

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรอบรู้ทางสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน

อานนท์ สังฆะพงษ์

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน

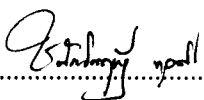
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

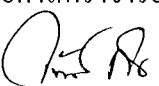
สิงหาคม 2561

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยบูรพา


คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์และคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ได้พิจารณา  
วิทยานิพนธ์ของ อานนท์ สังฆะพงษ์ ฉบับนี้แล้ว เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตาม  
หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนของมหาวิทยาลัยบูรพาได้

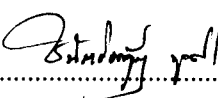
คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

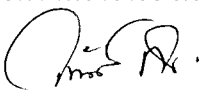
  
..... อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชัญญิชาคุชฎี ทูลศิริ)

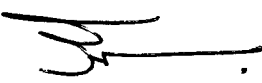
  
..... อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วรรณรัตน์ ลาวัง)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

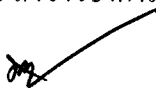
  
..... ประธาน  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นิภาวรรณ สามารถกิจ)

  
..... กรรมการ  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชัญญิชาคุชฎี ทูลศิริ)

  
..... กรรมการ  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วรรณรัตน์ ลาวัง)

  
..... กรรมการ  
(รองศาสตราจารย์ ดร.รัชณี สรรเสริญ)

คณะพยาบาลศาสตรบัณฑิตให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตาม  
หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน ของมหาวิทยาลัยบูรพา

  
..... คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์  
(รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรี ไชยมงคล)

วันที่ 29 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2561

## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จได้ด้วยดี เนื่องจากได้รับความกรุณาให้คำปรึกษา และช่วยแนะนำแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ อย่างดียิ่งจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชัญญาดาคุษฎี ทูลศิริ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วรรณรัตน์ ลาวัณ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ซึ่งทำให้ผู้วิจัยได้ชี้แนะแนวทางในการศึกษาค้นคว้า ประเด็นความรู้ และปรากฏการณ์ใหม่ ๆ ทางการพยาบาล ตลอดจนได้รับการสนับสนุนให้กำลังใจแก่ผู้วิจัยเสมอมา ทำให้ผู้วิจัยตระหนักและซาบซึ้งในความกรุณาเป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นิภาวรรณ สามารถกิจ ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ รองศาสตราจารย์ ดร.รัชณี สรรเสริญ ผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก ที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะ และแนวทางการเขียนงานจนทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีรายละเอียดครบถ้วน สมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

ขอกราบขอบพระคุณ สาธารณสุขอำเภอกันทรารมณีน อำเภอพยุห์ และที่สำคัญ คือ ครอบครัวผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชนทุกท่านที่ให้ความร่วมมืออย่างดี และเสียสละเวลาในการให้ข้อมูลแก่ผู้วิจัย ช่วยให้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยดี

ขอกราบขอบพระคุณอาจารย์ผู้สอนในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน ที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ ความเข้าใจในวิชาการด้านต่าง ๆ จนทำให้ผู้วิจัยสามารถทำวิจัยได้สำเร็จ

สุดท้ายนี้ขอกราบขอบพระคุณทุก ๆ คนในครอบครัว ตลอดทั้งเพื่อน ๆ รุ่นพี่ ในสาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน และเพื่อนร่วมหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต ทุกท่าน รวมทั้งเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในเขตอำเภอพยุห์ และอำเภอกันทรารมณีน ทุกท่านที่ได้ให้ความช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ และเป็นกำลังใจให้ตลอดเวลา คุณค่าหรือคุณประโยชน์อันเกิดจากการทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ขอมอบอุทิศแด่ครอบครัวผู้ป่วยโรคเรื้อรังให้สามารถดูแลตนเองได้ ถูกต้องเหมาะสม เผชิญกับปัญหาที่เกิดขึ้น และมีพลังในการดำเนินชีวิตต่อไปอย่างมีคุณภาพ และมีสุขภาพที่ดี

อานนท์ สังฆะพงษ์

58920050: สาขาวิชา: การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน; พย.ม. (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)

คำสำคัญ: ความรอบรู้ทางสุขภาพ/ ญาติผู้ดูแล/ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

อานนท์ สังฆะพงษ์: ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรอบรู้ทางสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน (FACTORS INFLUENCING HEALTH LITERACY AMONG FAMILY CAREGIVERS OF CHRONIC DISEASE PATIENTS IN COMMUNITY) คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์: ชนัญชิตาคุยฎี ทูลศิริ, ปร.ค., วรรณรัตน์ ลาวัง, Ph.D. 92 หน้า. ปี พ.ศ. 2561.

หากญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีความรอบรู้ทางสุขภาพดี จะทำให้ตนเองเป็นผู้มีสุขภาพดีที่สามารถดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้อย่างมีประสิทธิภาพ การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรอบรู้ทางสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่างคือญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน อำเภอกันทรารมณีน จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 120 ราย ซึ่งได้มาด้วยการสุ่มอย่างง่าย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป การใช้สื่อ การสนับสนุนทางสังคม และความรอบรู้ทางสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ระหว่างเดือนเมษายน ถึงเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2561 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นต้น

ผลการวิจัยพบว่า ความรอบรู้ทางสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังอยู่ระดับต่ำ ( $M = 61.37, SD = 12.72$ ) ปัจจัยด้านการศึกษา ( $\beta = .56$ ) การสนับสนุนทางสังคม ( $\beta = .21$ ) และอายุ ( $\beta = -.19$ ) สามารถร่วมกันทำนายความรอบรู้ทางสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ได้ร้อยละ 58.6 ( $R^2 = .586, p < .001$ )

จากผลการวิจัยเสนอแนะว่า พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนและบุคลากรด้านสุขภาพอาจพัฒนากิจกรรมหรือ โปรแกรมให้ญาติผู้ดูแลที่มีระดับการศึกษาค่ำหรือมีอายุมาก ได้รับการสนับสนุนทางสังคม เพื่อส่งเสริมให้ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีความรอบรู้ทางสุขภาพ ทำให้สามารถดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้ดีขึ้น

58920050 : MAJOR: COMMUNITY NURSE PRACTITIONER; M.N.S.  
(COMMUNITY NURSE PRACTITIONER)

KEYWORDS: HEALTH LITERACY/ FAMILY CAREGIVERS/  
CHRONIC DISEASE PATIENTS

ARNON SANGKHAPHONG: FACTORS INFLUENCING HEALTH LITERACY  
AMONG FAMILY CAREGIVERS OF CHRONIC DISEASE PATIENTS IN COMMUNITY.  
ADVISORY COMMITTEE: CHANANDCHIDADUSSADEE TOONSIRI, Ph.D., WANNARAT  
LAWANG, Ph.D. 92 P. 2018.

If family caregivers have good health literacy, they will be healthy and can effectively look after their relatives who are patients with chronic diseases. This research aimed to identify factors influencing health literacy among family caregivers of chronic disease patients in community. Participants were 120 family caregivers in communities at Kanthararom district, Si Sa Ket province. They were selected by simple random sampling. Data were collected by questionnaires regarding demographic information, media use, social support, and health literacy of family caregivers. Data were collected from April to May, 2018. Descriptive statistics and stepwise multiple regression analysis were employed for data analysis.

Study results revealed that health literacy among these family caregivers of chronic disease patients had health literacy at a low level ( $M = 61.37$ ,  $SD = 12.72$ ). Education ( $\beta = .56$ ), social support ( $\beta = .21$ ), and age ( $\beta = -.19$ ) explained 58.6 % of the variance in health literacy among family caregivers of chronic disease patients ( $R^2 = .586$ ,  $p < .001$ ).

Findings suggest that nurses and health care providers would develop an intervention or program of providing social support for family caregivers with low education and old age. This might help these caregivers have high health literacy, then can take better care of their relatives living with chronic disease.

# สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย .....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ .....	จ
สารบัญ .....	น
สารบัญภาพ .....	ช
สารบัญตาราง .....	ฉ
บทที่	
1 บทนำ .....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย .....	6
สมมติฐานของการวิจัย .....	6
ขอบเขตของการวิจัย .....	6
กรอบแนวคิดในการวิจัย .....	6
นิยามศัพท์เฉพาะ .....	7
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง .....	9
ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง.....	9
แนวคิดเกี่ยวกับความรู้ทางสุขภาพ.....	17
ปัจจัยที่มีผลกับความรู้ทางสุขภาพ .....	22
3 วิธีดำเนินการวิจัย .....	26
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	26
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย .....	28
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย.....	33
การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง .....	33
การเก็บรวบรวมข้อมูล .....	34
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	35

## สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
4 ผลการวิจัย.....	36
ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง.....	36
ส่วนที่ 2 การใช้สื่อ และการสนับสนุนทางสังคม.....	39
ส่วนที่ 3 ระดับความรอบรู้ทางสุขภาพ.....	39
ส่วนที่ 4 ปัจจัยทำนายความรอบรู้ทางสุขภาพ.....	42
5 สรุปและอภิปรายผล .....	46
สรุปผลการวิจัย .....	46
อภิปรายผลการวิจัย .....	47
ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ .....	51
ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป.....	52
บรรณานุกรม .....	53
ภาคผนวก .....	64
ภาคผนวก ก .....	65
ภาคผนวก ข .....	77
ภาคผนวก ค .....	82
ภาคผนวก ง.....	88
ประวัติย่อของผู้วิจัย .....	92

## สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง.....	36
2	จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกตามข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังของกลุ่มตัวอย่าง.....	38
3	ช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการใช้สื่อ และการสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มตัวอย่าง .....	39
4	ช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความรอบรู้ทางสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง .....	39
5	ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับความรอบรู้ทางสุขภาพ จำแนกตามรายชื่อของกลุ่มตัวอย่าง .....	40
6	การวิเคราะห์สมการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนของปัจจัยทำนายความรอบรู้ทางสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง .....	44
7	การกำหนดรหัสตัวแปรหุ่น .....	89
8	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างเพศ ( $x_1$ ) อายุ ( $x_2$ ) การศึกษา ( $x_3$ ) ไม่ได้ประกอบอาชีพ/แม่บ้าน( $x_4$ ) รับจ้าง ( $x_5$ ) เกษตรกร ( $x_6$ ) ข้าราชการ/ รัฐวิสาหกิจ ( $x_7$ ) รายได้ ( $x_8$ ) ภาษาไทย ( $x_9$ ) ภาษาส่วย ( $x_{10}$ ) ภาษาไทยอีสาน ( $x_{11}$ ) การใช้สื่อ ( $x_{12}$ ) การสนับสนุนทางสังคม ( $x_{13}$ ) และความรอบรู้ทางสุขภาพ ( $y$ ) ของกลุ่มตัวอย่าง.....	90
9	ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการใช้สื่อของกลุ่มตัวอย่าง .....	91
10	ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มตัวอย่าง .....	91



## สารบัญภาพ

ภาพที่	หน้า
1 กรอบแนวคิดในการวิจัย .....	7
2 กรอบแนวคิด Health literacy .....	21
3 ขั้นตอนการสุ่มตัวอย่าง .....	28

# บทที่ 1

## บทนำ

### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคเรื้อรังเป็นโรคที่รักษาไม่หายขาด มีลักษณะการดำเนินของโรคนานาน (World Health Organization [WHO], 2007; Malcolm et al., 2007) โดยเฉพาะกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ซึ่งทวีความรุนแรงเพิ่มขึ้น จากการรายงานขององค์การอนามัยโลก ในปี พ.ศ. 2559 พบว่า โรคเรื้อรังเป็นสาเหตุการเสียชีวิตหลักของประชากรทั่วโลก ซึ่งพบจำนวนผู้เสียชีวิตสูงถึง 39.5 ล้านคน และที่สำคัญผู้ป่วยในกลุ่มดังกล่าว ร้อยละ 80 เป็นประชากรในกลุ่มประเทศที่กำลังพัฒนา (WHO, 2015) ในทิศทางเดียวกันประเทศไทย พบว่า 5 โรคที่มีอัตราป่วย และเสียชีวิตสูง ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคถุงลมโป่งพอง และโรคมะเร็ง (สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข, 2560) ผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวมักมีความพิการหลงเหลืออยู่ (ศิริอรสินธุ์, รสสุคนธ์ วาริตสกุล และอรวมน ศรียุคศุทร, 2553; Mosca, Hong, Dani, Favaloro, & Luo, 2012) สอดคล้องกับข้อมูลที่พบว่า ประมาณร้อยละ 21 ของผู้ป่วยโรคเรื้อรังไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้หรือช่วยเหลือตนเองได้บ้าง ต้องอาศัยผู้ดูแล (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2559) ซึ่งผู้ดูแลส่วนใหญ่เกี่ยวข้องเป็นบุคคลในครอบครัวหรือญาติในการทำหน้าที่ช่วยเหลือดูแลทดแทนความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของผู้ป่วยเรื้อรังที่ลดลงขณะอยู่ที่บ้าน

ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังติดบ้าน ติดเตียง ที่มีความบกพร่องในการช่วยเหลือตนเอง และมีความต้องการในการดูแลใกล้ชิดต่อเนื่อง (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2559) จำเป็นต้องรับบทบาท และทำหน้าที่แทนผู้ป่วย ได้แก่ การเป็นผู้ตัดสินใจในการรักษาพยาบาล การสื่อสารข้อมูลผู้ป่วยให้ทีมสุขภาพทราบ การสนับสนุนทางสังคม และเศรษฐกิจ ค่าใช้จ่ายในการรักษา และที่สำคัญคือ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันทดแทนผู้ป่วยขณะอยู่ที่บ้าน และโรงพยาบาล (วารุณี มีเจริญ, 2557) เช่น การรับประทานยาและอาหาร การอาบน้ำแต่งตัว การขับถ่าย และการออกกำลังกาย เป็นต้น (นงนุช เพ็ชรรวง, ปนัดดา ปรียทฤณ และวิโรจน์ ทองเกลี้ยง, 2556) ซึ่งญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังใช้ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยเฉลี่ยประมาณ 8-10 ชั่วโมงต่อวัน ต่อเนื่องกันมากกว่า 6 เดือน (สินีนุช ขำดี, มณี อากานันท์กุล และยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, 2557) ส่งผลต่อผู้ดูแลทั้งมีความยากลำบากในการปรับตัวจากการดูแลที่ย่างยาก ซ้ำซ้อน มุ่งให้ความสนใจดูแลผู้ป่วยจนขาดการดูแลตนเอง (ภาวิณี พรหมบุญ, นพวรรณ เปียซื่อ และสมนึก สกุดหงส์โสภณ, 2557) พฤติกรรมสุขภาพ และวิถีชีวิตเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม เช่น การรับประทานอาหารที่ไม่ตรงเวลา เลือกรับประทานอาหารจานด่วน

(Geoffrey, Jihey, & Carolyn, 2012) ขาดการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ พักผ่อนไม่เพียงพอ และไม่สามารถจัดการความเครียดของตนเองได้ (Ross, Yang, Klagholz, Wehrle, & Bevans, 2016) มีการดื่มแอลกอฮอล์หรือสูบบุหรี่ (Lee, Colditz, Berkman, & Kawachi, 2003) อีกทั้งยังพบว่า ญาติผู้ดูแลมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองโดยรวมอยู่ในระดับต่ำ (รัชนิพร ภัทรปกรณ์, จงจิต เสน่หา และวิมลรัตน์ ภูวราวุฒิปานิช, 2557) ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของญาติผู้ดูแลทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม (สายพิณ เกษมกิจวัฒนา และปิยะภรณ์ ไพโรสนธิ, 2557) สำหรับผลกระทบด้านร่างกายที่พบ ได้แก่ ความเหนื่อย เมื่อยล้า ปัญหาการหลับนอน ภาวะปวดหลัง ปวดเข่า และปวดกล้ามเนื้อ น้ำหนักลด และทำให้เกิดอาการกำเริบของโรคเรื้อรังในญาติผู้ดูแลที่มีโรคประจำตัวอยู่แล้วด้วย (คณิศร เต็งรัง, ศิราณี ศรีมาภาค และ โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, 2557; ศรีธยา แสงมณี, มณี อาภานันท์กุล และยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, 2555; เขียวลักษณ์ โพธิ์คารา, จุริรัตน์ กอเจริญยศ, พัทนี สมกำลัง, และยุทธชัย ไชยสิทธิ์, 2557; Lokk, 2008; Patricia & Louise, 2015) ส่วนผลกระทบด้านจิตใจ ได้แก่ เกิดความเครียด วิตกกังวล (ภาวินี พรหมบุญ และคณะ, 2557) และผลกระทบด้านสังคมทำให้มีเวลาเข้าสังคมน้อยลง กระทบต่องานประจำ (สาสินี เทพสุรธรรม, ทองเจริญ ชูพงษ์ยศ และรศรินทร์ เกรย์, 2557) ผลกระทบต่าง ๆ ส่งผลทำให้ญาติผู้ดูแลเกิดโรคเรื้อรังตามมา ถ้าหากญาติผู้ดูแลสามารถปฏิบัติพฤติกรรมในการดูแลตนเอง ได้ถูกต้อง จะช่วยป้องกันการเกิดโรคเรื้อรัง และมีสุขภาพที่ดีในขณะที่ดูแลผู้ป่วย ย่อมส่งผลลัพธ์ที่ดี ในการดูแล (Goldberg & Rickler, 2011) จากผลกระทบดังกล่าวจึงควรหาวิธีการในการลดผลกระทบ ที่เกิดขึ้นเพื่อให้การช่วยเหลือดูแลกลุ่มญาติผู้ดูแล

