

## ความฉลาดทางสุขภาพด้านพฤติกรรม การดูแลตนเองกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จังหวัดชัยนาท

วรรณรัตน์ รัตนวรางค์, ปร.ค.<sup>1</sup>

วิทยา จันทร์ทา, สม.<sup>2</sup>

### บทคัดย่อ

การรักษามือผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้ผล ต้องอาศัยการรักษาที่ต่อเนื่องและมีการดูแลพฤติกรรมสุขภาพที่ดีควบคู่กัน หากผู้ป่วยมีความฉลาดทางสุขภาพจะช่วยให้การรักษาได้ผลดีขึ้น การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับความฉลาดทางสุขภาพ และอิทธิพลขององค์ประกอบของความฉลาดทางสุขภาพที่มีผลต่อพฤติกรรม การดูแลตนเอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จังหวัดชัยนาท จำนวน 366 คน โดยใช้แบบสัมภาษณ์ประกอบด้วยข้อมูลทั่วไป พฤติกรรม การดูแลตนเอง แบบประเมินความฉลาดทางสุขภาพ และข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วย ทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ไคสแควร์ สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบมีขั้นตอน

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีความฉลาดทางสุขภาพระดับเพียงพอ มีร้อยละ 6.0 ในขณะที่ระดับต่ำถึง (ร้อยละ 64.2) และระดับไม่เพียงพอ (ร้อยละ 29.8) รวมกันร้อยละ 94.0 ปัจจัยด้านอายุ ระดับการศึกษา การประกอบอาชีพ รายได้ และระยะเวลาที่เป็นเบาหวานมีความสัมพันธ์กับความฉลาดทางสุขภาพ เมื่อพิจารณาองค์ประกอบความฉลาดทางสุขภาพ ซึ่งได้แก่ ความรู้ความเข้าใจและการแปลความหมาย การจัดการเงินทองทางสุขภาพ และการตัดสินใจเลือกปฏิบัติ สามารถร่วมทำนายพฤติกรรม การดูแลตนเองได้ร้อยละ 17.9 ( $R^2 = .179, p < .001$ ) โดยตัวแปรการจัดการเงินทองทางสุขภาพสามารถทำนายพฤติกรรม การดูแลตนเองได้ดีที่สุด ( $B = .170, p < .001$ )

องค์ประกอบของความฉลาดทางสุขภาพมีความสัมพันธ์แปรผันตามกับพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ดังนั้นหากบุคลากรหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องดำเนินการเพื่อเพิ่มความฉลาดทางสุขภาพให้ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จะเป็นแนวทางการดูแลรักษาสุขภาพผู้ป่วยให้ได้ผลลัพธ์ที่ดีขึ้น

**คำสำคัญ :** ความฉลาดทางสุขภาพ, องค์ประกอบความฉลาดทางสุขภาพ, ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2, พฤติกรรม การดูแลตนเอง, ค่าระดับน้ำตาลในเลือด

<sup>1</sup>ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

<sup>2</sup>นักศึกษาระดับปริญญาโท คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

## Health Literacy of Self-care Behaviors for Blood Glucose Control in Patients with Type 2 Diabetes, Chainat Province

Wannarat Rattanawarang, Ph.D.<sup>1</sup>

Witthaya Chantha, M.PH.<sup>2</sup>

### Abstract

The effective care for type II Diabetes Mellitus need continuous treatment and self-care management therefore, health literacy is an essential factor making better result on diabetic care. This research aims to analyze the correlation between patient's characteristics and health literacy and to investigate factor of health literacy on self-care behaviors. 366 type II diabetes patients from Chainat province were interviewed and the data were analyzed using Chi-Square, Pearson's correlation coefficient and Stepwise multiple regression.

The result showed 6 percent of participants were adequate health literacy, there was only 94 percent of participants had marginal (64.2%) and inadequate (29.8%) health literacy. Additionally, Chi-Square test and Pearson's correlation coefficient analysis showed factors significantly related to health literacy were age, education level, occupation, net income and duration of being diagnosed with diabetes. Furthermore, the conceptual idea of health literacy including cognitive, self-management, and decision skills influenced the prediction of self-care behaviors of type II diabetic participants at 17.9 percent ( $R^2 = 0.179$ ,  $p < .001$ ). Moreover, self-management was the most influential factor for prediction the self-care behaviors of type II diabetes patients. ( $\beta = .170$ ,  $p < .001$ ).

In conclusion, health literacy correlated to self-behavior management consequently, to increase better medical care result, government agencies and stakeholders should increase health literacy of type II diabetic patients.

**Keywords :** Health literacy, Conceptual idea of health literacy, Patients with type 2 diabetes, Self-care behaviors, Blood glucose levels

---

<sup>1</sup>Assistant Professor, Faculty of Public Health, Thammasat University, Thailand

<sup>2</sup>Graduate students, Faculty of Public Health, Thammasat University, Thailand

## บทนำ

เบาหวานเป็นโรคที่รักษาไม่หายขาด และเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาสาธารณสุขของทุกประเทศทั่วโลก รวมถึงประเทศไทย อัตราความชุกมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว จากการสำรวจของสมาพันธ์เบาหวานนานาชาติในปี พ.ศ. 2558 พบผู้ป่วยเบาหวานมีจำนวน 415 ล้านคนทั่วโลก และคาดการณ์ว่าจะเพิ่มขึ้นเป็น 642 ล้านคนในปี พ.ศ.2588 ในจำนวนดังกล่าวมีคนไทยที่เป็นเบาหวาน 3.2 ล้านคน และในปี พ.ศ.2578 จะเพิ่มขึ้นอีก 1.1 ล้านคน (International Diabetes Federation, 2015) นอกจากนี้ผลจากการสำรวจสถานะสุขภาพของประชากรไทย ครั้งที่ 4 พบว่าความชุกของเบาหวานในประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป มีร้อยละ 6.9 โดยผู้หญิงมีความชุกสูงกว่าในผู้ชาย ร้อยละ 7.7 และ 6.0 ตามลำดับ และพบผู้เสียชีวิตมากกว่า 7,000 ราย (วิชัย เอกพลากร และคณะ 2553) ผู้ป่วยเบาหวานมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในอนาคต ทั้งสุขภาพร่างกาย จิตใจ รวมถึงยังส่งผลกระทบต่อด้านเศรษฐกิจ องค์การอนามัยโลก จึงจัดให้เบาหวานเป็นโรคที่มีราคาแพง เนื่องจากเป็นโรคเรื้อรังที่มีโรคแทรกซ้อนรุนแรงและมีค่าใช้จ่ายทั้งทางตรงและทางอ้อมสูง (Chatterje et al., 2011; สำนักงานวิจัยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2557) จากการประเมินผลการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและกรุงเทพมหานคร พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานที่มีระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด (HbA1c) น้อยกว่า 7% มีเพียงร้อยละ 35.6 (ปกาสิต โอวาทกานนท์, 2554) เนื่องจากการควบคุมระดับน้ำตาลให้ได้ตามเป้าหมายเกี่ยวข้องกับการปรับ

