัดจากระดับการศึกษาต่ำและอุปสรรคในการ เข้าถึงเทคโนโลยีดิจิทัล (Coughlin et al., 2020) การ ขาดการใช้อุปกรณ์ติดตามสุขภาพในชีวิตประจำวันถือเป็นอุปสรรคสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถนำข้อมูล มาใช้ตัดสินใจหรือปรับพฤติกรรมดูแลตนเองได้อย่าง ทันทีทันที่ ทำให้การจัดการโรคเรื้อรังไม่มีประสิทธิภาพ

2. ระดับความรอบรู้ทางสุขภาพ ผล การศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ทางสุขภาพ โดยภาพรวมอยู่ในระดับต่ำ (ร้อยละ 58.20) ซึ่ง สอดคล้องกับการศึกษาของ Gonçalves-Fernández and Pino-Juste (2025) พบว่าระดับความรอบรู้ทาง สุขภาพที่ต่ำเป็นอุปสรรคสำคัญในการชะลอการเสื่อม ของไตระยะที่ 1-3 อย่างมีประสิทธิภาพ และส่งผล กระทบโดยตรงต่อความสามารถของผู้ป่วยในการดูแล ตนเองและจัดการปัจจัยเสี่ยงที่ไม่เหมาะสม เมื่อ พิจารณารายด้านพบว่าความรอบรู้ทางสุขภาพ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ ยกเว้นด้านการตัดสินใจ (Decision Making) อยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 62.30) ซึ่ง อภิปรายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุอาจมี ข้อจำกัดในการเข้าถึงและตีความข้อมูลสุขภาพที่ ซับซ้อน แต่การมีสถานภาพสมรสและอาศัยร่วมกับ ครอบครัว ทำให้ได้รับการสนับสนุนในการตัดสินใจ ร่วมกัน นอกจากนี้ การตัดสินใจในระดับสูงอาจสะท้อน ถึงความเชื่อมั่นในการปฏิบัติตามคำแนะนำของ บุคลากรทางการแพทย์มากกว่าการตัดสินใจบน ฐานความรู้ของตนเองเพียงอย่างเดียว

3. ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับ ความรอบรู้ทางสุขภาพในการป้องกันภาวะไตเสื่อม ผลการศึกษาพบว่า การศึกษา อาชีพ และการใช้ อุปกรณ์ติดตามภาวะสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับความ รอบรู้ทางสุขภาพในการป้องกันภาวะไตเสื่อมอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) การอภิปรายผลดังนี้

3.1 ระดับการศึกษา ผลการศึกษาพบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ ทางสุขภาพในภาพรวม ความรู้ความเข้าใจ การเข้าถึง ข้อมูลและการสื่อสาร ($p < .005$) ผลการศึกษา สอดคล้องกับแนวคิดว่าการศึกษาคือรากฐาน (Foundation) ของความรอบรู้ทางสุขภาพ เพราะ การศึกษาสูงขึ้นจะช่วยให้บุคคลมีความสามารถในการอ่าน การประมวลผล และการทำความเข้าใจข้อมูล สุขภาพที่ซับซ้อนได้ดีขึ้น (Coughlin et al., 2020)

3.2 อาชีพ ผลการศึกษาพบว่า อาชีพมี ความสัมพันธ์กับความรอบรู้ทางสุขภาพในการป้องกัน ภาวะไตเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยเฉพาะด้านการเข้าถึงข้อมูล การรู้เท่าทันสื่อ และ การจัดการตนเองจะเห็นได้ว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เป็นผู้สูงอายุที่ปัจจุบันไม่ได้ประกอบอาชีพหรือ เกษียณอายุแล้วและเป็นผู้ที่เคยประกอบอาชีพที่ต้อง อาศัยทักษะการสื่อสาร การบริหารจัดการ หรือเคย รับราชการ/พนักงานบริษัท มักจะมีต้นทุนทางสังคม และทักษะการสืบค้นข้อมูล ทำให้มีทักษะในการ เลือกใช้สื่อ ความมั่นใจในการจัดการตนเองและ การต่อรองกับระบบสุขภาพได้ดีกว่ากลุ่มที่เคยประกอบ อาชีพเกษตรกรรมหรือรับจ้างทั่วไปที่อาจเข้าถึง แหล่งข้อมูลได้จำกัดกว่า