จากการศึกษาที่ผ่านมาเกี่ยวกับการช่วยเหลือดูแลญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง พบว่า มีการจัดโปรแกรมการจัดการปัญหาสุขภาพให้กับญาติผู้ดูแล (นันทกาญจน์ บั๊กยี, ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, สุปรีดา มั่นคง และสิริรัตน์ ธีลาจรัส, 2559) และการส่งเสริมสุขภาพเพื่อให้ญาติผู้ดูแลมีพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองที่ถูกต้อง (แสงเดือน กิ่งแก้ว และนุศรา ประเสริฐศรี, 2558; อาเนช โออิน, 2559; ประภาสวัชร งามคณะ, 2557; Sun et al., 2013) การส่งเสริมให้บุคคลมีสุขภาพดี มีการปฏิบัติพฤติกรรม เพื่อป้องกันการเกิดโรคเรื้อรังที่ดี สามารถทำได้จากการปฏิบัติพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์ งดดื่มแอลกอฮอล์ และงดสูบบุหรี่ (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2555) และต้องอาศัยความสามารถหลายด้าน เช่น การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ และบริการสุขภาพ ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ การรู้เท่าทันสื่อ และการตัดสินใจเกี่ยวกับข้อมูลทางสุขภาพได้เหมาะสม เป็นต้น ซึ่งเป็นองค์ประกอบของความรู้ทางสุขภาพ (เขาวภา ปฐมศิริกุล, โชติรัศ ชวนิชย์ และเริ่ม ไสแจ่ม, 2557; สุนทรี สุรัตน์, กิตติ ศศิวิมลลักษณ์, เกวลี เครื่องจักร และวิโรจน์ มงคลเทพ, 2559; อรดี โชติเสน, สุรเดช ประดิษฐ์บาทูภา และอารี ชิวเกษมสุข, 2558; อัญชลี จันทรินทรการ, 2557) ถ้าหากญาติผู้ดูแลมีระดับความรู้

ทางสุขภาพที่สูง อาจจะทำให้สามารถดูแลสุขภาพตนเองที่ถูกต้องหรือเหมาะสม ส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพให้ดีขึ้นได้

ความรู้ทางสุขภาพ (Health literacy) เป็นระดับความสามารถของบุคคลในการใช้ทักษะทางด้านการคิดด้วยปัญญา และทักษะปฏิสัมพันธ์ทางสังคมในการเข้าถึง ทำความเข้าใจ และประเมินข้อมูล ข่าวสารทางสุขภาพ และบริการทางสุขภาพที่ได้รับจากบุคลากรสาธารณสุข สื่อต่าง ๆ และได้เรียนรู้จากสิ่งแวดล้อม ซึ่งทำให้เกิดการจูงใจตนเองให้มีการตัดสินใจเลือกวิถีทางในการดูแลสุขภาพตนเองจัดการสุขภาพตนเองเพื่อป้องกัน และคงรักษาสุขภาพที่ดีของตนเองไว้เสมอ (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2560; Nutbeam, 2008) นอกจากนี้ความรู้ทางสุขภาพเป็นตัวชี้วัดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่เกิดขึ้นจากการให้ความรู้ทางสุขภาพด้วยการเผยแพร่ข้อมูลผ่านสื่อต่าง ๆ การให้คำแนะนำโดยบุคลากรสาธารณสุข รวมถึงปัจจุบันประชาชนมีความรู้และเข้าถึงสื่อทางสุขภาพต่าง ๆ ที่มีความหลากหลายได้ง่ายขึ้นแต่ขาดการไตร่ตรองข้อมูลก่อนการนำไปใช้ ภาครัฐจึงให้ความสำคัญในเรื่องการส่งเสริมให้คนไทยมีความรอบรู้ทางสุขภาพมากขึ้นอีกด้วย (คณะกรรมการวิชาการขับเคลื่อนการปฏิรูปประเทศ, 2559) ซึ่งในปัจจุบันมีการศึกษาพัฒนาความรู้ทางสุขภาพแล้วทั้งในประเทศไทย และต่างประเทศ

จากการทบทวนเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความรู้ทางสุขภาพ พบว่า ในต่างประเทศมีการศึกษาระดับของความรู้ทางสุขภาพเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยในกลุ่มญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Lindquist, Jain, Tam, Martin, & Baker, 2010; Garcia, Espinoza, Lichtenstein, & Hazuda, 2013; Hendrix et al., 2015) พบว่า ระดับความรู้ทางสุขภาพของญาติผู้ดูแลอยู่ในระดับต่ำ (Andrea, Marilyn, Raymond, & David, 2014; Yuen, Knight, Ricciardelli, & Burney, 2016) และถ้าหากญาติผู้ดูแลมีความรอบรู้ทางสุขภาพที่ต่ำ จะส่งผลให้ผู้ดูแลจัดการตนเองไม่ถูกต้อง มีปัญหาสุขภาพ (Wittenberg, Goldsmith, & Ragan, 2017) รู้สึกเป็นภาระมากขึ้นจากการรับบทบาทผู้ดูแล (Rahman, 2014) คุณภาพชีวิตลดลง (Gibson, 2013) ซึ่งเป็นผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ไม่ดี (Yuen et al., 2016) ส่วนการศึกษาในประเทศไทย พบมีข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับความรู้ทางสุขภาพใน 4 กลุ่มประชากร ได้แก่ เด็กวัยรุ่น ผู้สูงอายุ และผู้ป่วยเรื้อรัง ผลการศึกษาพบว่า ส่วนใหญ่มีความรอบรู้ทางสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ (เบญจมาศ สุรมิตรไมตรี, 2556; อารยา ทิพย์วงศ์ และจารุณี นุ่มพูล, 2557; อัญชลี จันทรินทรการ, 2557) สำหรับการศึกษาในกลุ่มญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่มีความเสี่ยงทางสุขภาพที่ไม่สามารถมองข้ามได้ เกี่ยวกับความรู้ทางสุขภาพ ยังพบข้อมูลน้อย และไม่ปรากฏการศึกษาถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อความรู้ทางสุขภาพ ซึ่งมีหลายปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับความรู้ทางสุขภาพทั้งปัจจัยด้านบวกและลบ (Paasche-Orlow & Wolf, 2007; Manganello, 2008)

จากการศึกษาเอกสารงานวิจัยที่ผ่านมาเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรอบรู้ทางสุขภาพ พบว่า มีทั้งปัจจัยด้านบุคคล ปัจจัยด้านสังคม และปัจจัยด้านวัฒนธรรม เช่น เพศ เชื้อชาติ อายุ การศึกษา อาชีพ รายได้ ภาษา ทักษะทางสังคม ทักษะทางปัญญา การใช้สื่อ และการสนับสนุนทางสังคม เป็นต้น (Manganello, 2008; Paasche-Orlow & Wolf, 2007; Sorensen et al., 2012) โดยเพศ เป็นปัจจัยหนึ่ง ที่บ่งบอกถึงความเข้มแข็ง ความสามารถ ความเชื่อ ค่านิยมรวมถึงวัฒนธรรมในสังคมนั้น ๆ ในการดูแล สุขภาพตนเอง จากการศึกษาพบว่า เพศชายมีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ทางสุขภาพ (Jayasinghe et al., 2016; Hosokawa et al., 2016) อายุ เป็นปัจจัยที่มีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคลบ่งบอกถึง วุฒิภาวะ หรือความสามารถในการจัดการกับสิ่งต่าง ๆ ตามช่วงวัยของอายุ มีการศึกษาหลายเรื่องพบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ทางสุขภาพ (Berens, Dominique, Melanie, Klaus, & Doris, 2016; Yongbing et al., 2015) การศึกษาเป็นปัจจัยที่บ่งบอกถึงการพัฒนาศติปัญญา ระดับความสามารถ ในการจัดการแก้ปัญหาสุขภาพ มีการศึกษาวิจัยที่พบว่า การศึกษามีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ ทางสุขภาพ โดยเฉพาะบุคคลที่มีการศึกษาสูงจะมีความรอบรู้ทางสุขภาพสูงตามไปด้วย (Ayse, Kamil, Serdar, & Hamdi, 2017; Yongbing, Yanli, Liu, & Yanfei, 2015) อาชีพ เป็นสิ่งที่บ่งบอกถึง การมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม มีการบริหารเวลาในการทำงาน และลักษณะงานที่ทำ ซึ่งแต่ละอาชีพให้ ความสนใจดูแลสุขภาพแตกต่างกัน จากการศึกษาของ Hikmah, Tjipto, Ahmad, and Qomariyatus (2016) พบว่า อาชีพมีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ทางสุขภาพ ส่วนรายได้ เป็นคำตอบแทนที่ได้ จากการทำงาน เป็นปัจจัยด้านเศรษฐกิจที่ช่วยให้บุคคลใช้อำนาจทางการเงินเพื่อเพิ่มความสามารถ ในการดูแลสุขภาพตนเอง รายได้ส่งผลต่อความรอบรู้ทางสุขภาพของแต่ละบุคคล (Denuwara & Gunawardena, 2017; Sun et al., 2013)