เปลี่ยนพฤติกรรมด้านสุขภาพ ซึ่งทำได้ยาก การควบคุมระดับน้ำตาลให้ได้ขึ้นกับการมีความรู้ทัศนคติที่ดี และมีทักษะในการดูแลตนเอง เพื่อให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้อย่างเหมาะสมและปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง

ความฉลาดทางสุขภาพ (Health literacy) คือ ความสามารถและทักษะในการเข้าถึงข้อมูลความรู้ความเข้าใจ เพื่อวิเคราะห์ ประเมินการปฏิบัติและจัดการตนเอง รวมทั้งสามารถชี้แนะเรื่องสุขภาพส่วนบุคคล ครอบครัวและชุมชนเพื่อสุขภาพที่ดี (Manganello, 2008; Nutbeam, 2000) ความฉลาดทางสุขภาพ จึงเป็นตัวแปรสำคัญต่อพฤติกรรม的自我ดูแลตนเอง ผลการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกา แสดงว่า คนที่มีความฉลาดทางสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ (limited health literacy) หรือมีสถานะที่ยังไม่ฉลาดเพียงพอ เช่น การอ่านฉลากยาไม่ออก การอ่านใบนัดแพทย์ไม่เข้าใจ การปฏิบัติตามแพทย์สั่งไม่ถูกต้อง ส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพในการรักษาพยาบาลและการส่งเสริมสุขภาพของประชาชน และหากประชาชนส่วนใหญ่ของประเทศมีระดับความฉลาดทางสุขภาพต่ำย่อมส่งผลกระทบต่อสถานะสุขภาพในภาพรวม องค์การอนามัยโลกเล็งเห็นความสำคัญในเรื่องนี้ จึงประกาศให้ประเทศสมาชิกให้ความสำคัญกับการพัฒนาให้ประชาชนมีความฉลาดทางสุขภาพ ซึ่งเป็นกระบวนการทางปัญญาและทักษะทางสังคม ที่ก่อให้เกิดแรงจูงใจและความสามารถของแต่ละบุคคลที่จะเข้าถึง เข้าใจข้อมูลข่าวสารเพื่อส่งเสริมและบำรุงรักษาสุขภาพตนเองให้คงคืออยู่เสมอ (World Health Organization., 2009)

จากสถิติข้อมูลโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จังหวัดชัยนาท ปี 2556 – 2558 พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานชนิด

ที่ 2 มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นทุกปี โดยในปี 2558 พบผู้ป่วยจำนวน 15,538 คน และมีภาวะแทรกซ้อนทั้งหมดจำนวน 5,704 คน คิดเป็นร้อยละ 36.71 โดยมีภาวะแทรกซ้อนสูงสุด 3 อันดับแรก ได้แก่ ภาวะแทรกซ้อนทางประสาท ตา และไต คิดเป็นร้อยละ 33.52, 28.99 และ 22.55 ตามลำดับ นอกจากนี้ข้อมูลรายงานผลการตรวจระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด (HbA1c) ปี 2558 มีผู้ป่วยเข้ารับการตรวจ จำนวน 13,039 คน คิดเป็นร้อยละ 79.59 และพบผู้ป่วยที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ หรือ HbA1c < 7% จำนวน 6,999 คน คิดเป็นร้อยละ ร้อยละ 40.26 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยนาท, 2558)

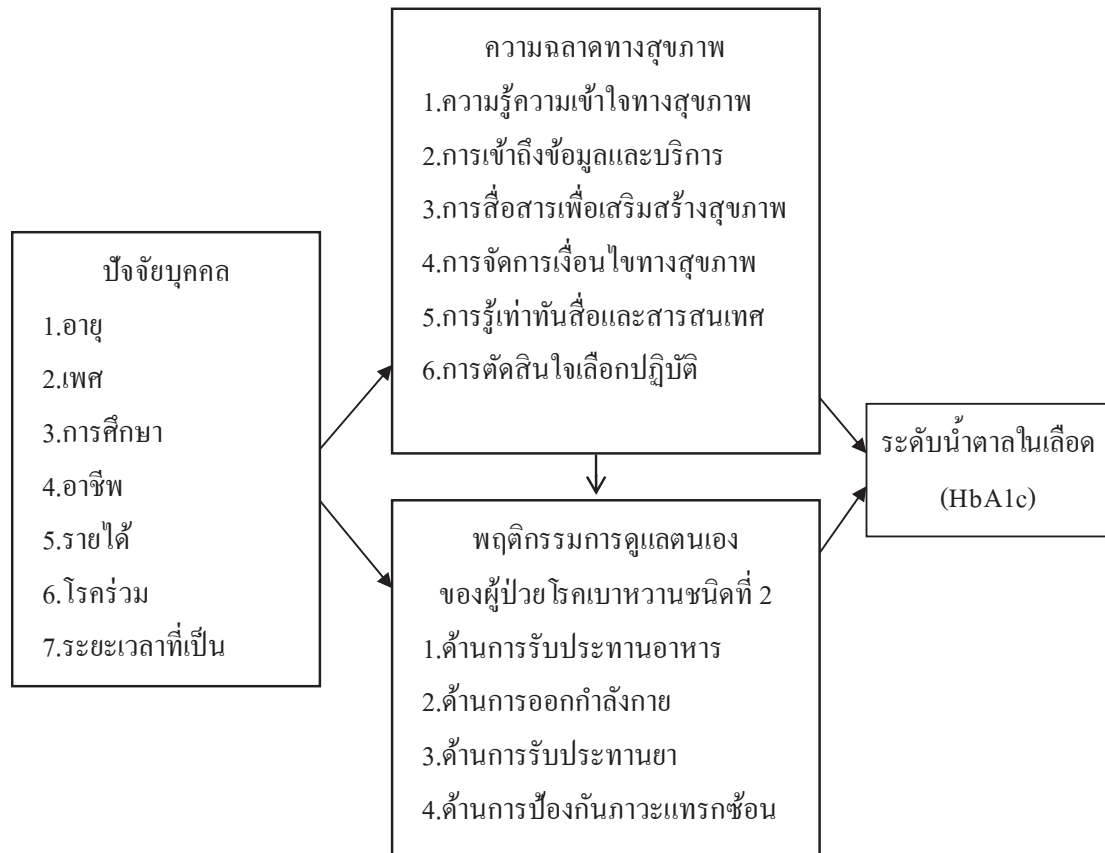
การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับความฉลาดทางสุขภาพและอิทธิพลขององค์ประกอบของความฉลาดทางสุขภาพที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง จะทำให้ได้ข้อมูลที่สามารถใช้เป็นพื้นฐานในการพัฒนารูปแบบการให้ความรู้ ความเข้าใจ การให้คำแนะนำในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสมในบริบทของผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ป่วยเบาหวานมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองที่ดีอย่างต่อเนื่อง

## วัตถุประสงค์ของงานวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความฉลาดทางสุขภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับระดับความฉลาดทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2
3. เพื่อศึกษาอิทธิพลขององค์ประกอบของความฉลาดทางสุขภาพที่มีต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