3.3 การใช้อุปกรณ์ติดตามภาวะสุขภาพ ผลการศึกษาพบว่า การใช้เครื่องมือติดตามภาวะ สุขภาพ มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ทางสุขภาพใน การป้องกันภาวะไตเสื่อมในภาพรวมอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ($p < .001$) จะเห็นได้ว่าการใช้อุปกรณ์ เช่น เครื่องวัดความดันโลหิต เครื่องวัดระดับน้ำตาล เป็น กลไกเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพเพราะการใช้อุปกรณ์ ทำให้ผู้สูงอายุต้องเรียนรู้ที่จะตีความตัวเลขและลงมือ ปฏิบัติ ดังนั้นการขาดอุปกรณ์ติดตามภาวะสุขภาพใน



กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ จึงเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ระดับความรอบรู้ทางสุขภาพในภาพรวมอยู่ในระดับต่ำ เนื่องจากผู้ป่วยขาดเครื่องมือที่จะช่วยในการเรียนรู้และกำกับติดตามพฤติกรรมสุขภาพของตนเองในชีวิตประจำวัน

3.4 อายุ ผลการศึกษาพบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ทางสุขภาพด้านความรู้ (Knowledge) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .008$) อย่างไรก็ตาม ไม่พบความสัมพันธ์กับความรอบรู้ทางสุขภาพในด้านอื่น ๆ และในภาพรวม ($p > .05$) จะเห็นได้ว่าเมื่ออายุเพิ่มมากขึ้นความสามารถในการจดจำข้อมูลทางการแพทย์ที่ซับซ้อนหรือคำศัพท์เฉพาะทางเกี่ยวกับโรคไตลดน้อยลง สอดคล้องกับการศึกษาของ Gonçalves-Fernández and Pino-Juste (2025) ที่ระบุว่าผู้สูงอายุมักเผชิญกับข้อจำกัดด้านการเรียนรู้ข้อมูลใหม่ ๆ และมีแนวโน้มที่จะมีความรอบรู้ทางสุขภาพในเชิงความรู้ความเข้าใจ (Cognitive Health Literacy) ต่ำกว่าคนในวัยหนุ่มสาว

3.5 สถานภาพสมรส ผลการศึกษาพบว่า สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ทางสุขภาพในด้านการสื่อสาร ($p = .007$) และ ด้านการรู้เท่าทันสื่อ ($p = .029$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการแลกเปลี่ยนข้อมูลภายในครอบครัว สอดคล้องกับแนวคิดของ Nutbeam (2008) การสนับสนุนและสื่อสารกับบุคคลใกล้ชิด ช่วยให้ผู้บุคคลคัดกรองข้อมูลซับซ้อนได้ดีขึ้น นอกจากนี้ Gonçalves-Fernández and Pino-Juste (2025) ระบุว่า ความรอบรู้ทางสุขภาพนั้นได้รับอิทธิพลจากบริบททางสังคม โดยการมีสถานภาพสมรสคู่อาจส่งผลต่อพฤติกรรมการแสวงหาข้อมูลและการประเมินความน่าเชื่อถือของสื่อผ่านการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมที่เพิ่มขึ้น

3.6 รายได้เฉลี่ย ผลการศึกษาพบว่า รายได้เฉลี่ยมีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ทางสุขภาพด้านการเข้าถึงข้อมูล ($p = .038$) การรู้เท่าทันสื่อ ($p = .006$) และการตัดสินใจ ($p = .023$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) แสดงให้เห็นว่า รายได้มีผลต่อการจัดหาทรัพยากรทางสุขภาพโดยกลุ่มที่

มีรายได้สูงมีขีดความสามารถในการเข้าถึงอุปกรณ์ดิจิทัลและอินเทอร์เน็ต ซึ่งเป็นรากฐานสำคัญในการสืบค้นข้อมูล สอดคล้องกับแนวคิดของ Nutbeam (2008) ที่ระบุว่าความมั่นคงทางรายได้และเศรษฐกิจเป็นสิ่งที่เอื้ออำนวยในการพัฒนาความรอบรู้ขั้นวิจารณ์ญาณ