## กรอบแนวคิด

การวิจัยครั้งนี้ประยุกต์แนวคิดความฉลาดทางสุขภาพ ของ ดอน นัทบีม (Nutbeam, D., 2008) จากบทความวิจัยเรื่อง “Health literacy as a public health goal : a challenge for contemporary health education and communication strategies into health 21th century” และนิยามองค์ประกอบพื้นฐาน 6 ด้าน จากร่างแนวทางการพัฒนาเครื่องมือการวัดระดับความฉลาดทางสุขภาพ ของ กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพกระทรวงสาธารณสุข มาเป็นนิยามของ “ความฉลาดทางสุขภาพ” เพื่อศึกษาระดับความฉลาดทางสุขภาพ ความสัมพันธ์และอิทธิพลของความฉลาดทางสุขภาพที่มีต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

## วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาเชิงสำรวจภาคตัดขวาง (Cross-sectional survey research)

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากรที่ใช้ในการศึกษาคือ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จังหวัดชัยนาท ทั้งชายและหญิงที่เป็นผู้ป่วยของหน่วยบริการปฐมภูมิ หรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตจังหวัดชัยนาท จำนวน 15,538 คน (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยนาท, 2558)

2. ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 366 คน จากการคำนวณขนาดตัวอย่างที่ทราบจำนวนประชากร ของเครจซี่และมอร์แกน (Krejcie and Morgan, 1970)

$$n = \frac{N Z_{\alpha/2}^2 p(1-p)}{d^2 (N-1) + Z_{\alpha/2}^2 p(1-p)}$$

3. การสุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (multi-stage sampling) โดยแบ่งหน่วยบริการปฐมภูมิในจังหวัดชัยนาท ซึ่งเป็นพื้นที่ดำเนินการวิจัยทั้ง 72 แห่งออกเป็น 8 อำเภอ และแบ่งกลุ่มอำเภอเป็น 2 กลุ่ม คือ อำเภอที่มีหน่วยบริการปฐมภูมิมากกว่า 10 แห่ง และน้อยกว่า 10 แห่ง จากนั้นใช้การสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) โดยคัดเลือกร้อยละ 50 คือ กลุ่มละ 2 อำเภอ รวมทั้งสิ้น 4 อำเภอ ได้แก่ 1) อำเภอเมือง 2) อำเภอสรรพยา 3) อำเภอมโนรมย์ และ 4) อำเภอวัดสิงห์ และสุ่มหน่วยบริการปฐมภูมิโดยใช้

วิธีการอย่างง่าย (simple random sampling) โดยจับฉลากคัดเลือกตามสัดส่วน 5:1 ของจำนวนหน่วยบริการปฐมภูมิใน 4 อำเภอ ได้ทั้งสิ้น 9 แห่ง เนื่องด้วยขนาดของประชากรของแต่ละหน่วยบริการปฐมภูมิทั้ง 9 แห่งมีความแตกต่างกันจึงคำนวณตัวอย่างโดยการหากลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนประชากร และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์โดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

### เกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยเข้า

#### (inclusion criteria)

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยกำหนดเกณฑ์คัดเข้าคือ ประชากรที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป และมีข้อบ่งชี้คือ ได้รับการวินิจฉัยเป็นเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างน้อย 6 เดือน รับการรักษาด้วยยารับประทาน มีการรับรู้สมบุรณ์ และสื่อสารภาษาไทยได้

### เกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยออก

#### (exclusion criteria)

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยกำหนดเกณฑ์คัดออก คือ ผู้ที่ไม่สามารถให้ข้อมูล และมีความประสงค์จะออกจากการศึกษาเนื่องจากเหตุสุดวิสัย

### การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล

การศึกษานี้ผ่านการรับรองตามแนวทางการพิทักษ์สิทธิจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ชุดที่ 3 สาขาวิทยาศาสตร์ เลขที่ COA No. 160/2559 ให้ไว้ ณ วันที่ 21 กันยายน 2559

### เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสัมภาษณ์ ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปของ

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ โรคร่วมอื่นๆ ระยะเวลาที่เป็นเบาหวาน การรักษาที่ได้รับในปัจจุบัน และระดับน้ำตาลในเลือด มีลักษณะเป็นข้อคำถามแบบตรวจสอบรายการ (check list) รวมทั้งสิ้น 12 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความฉลาดทางสุขภาพสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน ซึ่งจำแนกตามองค์ประกอบของความฉลาดทางสุขภาพ 6 ด้าน ซึ่งเป็นการประเมินทักษะ ดังนี้

ตอนที่ 1 ด้านความรู้ความเข้าใจและการแปลความที่ถูกต้อง (cognitive) จำนวน 15 ข้อ โดยใช้แนวคิดจาก TOFHLA และ DNT15 แบ่งระดับความฉลาดทางสุขภาพเป็น 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์การให้คะแนนตาม TOFHLA ได้แก่ ระดับไม่เพียงพอ (คะแนนระหว่าง 0-8 คะแนน หรือ 0-59%) ระดับก้ำกึ่ง (คะแนนระหว่าง 9-11 คะแนน หรือ 60-74%) และระดับเพียงพอ (คะแนนระหว่าง 12-15 คะแนน หรือ 75-100%) ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ด้วยวิธีคูเดอร์ริชาร์ดสัน (Kuder Richardson Formula: KR-20) เท่ากับ .611

ตอนที่ 2 การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ (access) จำนวน 5 ข้อ

ตอนที่ 3 การสื่อสารเพื่อเสริมสร้างสุขภาพและลดความเสี่ยง (communication skill) จำนวน 6 ข้อ

ตอนที่ 4 การจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพ (self-management) จำนวน 6 ข้อ

ตอนที่ 5 การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ (media literacy) จำนวน 5 ข้อ

ตอนที่ 6 การตัดสินใจเลือกปฏิบัติ (decision skill) จำนวน 5 ข้อ

ตอนที่ 2-6 ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) มี 4 ระดับ ดังนี้ ปฏิบัติทุกครั้ง ปฏิบัติเป็นบางครั้ง ปฏิบัตินานๆครั้ง และไม่เคยปฏิบัติเลย มีลักษณะคำถามเป็นข้อคำถามทั้งเชิงบวกและเชิงลบ และนำมาจำแนกตามระดับความฉลาดทางสุขภาพ เป็น 3 ระดับ ตามเกณฑ์การจำแนกระดับความฉลาดทางสุขภาพของกองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข คือ ระดับไม่เพียงพอ (คะแนนระหว่าง 0-59%) ระดับก้ำกึ่ง (คะแนนระหว่าง 60-79%) และระดับเพียงพอ (คะแนนระหว่าง 80-100%) ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาร์ช (Cronbach' Alpha Coefficient) เท่ากับ .702, .739, .775, .702 และ .708 ตามลำดับ

ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน จำนวน 22 ข้อ ลักษณะคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) ตามความถี่ของการปฏิบัติในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา และนำคำตอบที่ได้มาจัดกลุ่มเป็น 4 ระดับ คือ ทำทุกวัน ทำมากกว่า 3 ครั้ง ทำ 1-3 ครั้ง และไม่เคยปฏิบัติเลยมีลักษณะคำถามเป็นข้อคำถามทั้งเชิงบวกและเชิงลบ แปลผลระดับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองเป็น 3 กลุ่ม โดยหาคะแนนระดับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยให้ช่วงกว้างแต่ละกลุ่มเท่ากัน คือ ระดับต่ำ (คะแนนระหว่าง 0 – 22 คะแนน) ระดับปานกลาง (คะแนนระหว่าง 23 – 44 คะแนน) และระดับสูง (คะแนนระหว่าง 45 – 66 คะแนน) มีการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 4 ท่าน ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาร์ช (Cronbach' Alpha Coefficient) ของแบบสัมภาษณ์ เท่ากับ .701

## การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังจากการพิจารณาอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์แล้ว ผู้วิจัยทำหนังสือขอเก็บข้อมูลผ่านคณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ เสนอต่อนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดชัยนาทเพื่อขออนุญาตในการเก็บข้อมูลในพื้นที่ชุมชน โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และรายละเอียดของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย วิธีการใช้เครื่องมือ การบันทึกคำตอบในแต่ละข้อ และขั้นตอนเก็บรวบรวมข้อมูลให้แก่ผู้รับผิดชอบงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อให้เป็นผู้ช่วยวิจัยและเป็นผู้พาลงพื้นที่ชุมชนเพื่อเก็บข้อมูล

2. ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด พร้อมทั้งทำหนังสือเชิญกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์เข้าร่วมวิจัย วางแผนการลงเก็บข้อมูลในพื้นที่ และแจ้งวัน เวลาคัดหมายกลุ่มตัวอย่างเพื่อขอลงเก็บข้อมูล

3. เริ่มเก็บข้อมูล ตามวันเวลาและสถานที่ที่กำหนด ดังนี้

- 3.1 ทีมผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยสร้างสัมพันธภาพระหว่างทีมผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่างพร้อมกับแนะนำตัว อธิบายวัตถุประสงค์ในการวิจัยและขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลชี้แจงสิทธิประโยชน์ของกลุ่มตัวอย่างที่จะได้รับเมื่อเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้ โดยใช้เอกสารแนะนำข้อมูล (Information Sheet) เปิดโอกาสให้ซักถาม และใช้เวลาในการตัดสินใจในการเข้าร่วมการวิจัยและความร่วมมือในการทำวิจัยและความสมัครใจกับ

## กลุ่มตัวอย่าง

3.2 หลังจากกลุ่มตัวอย่างยินดีให้ความร่วมมือ และตอบรับในการเข้าร่วมการวิจัย ทีมผู้วิจัยดำเนินการให้กลุ่มตัวอย่างลงนามเข้าร่วมการวิจัยในหนังสือยินยอมด้วยความสมัครใจ

3.3 ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเก็บข้อมูลภาคสนามโดยทำการเก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์ซึ่งหน้า (face to face Interview) ใช้เวลาประมาณ 30-45 นาที โดยใช้การสัมภาษณ์ที่เป็นส่วนตัวปราศจากการรบกวน เพื่อให้ตอบคำถามได้อย่างสะดวก ไม่รู้สึกอึดอัดหรือเกิดความลำบากใจในการตอบแบบสัมภาษณ์

4. หลังจากเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์ของข้อมูลและเก็บข้อมูลเพิ่มเติมที่ข้อมูลไม่ครบถ้วนและนำไปวิเคราะห์ทางสถิติตามขั้นตอนที่วางแผนไว้

## การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ IBM SPSS Statistics 20 ในการวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติวิเคราะห์ 2 ส่วน คือ

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistic) เป็นการบรรยายข้อมูลโดยวิธีแจกแจงความถี่ หาค่าจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. สถิติเชิงวิเคราะห์ (Analytical statistics) ได้แก่ สถิติไคสแควร์ (Chi-Square) สถิตีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Correlation Coefficient) และสถิติวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบมีขั้นตอน (Multiple Regression)

## ผลการวิจัย

ผลการเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ซึ่งหน้า (face to face interview) จากกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 366 คน พบว่า

1. กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความฉลาดทางสุขภาพโดยรวม อยู่ระหว่าง 17-92 คะแนน จากคะแนนเต็ม 96 คะแนน ซึ่งกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 6.0 เท่านั้น ที่มีความฉลาดทางสุขภาพอยู่ในระดับเพียงพอ อีกร้อยละ 94.0 เป็นกลุ่มตัวอย่างที่มีความฉลาดทางสุขภาพในระดับไม่เพียงพอและกำลัง ดังแสดงในตารางที่ 1

เมื่อพิจารณาความฉลาดทางสุขภาพ จำแนกตามองค์ประกอบของความฉลาดทางสุขภาพทั้ง 6 ด้าน พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีทักษะด้านความรู้ความเข้าใจและการแปลความหมาย อยู่ในระดับถูกต้องสูง ในขณะที่ทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการ การสื่อสารเพื่อสร้างเสริมสุขภาพและลดความเสี่ยง การจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพ การรู้เท่าทันสื่อสารสนเทศ และการตัดสินใจเลือกปฏิบัติ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับกำลังและไม่เพียงพอ ดังแสดงในตารางที่ 2



### ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละของความฉลาดทางสุขภาพโดยรวมของกลุ่มตัวอย่าง

ระดับความฉลาดทางสุขภาพ	กลุ่มตัวอย่าง (n=366)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ความฉลาดทางสุขภาพเพียงพอ (Adequate health literacy)	22	6.0
ความฉลาดทางสุขภาพก้ำกึ่ง (Marginal health literacy)	235	64.2
ความฉลาดทางสุขภาพไม่เพียงพอ (Inadequate health literacy)	109	29.8
Mean= 61.00 S.D.=9.97 Min.=17 Max.=92	366	100.0

### ตารางที่ 2 ร้อยละของความฉลาดทางสุขภาพจำแนกตามองค์ประกอบของกลุ่มตัวอย่าง

องค์ประกอบความฉลาดทางสุขภาพ	ระดับความฉลาดทางสุขภาพ		
	เพียงพอ	ก้ำกึ่ง	ไม่เพียงพอ
1. ความรู้ ความเข้าใจและการแปลความหมาย (Cognitive)	245 (66.9)	102 (27.9)	19 (5.2)
2. การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ (Access)	63 (17.2)	155 (42.4)	148 (40.4)
3. การสื่อสารเพื่อเสริมสร้างสุขภาพและลดความเสี่ยง (communication skill)	72 (19.7)	222 (60.6)	72 (19.7)
4. การจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพ (Self-management)	67 (18.3)	136 (37.2)	163 (44.5)
5. การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ (Media literacy)	48 (13.1)	91 (24.9)	227 (62.0)
6. การตัดสินใจเลือกปฏิบัติ (Decision skill)	115 (31.4)	179 (48.9)	72 (19.7)

2. ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ การประกอบอาชีพ การมีโรคร่วม และระยะเวลาที่เป็นเบาหวานกับความฉลาดทางสุขภาพกับความฉลาดทางสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า อายุ ระดับการศึกษา การประกอบอาชีพ รายได้ และระยะเวลาที่เป็นเบาหวานมีความสัมพันธ์กับความฉลาดทางสุขภาพ (ตารางที่ 3 และ 4)

**ตารางที่ 3** ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับความฉลาดทางสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง โดยการวิเคราะห์โดยใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-Square)

ปัจจัยส่วนบุคคล	ความฉลาดทางสุขภาพ โดยรวม						$\chi^2$	p
	เพียงพอ		กำลัง		ไม่เพียงพอ			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
เพศ							0.786	.675
ชาย	9	7.4	78	64.5	34	28.1		
หญิง	13	5.3	157	64.1	75	30.6		
ระดับการศึกษา							18.154	.013*
ประถมศึกษา/ต่ำกว่า	13	4.6	175	62.3	93	33.1		
มัธยมศึกษาตอนต้น	4	13.8	18	62.1	7	24.1		
มัธยมศึกษาตอนปลาย	2	5.9	24	70.6	8	23.5		
อุดมศึกษา/สูงกว่า	3	13.6	18	81.8	1	4.5		
อาชีพ							19.682	< .001
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	3	3.5	41	47.7	42	48.8		
ประกอบอาชีพ	19	6.8	194	69.3	67	23.9		
การมีโรคร่วม							1.020	.601
ไม่มี	3	3.7	54	66.7	24	29.6		
มี	19	6.7	181	63.5	85	29.8		

p < .05 \* Fisher's Exact Test

**ตารางที่ 4** ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับความฉลาดทางสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง โดยการวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Correlation Coefficient)

ปัจจัยส่วนบุคคล	ความฉลาดทางสุขภาพ	
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	p
อายุ	-0.218**	< .001
รายได้	0.191**	< .001
ระยะเวลาที่เป็นเบาหวาน	-0.167**	.001

3. ผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันระหว่างองค์ประกอบความฉลาดทางสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า ตัวแปรความรู้ความเข้าใจและการแปลความหมาย การเข้าถึง

ข้อมูลและบริการสุขภาพ การสื่อสารเพื่อเสริมสร้างสุขภาพและลดความเสี่ยง การจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพ และการตัดสินใจเลือกปฏิบัติ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบความฉลาดทางสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยการวิเคราะห์สถิติค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Correlation Coefficient)

องค์ประกอบความฉลาดทางสุขภาพ	พฤติกรรมการดูแลตนเอง	
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	p
ความฉลาดทางสุขภาพโดยรวม	0.249	< .001
X <sub>1</sub> ความรู้ความเข้าใจและการแปลความหมาย	0.165	.002
X <sub>2</sub> การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ	0.118	.024
X <sub>3</sub> การสื่อสารเพื่อเสริมสร้างสุขภาพและลดความเสี่ยง	0.159	.002
X <sub>4</sub> การจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพ	0.227	< .001
X <sub>5</sub> การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ	0.007	.892
X <sub>6</sub> การตัดสินใจเลือกปฏิบัติ	0.203	< .001

4. ผลการวิเคราะห์อำนาจการทำนายขององค์ประกอบความฉลาดทางสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ด้วยการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (multiple regression) พบว่ามี 3 ตัวแปร คือ X<sub>1</sub> ความรู้ความเข้าใจและการแปลความหมาย X<sub>4</sub> การจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพ และ X<sub>6</sub> การตัดสินใจ

ใจเลือกปฏิบัติ สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรม การการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ได้ร้อยละ 17.1 โดยมีตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงสุดคือ องค์ประกอบที่ 4 การจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพ ดังแสดงในตารางที่ 6

**ตารางที่ 6 ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบแบบมีขั้นตอนระหว่างตัวทำนายและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2**

ตัวแปรทำนาย	b	SEb	β	t	p
Constant	30.169	2.419		12.471	.000
X <sub>4</sub> การจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพ	.445	.134	.170	3.320	.001
X <sub>1</sub> ความรู้ความเข้าใจและการแปลความหมาย	.454	.160	.143	2.827	.005
X <sub>6</sub> การตัดสินใจเลือกปฏิบัติ	.226	.090	.129	2.520	.012

R=.282, R2=.179, SSE=6.491, F=10.409

**อภิปรายผลการวิจัย**

จากการศึกษาครั้งนี้ ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 66.9 อายุ 50 ปีขึ้นไปเกือบร้อยละ 80 ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวานและเข้ารับการรักษาในช่วง 5-10 ปี คิดเป็นร้อยละ 44.0 และเกือบทั้งหมดของกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการรักษาโดยการรับประทานยา ร้อยละ 97.0 สอดคล้องกับการศึกษาทั้งในประเทศและต่างประเทศ ที่พบว่าผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ส่วนใหญ่เป็นวัยผู้สูงอายุ และส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย (Friis, Vind, Simmons, & Maindal, 2016; de Castro, Brito, & Gomes, 2014; สมฤทัย เพชรประยูร, 2555) โดยเฉพาะในผู้หญิงวัยหมดประจำเดือนพบอุบัติการณ์สูงขึ้นอย่างชัดเจน เนื่องจากผู้หญิงในวัยหมดประจำเดือนฮอร์โมนเอสโตรเจนจะลดลง ระดับคลอเรสเตอรอลสูงขึ้นส่งผลต่อกลไกการป้องกันเนื้อเยื่อทำให้เนื้อเยื่อต่อต่อฤทธิ์อินซูลิน (วิชัย เอกพลากร และคณะ, 2553)

1. ด้านความฉลาดทางสุขภาพ พบว่ากลุ่มตัวอย่างเพียงร้อยละ 6.0 เท่านั้น ที่มีความฉลาดทางสุขภาพอยู่ในระดับเพียงพอ อีกร้อยละ 94.0 เป็นกลุ่มตัวอย่างที่มีความฉลาดทางสุขภาพในระดับไม่เพียงพอและกำกวม ทั้งนี้อาจเป็นเพราะ

ในปัจจุบันตัวชี้วัดและเครื่องมือในการวัดความฉลาดทางสุขภาพยังไม่ชัดเจน มีการแลกเปลี่ยนข้อค้นพบระหว่างนักวิชาการกลุ่มต่างๆ รวมถึงยังไม่มีการรณรงค์เรื่องความฉลาดทางสุขภาพอย่างจริงจังในประเทศไทย ผลการศึกษานี้หากแยกพิจารณาตามองค์ประกอบความฉลาดทางสุขภาพทั้ง 6 องค์ประกอบ ทำให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนในส่วนขององค์ประกอบที่ 1 ความรู้ความเข้าใจและการแปลความหมายอยู่ในระดับถูกต้องสูง ร้อยละ 66.9 ในขณะที่ส่วนขององค์ประกอบที่ 2-6 กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนอยู่ในระดับกำกวมและไม่เพียงพอ

เมื่อพิจารณาในรายละเอียดขององค์ประกอบที่ 1 ซึ่งประกอบด้วยคำถามประเมินความรู้ความเข้าใจและการแปลความหมายข้อมูลสุขภาพ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีร้อยละการตอบคำถามที่ไม่ถูกต้องมากที่สุด คือ ด้านการควบคุมอาหารในเบาหวาน ร้อยละ 33 โดยเฉพาะหมวดอาหารแลกเปลี่ยน ซึ่งผู้ป่วยไม่สามารถวิเคราะห์อาหารทดแทนหรือจำนวนแคลอรีในอาหารที่เหมาะสมได้ รองลงมาคือ ด้านการรับประทานยา พบคำตอบส่วนใหญ่เป็นปริมาณยาที่ผู้ป่วยรับประทานเป็นประจำ ไม่ได้มาจากข้อมูลบนฉลาก