ข้อเสนอแนะ

1. พัฒนาช่องทางสื่อสารตามปัจจัยส่วนบุคคล สถานบริการปฐมภูมิควรจัดรูปแบบข้อมูลให้สอดคล้องกับอายุและระดับการศึกษา โดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุควรใช้สื่ออินโฟกราฟิกที่เข้าใจง่ายเพื่อลดอุปสรรคในการตีความข้อมูลที่ซับซ้อน

2. เสริมทักษะผ่านแหล่งข้อมูลหลัก ควรใช้บุคลากรทางสุขภาพและครอบครัวซึ่งเป็นช่องทางหลักที่ผู้ป่วยเข้าถึงข้อมูลมากที่สุด เป็นฐานในการฝึกทักษะการใช้อุปกรณ์ติดตามภาวะสุขภาพและเครื่องมือดิจิทัล เพื่อพัฒนาการรู้เท่าทันสื่อและการตัดสินใจดูแลสุขภาพที่ถูกต้อง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. วิจัยและพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความรู้ เนื่องจากพบความรอบรู้ทางสุขภาพในภาพรวมระดับต่ำ (ร้อยละ 58.20) จึงควรวิจัยเชิงทดลองเพื่อพัฒนาประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ทางสุขภาพ เน้นทักษะการใช้อุปกรณ์ติดตามสุขภาพที่บ้านเพื่อชะลอภาวะไตเสื่อมในระยะยาว

2. การศึกษาเชิงคุณภาพเพื่อเข้าถึงปัจจัยเชิงลึก ควรสัมภาษณ์เชิงลึกหรือสนทนากลุ่มกับผู้ป่วยและผู้ดูแล เพื่อเจาะลึกด้านความรอบรู้ทางสุขภาพที่เป็นช่องว่างทางความรู้ในชุมชน และนำมาปรับปรุงโปรแกรมให้มีความจำเพาะเจาะจงและมีประสิทธิภาพสูงสุดต่อกลุ่มเป้าหมาย

เอกสารอ้างอิง

- จักรกฤษณ์ วังราษฎร์, กิตติพันธุ์ ฤกษ์เกษม, สุวินัย แสงโย, ศศิณัฐ พงษ์ธรรม, และนิภาภรณ์ ปิ่นมาศ. (2561). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ณ โรงพยาบาลมหาสารคามนครเชียงใหม่. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข*, 12(4), 625–635.
- ณิชนน หล้ารอด, เอนกพงศ์ อ้อยคำ, วดีรัตน์ ศรีวงศ์วรรณ, เสน่ห์ คล้ายบัว, และ ธนะวัฒน์ รวมสุข. (2566). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยทางสังคมกับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองอายุ 35 ปีขึ้นไปในจังหวัดนนทบุรี. *วารสารการพยาบาลและการศึกษา*, 16(2), 28–39.
- ปนัดดา สวัสดิ์, นัทธมน วุฒานนท์, และ ประทุม สร้อยวงศ์. (2565). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเลือกวิธีการรักษาของผู้เป็นโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนไต. *พยาบาลสาร มหาวิทยาลัยเชียงใหม่*, 49(4), 151–162.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Lawrence Erlbaum Associates.
- Coughlin, S. S., Vernon, M., Hatzigeorgiou, C., & George, V. (2020). Health literacy, social determinants of health, and disease prevention and control. *Journal of Environment and Health Sciences*, 6(1), 30–61.
- Gonçalves-Fernández, M. L., & Pino-Juste, M. (2025). Health literacy in healthy adults: A systematic review of recent evidence. *Atención Primaria*, 57(11), 103300. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2025.103300>
- Nutbeam, D. (2008). The evolving concept of health literacy. *Social Science & Medicine*, 67(12), 2072–2078. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.09.050>
- World Health Organization. (2021, September 16). Noncommunicable diseases. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>