ยาที่ผู้วิจัยกำหนดให้อ่านและแปลความหมาย ทั้งนี้ อาจเกิดจากการประเมินนี้ต้องใช้ทักษะพื้นฐานด้านการอ่าน เขียน คำนวนและแปลความหมาย ซึ่งกลุ่มตัวอย่างคุ้นเคยกับการได้รับข้อมูลทางสุขภาพ และคำแนะนำการปฏิบัติตัวจากคำพูดของแพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข มากกว่าการอ่าน และแปลความหมายด้วยตนเอง ไปในทิศทางเดียวกับผลการศึกษาของ สมฤทัย เพชรประยูร (2555) ที่พบว่าผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่ยังไม่เข้าใจข้อมูลด้านการควบคุมอาหารและความรู้เกี่ยวกับเบาหวานเนื่องจากผู้ป่วยเบาหวานมีความเข้าใจต่อรูปแบบการให้ข้อมูลด้วยการเขียนและวาจาจากแพทย์ พยาบาล เภสัชกร อย่างไรก็ตามผู้ที่มีความฉลาดทางสุขภาพไม่เพียงพอและกำลัง ยังคงต้องได้รับการพัฒนาทั้ง 6 องค์ประกอบที่กล่าวข้างต้นให้ดีขึ้น เพราะเป็นหนทางที่สำคัญและเป็นปัจจัยพื้นฐานนำไปสู่การมีสุขภาพที่ดีดังที่องค์การอนามัยโลกให้นิยามความฉลาดทางสุขภาพ คือ ทักษะต่างๆ ทั้งการรับรู้และทางสังคมเป็นตัวกำหนดแรงจูงใจและความสามารถของบุคคลในการเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลเพื่อส่งเสริมและบำรุงรักษาสุขภาพของตนเองให้ดีอยู่เสมอ (ขวัญเมือง แก้วคำเกิง และนฤมล ศรีเพชรศรีอุไร, 2554)

**2. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับความฉลาดทางสุขภาพ** พบว่า ปัจจัยด้านอายุมีความสัมพันธ์แบบแปรผกผันกับความฉลาดทางสุขภาพ โดยผู้ป่วยที่มีอายุเพิ่มมากขึ้น ความฉลาดทางสุขภาพจะยิ่งลดลง สอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศ ที่พบว่าความฉลาดทางสุขภาพจะยิ่งลดลง เพราะมีการเปลี่ยนแปลงและเสื่อมถอยด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย การเคลื่อนไหว การมองเห็น การได้ยิน และความคิด

ความจำลดลง ส่งผลต่อพฤติกรรมดูแลตนเอง ลดน้อยลง (Ishikawa, Takeuchi, & Yano, 2008; Bostock, 2012) แม้ว่าการวิจัยนี้ ผู้วิจัยสังเกตเห็นปัญหาการมองเห็นของกลุ่มตัวอย่าง จึงลดช่องว่างโดยใช้การสัมภาษณ์ในการเก็บข้อมูล แต่ยังคงพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความฉลาดทางสุขภาพอยู่ในระดับไม่เพียงพอและกำลัง ร้อยละ 94.0

ด้านระดับการศึกษา พบว่า มีความสัมพันธ์กับความฉลาดทางสุขภาพ โดยผู้ที่มีความรู้ระดับการศึกษาตั้งแต่ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น จนถึงระดับอุดมศึกษาหรือสูงกว่า มีสัดส่วนของความฉลาดทางสุขภาพในระดับกำลังและเพียงพอ สูงกว่าผู้ที่มีการศึกษาในระดับประถมศึกษา หรือต่ำกว่า เพราะการศึกษาจะช่วยให้บุคคลสามารถพัฒนาตนเองและอาจความเกี่ยวเนื่องกับปัจจัยด้านอาชีพ เนื่องจากอาชีพมีความสัมพันธ์กับระดับการศึกษาก่อนข้างสูง กล่าวคือ เมื่อการศึกษาคือจะประกอบอาชีพที่ดีเช่นกัน เปิดโอกาสให้ มีปฏิสัมพันธ์หรือรับรู้ในด้านพฤติกรรมที่แตกต่าง (Ishikawa et al., 2008; เบญจมาศ สุรมิตรไมตรี, 2556; วรณศิริ นิลเนตร, 2554) เช่นเดียวกับการศึกษาของ DeCastro, Brito, & Gomes (2014) ได้ทำการศึกษาความฉลาดทางสุขภาพในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในประเทศบราซิล โดยใช้แบบวัด s-TOFHLA พบว่าผู้ที่ระดับการศึกษาต่ำจะมีระดับความฉลาดทางสุขภาพต่ำ

ด้านการประกอบอาชีพมีความสัมพันธ์กับความฉลาดทางสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน จากผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าผู้ที่ประกอบอาชีพมีแนวโน้มของการมีความฉลาดทางสุขภาพในระดับที่เพียงพอมากกว่าผู้ที่ไม่ประกอบอาชีพ เพราะผู้ที่ไม่ประกอบอาชีพมีการดำเนินชีวิตส่วนใหญ่อยู่กับ

บ้านเลี้ยงลูกหลาน ในขณะที่ผู้ประกอบอาชีพจะมีการปฏิสัมพันธ์ในชุมชน ส่งผลต่อโอกาสและการรับรู้ด้านสุขภาพ ทำให้แนวโน้มของผู้ที่ประกอบอาชีพมีฐานะทางสังคมที่ดีกว่าและมีกระบวนการหรือโอกาสพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพได้ดีกว่า (De Castro et al., 2014; เบญจมาศ สุรมิตรไมตรี, 2556)

ด้านรายได้กลุ่มตัวอย่างมีรายได้เฉลี่ยที่ 5695.63 บาทต่อเดือน ซึ่งสูงกว่าเส้นความยากจน (Poverty line) ของประเทศไทยที่ประมาณ 2,644 บาท/คน/เดือน (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2559) และพบว่ารายได้มีความสัมพันธ์แบบแปรผันตามความฉลาดทางสุขภาพ โดยผู้ที่มีรายได้สูงขึ้นจะมีความฉลาดทางสุขภาพที่เพิ่มมากขึ้น เนื่องจากผู้ที่มีรายได้สูงจะประกอบอาชีพที่มีฐานะทางสังคมที่ดีกว่า เปิดโอกาสและการรับรู้ด้านสุขภาพ การมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีทำให้มีแนวโน้มมีความฉลาดทางสุขภาพที่ดี (Schillinger et al., 2006; เบญจมาศ สุรมิตรไมตรี, 2556) แตกต่างกับ วรรณศิริ นิลเนตร (2554) ที่พบว่ารายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับความฉลาดทางสุขภาพ อาจเกิดจากกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาของ วรรณศิริ นิลเนตร เป็นผู้สูงอายุที่ไม่มีการแบ่งแยกฐานะหรือมีฐานะใกล้เคียงกัน จึงไม่มีความแตกต่างของรายได้มากนัก

ด้านระยะเวลาการเป็นโรคมีความสัมพันธ์แบบแปรผกผันกับความฉลาดทางสุขภาพ ผู้ที่มีระยะเวลาการเป็นเบาหวานเพิ่มขึ้นจะมีความฉลาดทางสุขภาพที่ลดลง ทั้งนี้เพราะผู้ป่วยที่มีระยะเวลาการเป็นเบาหวานมานาน จะปฏิบัติตามที่แพทย์หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขแนะนำ มากกว่าการชวนหาหาความรู้ต่างๆเพิ่มเติม ตรงกันข้าม

กับผู้ที่มีเริ่มเป็นเบาหวาน จะพยายามหาข้อมูลเพื่อดูแลรักษาสุขภาพตนเอง ดังนั้นระยะเวลาที่เพิ่มขึ้นจะทำให้ความฉลาดทางสุขภาพลดน้อยลง ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Morris, Maclean, & Littenberg. (2006) ที่พบว่า ระยะเวลาที่เป็นโรคของผู้ป่วยเบาหวานมีความสัมพันธ์กับความฉลาดทางสุขภาพ และการศึกษาของ Schillinger et al. (2002) ที่ได้ศึกษาความฉลาดทางสุขภาพกับผลลัพธ์ของผู้ป่วยเบาหวาน แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยเบาหวานที่มีความฉลาดทางสุขภาพไม่เพียงพอ จะมีระยะเวลาการเป็นโรคเฉลี่ยอยู่ที่ 11.4 ปี ในขณะที่ผู้ที่มีความฉลาดทางสุขภาพเพียงพอมีระยะเวลาการเป็นโรคเฉลี่ยอยู่ที่ 7.7 ปี

นอกจากนี้ยังพบตัวแปรที่ไม่มีมีความสัมพันธ์กับความฉลาดทางสุขภาพได้แก่เพศและการมีโรคร่วม (Schillinger et al., 2002; Ishikawa et al., 2008) เนื่องมาจากระดับการศึกษาทั้งเพศชายและเพศหญิงในการศึกษานี้มีระดับการศึกษาที่ใกล้เคียงกันเกือบทุกระดับ และหากมองถึงระบบการจัดการสุขภาพในระดับพื้นที่จังหวัด ในการให้ความรู้หรือการปฏิบัติตัวด้านต่างๆ เกี่ยวกับเบาหวาน ไม่มีการแบ่งแยกความรู้ในเพศชายหรือหญิงโดยเฉพาะเจาะจง ดังนั้นเพศที่แตกต่างกันความฉลาดทางสุขภาพไม่มีความแตกต่างกันเช่นเดียวกันกับตัวแปรการมีโรคร่วมที่พบว่า ทั้งผู้ที่มีโรคร่วมและไม่มีโรคร่วมมีระดับความฉลาดทางสุขภาพเป็นไปในทิศทางเดียวกันและใกล้เคียงกัน เนื่องจากการรับความรู้และบริการสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่มีและไม่มีโรคร่วมเป็นการเข้ารับบริการจากหน่วยบริการหรือคลินิกพิเศษเดียวกัน เมื่อพิจารณาถึงโรคร่วมยังพบว่า ผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตและโรคไข

มันในเลือดสูงร่วมด้วยซึ่งเป็นโรคในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ที่เกิดจากสาเหตุทางพฤติกรรมเป็นส่วนใหญ่ จึงทำให้การมีหรือไม่มีโรคร่วมไม่ส่งผลต่อความฉลาดทางสุขภาพที่แตกต่างกัน

### 3. องค์ประกอบของความฉลาดทางสุขภาพ ที่มีอิทธิพลและสามารถทำนายพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่า ความฉลาดทางสุขภาพโดยรวมมีความสัมพันธ์แปรผันตามกับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) อธิบายได้ว่า ถ้าผู้ป่วยเบาหวานมีความฉลาดทางสุขภาพเพิ่มขึ้นในระดับที่เพียงพอ จะช่วยให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลตนเองเพิ่มขึ้น เพราะบุคคลที่มีระดับความฉลาดทางสุขภาพต่ำ จะส่งผลต่อการใช้อินซูลิน การเข้ารับบริการสุขภาพและการตัดสินใจเลือกปฏิบัติพฤติกรรมดูแลตนเอง สอดคล้องกับ Protheroe J. et al. (2017) ที่ศึกษาความฉลาดทางสุขภาพ การป้องกันเบาหวานและการจัดการตนเอง พบว่า ความฉลาดทางสุขภาพเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพที่เป็นสาเหตุไปสู่การควบคุมระดับน้ำตาลของผู้ป่วยเบาหวาน (Protheroe, Rowlands, Bartlam, & Levin-Zamir, 2017)

องค์ประกอบของความฉลาดทางสุขภาพที่สามารถทำนายพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จังหวัดชัยนาท พบว่า มีเพียง 3 องค์ประกอบเท่านั้นที่เป็นตัวแปรที่ดีที่สุด และส่งผลต่อความแตกต่าง ได้แก่ ความรู้ความเข้าใจและการแปลความหมาย การจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพและการตัดสินใจเลือกปฏิบัติ ซึ่งเมื่อพิจารณาตัวแปรข้างต้น พบว่าเป็นความจำเป็นพื้นฐาน

ที่สอดคล้องกับทฤษฎีความสามารถในการดูแลตนเอง (Self-care agency) ของโอเรียม (Orem, 2001) ที่กล่าวถึงความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน (Foundation capabilities and disposition) เป็นความสามารถขั้นพื้นฐานของมนุษย์ที่จำเป็นสำหรับการปฏิบัติเพื่อขับเคลื่อนให้เกิดการปฏิบัติ โดยผู้ป่วยต้องมีความสามารถและทักษะในการเรียนรู้ ได้แก่ ความจำ ความสามารถในการอ่าน เขียน นับเลข รวมทั้งความสามารถในการหาเหตุผล การใช้ข้อมูลด้านสุขภาพ และการใช้เหตุผลเพื่อวิเคราะห์และนำมาตัดสินใจที่เหมาะสมในการดูแลตนเอง แสดงให้เห็นว่าการจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพ เป็นการใช้ทักษะ วิธีการหรือกลยุทธ์ระดับบุคคลในการกำหนดเป้าหมาย ร่วมกับการสื่อสารและการประยุกต์ใช้ข้อมูลที่ต้องใช้ทักษะในการคิด วิเคราะห์ ตรวจสอบความถูกต้อง ความน่าเชื่อถือของข้อมูลเพื่อหลีกเลี่ยงความเสี่ยง เพื่อการตัดสินใจและกำหนดทางเลือกหรือหลีกเลี่ยงเพื่อปรับเปลี่ยนวิธีปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลตนเองให้มีสุขภาพที่ดีขึ้น

### ข้อเสนอแนะ

#### 1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า ผู้ให้บริการ บุคลากรด้านสาธารณสุข ต้องให้ความสำคัญกับการสร้างกลยุทธ์ การเลือกช่องทางการให้ข้อมูลและการสื่อสารที่ตรงกับกลุ่มเป้าหมาย โดยเฉพาะด้านอาหาร และการรับประทานยาตามฉลากยา รวมทั้งองค์ประกอบของความฉลาดทางสุขภาพมีความสัมพันธ์แปรผันตามกับพฤติกรรมดูแลตนเอง หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรให้ความ

สำคัญในการพัฒนา วรรณคดีด้านความฉลาดทาง  
สุขภาพในแต่ละองค์ประกอบอย่างจริงจัง

## 2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ปัจจุบันเครื่องมือในการวัดความ  
ฉลาดทางสุขภาพยังไม่ชัดเจนในบางองค์ประกอบ  
จึงควรมีการออกแบบหรือพัฒนาเครื่องมือตัวชี้วัด  
ที่ตอบสนองต่อองค์ประกอบของความฉลาดทาง  
สุขภาพในแต่ละด้าน เพื่อช่วยเพิ่มรูปแบบของ  
เครื่องมือในการประเมินความฉลาดทางสุขภาพ  
และควรขยายการศึกษาในพื้นที่อื่นๆ เพื่อให้ทราบ  
ถึงความฉลาดทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน  
ในภาพกว้าง และความแตกต่างของตัวแปรด้าน  
การเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพ ความยากง่ายในการ  
เข้าถึงสื่อสารสนเทศของแต่ละพื้นที่ ตลอดจนวิถี  
ชีวิต ปัจจัยด้านสังคมที่อาจมีผลต่อการตัดสินใจ  
เลือกปฏิบัติ เป็นต้น

## เอกสารอ้างอิง

ขวัญเมือง แก้วคำเกิง, และนฤมล ตรีเพชรศรีอุไร.

(2554). *ความฉลาดทางสุขภาพ*. กอง  
สุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ  
กระทรวงสาธารณสุข. กรุงเทพฯ:  
นิเวศกรรมการพิมพ์ (ประเทศไทย) จำกัด

เบญจมาศ สุรมิตรไมตรี. (2556). *การศึกษา  
ความฉลาดทางสุขภาพ (Health Literacy)  
และสถานการณ์การดำเนินงานสร้างเสริม  
ความฉลาดทางสุขภาพของคนไทย  
เพื่อรองรับการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน,  
หลักสูตรนักบริหารการทูต, กระทรวงการ  
ต่างประเทศ.*

ปกาสิต โอวาทกานนท์. (2554). ผลการดูแล  
รักษาเบาหวานและปัจจัยที่มีความ

สัมพันธ์กับการไม่สามารถควบคุมระดับ  
น้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิด  
ที่ 2 ในโรงพยาบาลทรายมูล. *ศรีนครินทร์  
เวชสาร*, 26(4), 339-349.

วรรณศิริ นิลเนตร. (2554). *ความฉลาดทาง  
สุขภาพของผู้สูงอายุไทยในชมรมผู้สูงอายุ  
ในเขตกรุงเทพมหานคร (ปริญญาคุษฎี  
บัณฑิต)*. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

วิชัย เอกพลากร, เขาวรัตน์ ปรปักษ์ขาม, สุรศักดิ์  
ฐานีพานิชสกุล, หทัยชนก พรรคเจริญ,  
วรารณณ์ เสถียรนพเก้า, และกนิษฐาน  
ไทยกล้า. (2553). *การสำรวจสุขภาพ  
ประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย  
ครั้งที่ 4 พ.ศ.2551-2552*. นนทบุรี:  
สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย  
สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

สมฤทัย เพชรประยูร. (2555). *อิทธิพลของการ  
รับรู้ความรุนแรงของโรค ความแตกฉาน  
ด้านสุขภาพและการสนับสนุนจาก  
ครอบครัวต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง  
ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 (ปริญญามหา  
บัณฑิต)*. มหาวิทยาลัยมหิดล.

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและ  
สังคมแห่งชาติ. (2559). *ความยากจนและ  
การกระจายรายได้ (ชุดปัจจุบัน) - ความ  
ยากจนระดับประเทศและภาค*. เข้าถึงเมื่อ  
16 มกราคม 2560. สืบค้น จาก [http://  
social.nesdb.go.th/social/Default.aspx?ta  
bid=131](http://social.nesdb.go.th/social/Default.aspx?tabid=131)

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยนาท. (2558).  
*รายงานความครอบคลุมการคัดกรอง  
เบาหวานในประชากรกลุ่มเป้าหมาย.*



- เข้าถึงเมื่อ 7 มีนาคม 2559. สืบค้นจาก [http://203.157.210.17/NCD/report\\_main.php](http://203.157.210.17/NCD/report_main.php)
- Bostock, S. (2012). *Association between low functional health literacy and mortality in older adults: longitudinal cohort study*. Retrieved March 7, 2016, from <https://doi.org/10.1136/bmj.e1602>
- Chatterjee, S., Riewpaiboon, A., Piyauthakit, P., Riewpaiboon, W., Boupaijit, K., Panpuwong, N., Archavanuntagul, V. (2011). Cost of diabetes and its complications in Thailand: a complete picture of economic burden. *Health and Social Care in the Community*, 19(3), 289–298.
- DeCastro, S.H., Brito, G.N., & Gomes, M.B. (2014). Health literacy skills in type 2 diabetes mellitus outpatients from an university-affiliated hospital in Rio de Janeiro, Brazil. *Diabetology and Metabolic syndrome*, 6(1), 126.
- Friis, K., Vind, B.D., Simmons, R.K., & Maindal, H.T. (2016). *The relationship between health literacy and health behaviour in people with diabetes: A Danish population-based study*. Retrieved April 3, 2017, from <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/2047487317729538>
- International Diabetes Federation. (2015). *IDF Diabetes Atlas*. Retrieved March 7, 2016, from <http://www.diabetesatlas.org>
- Ishikawa, H., Takeuchi, T., & Yano, E. (2008). Measuring functional, Communication, and Critical Health Literacy Among Diabetic Patients. *Diabetes Care*, 31(5), 874-879.
- Manganello, J.A. (2008). Health literacy and adolescents: a framework and agenda for future research. *Health Education Research*, 23(5), 840-847.
- Morris, N.S., Maclean, C.D., & Littenberg, B. (2006). *Literacy and health outcome: a cross-sectional study in 1002 adults with diabetes*. *Biomed central Family Practice*. Retrieved March 7, 2016, from <https://doi.org/10.1186/1471-2296-7-49>
- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21<sup>st</sup> century Department of Public Health and *Community Medicine*. *Health promotion international*, 15(3), 259-267
- Protheroe, J., Rowlands, G., Bartlam, B. & Levin-Zamir, D. (2017). *Health Literacy, Diabetes Prevention, and Self-Management*. Retrieved April 3, 2017, from <https://doi.org/10.1155/2017/1298315>
- Schillinger, D., Grumbach, K., Piette, J., Wang, F., Osmond, D., Daher, C., Palacios, J., Sullivan, G.D., Bindman, A.B. (2002). Association of Health Literacy With

Diabetes Outcomes. JAMA, 288(4),  
475-482.

World Health Organization. (2009). *Health Literacy and Health Promotion Definition, Concepts and Example in the Eastern Mediterranean Region. Individual Empowerment Conference Working Document. 7th Global Conference on Health Promoting Health and Development.* Kenya: Nairobi.