จากการศึกษาที่ผ่านมายังพบว่า ภาษา ซึ่งปัจจัยทางวัฒนธรรมที่มีความแตกต่างกัน ในแต่ละเชื้อชาติ และเผ่าพันธุ์ ซึ่งใช้ในการสื่อสารข้อมูล หากบุคคลที่มีระดับความรู้ ความเข้าใจ ในการใช้ภาษาไม่ดีย่อมส่งผลต่อระดับความรอบรู้ทางสุขภาพ (Matthew & Chandra, 2011; Ciampa et al., 2013) โดยในเขตบริการสุขภาพของ สาธารณสุขอำเภอกันทรารมณณ์ จังหวัดศรีสะเกษ พบว่า มีความหลากหลายทางภาษาที่ใช้ในการพูดสื่อสารจากการอาศัยอยู่ของชนชาติพันธุ์ 4 เผ่า ได้แก่ กูย (ส่วย) เขมร เขอ และลาว (คณะกรรมการฝ่ายประมวลเอกสารและจดหมายเหตุ, 2542) อาจส่งผลต่อ ความรอบรู้ทางสุขภาพเช่นเดียวกับการใช้สื่อของแต่ละบุคคล ในปัจจุบันนิยมการสืบค้นข้อมูล ทางอินเทอร์เน็ต เป็นทักษะการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ ที่สะดวก รวดเร็ว หากบุคคลสามารถใช้สื่อที่มีความหลากหลายทางข้อมูลย่อมทำให้เพิ่มความรอบรู้ทางสุขภาพได้ (Diane, Dafna, & Rosa, 2011; Helen, 2017) นอกจากนี้ การสนับสนุนทางสังคมไม่ว่าจะเป็นการให้ข้อมูลทางสุขภาพ การรณรงค์ จัดโครงการส่งเสริมสุขภาพ หรือการช่วยเหลืออื่น ๆ จากบุคคลรอบข้าง สังคม บุคลากรทางการแพทย์

หรือองค์กรต่าง ๆ ทำให้ความรอบรู้ทางสุขภาพของบุคคลเพิ่มสูงขึ้นด้วยเช่นกัน (สันติ ขอมประโคน, ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ, คณินิจ พงศ์ถาวรภมม และเจริญ ชูโชติถาวร, 2557; Eileen, Sally, Mary, Aurelia, & Robin, 2014)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่า ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เป็นกลุ่มประชากรกลุ่มหนึ่งที่ได้รับผลกระทบทางสุขภาพจากภาวะการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่มีระยะเวลายาวนาน สนใจดูแลผู้ป่วยจนขาดการดูแลตนเอง ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพในหลายด้าน และก่อให้เกิดโรคเรื้อรังตามมา ดังนั้นจำเป็นต้องให้ความสำคัญในการส่งเสริมการดูแลสุขภาพของญาติผู้ดูแล เพื่อผลลัพธ์ที่ดีในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า ปัจจัยหนึ่งซึ่งช่วยส่งเสริมสุขภาพของญาติผู้ดูแล คือ ความรอบรู้ทางสุขภาพ (WHO, 2017) ซึ่งเป็นปัจจัยที่กำลังได้รับความสนใจในปัจจุบัน โดยองค์การอนามัยโลก ได้ให้ประเทศสมาชิกมุ่งเน้นความสำคัญในการพัฒนาความรอบรู้ทางสุขภาพของปัจเจกบุคคลที่ส่งผลต่อปัจจัยกำหนดสุขภาพ ซึ่งการศึกษาความรอบรู้ทางสุขภาพในญาติผู้ดูแลที่ผ่านมาส่วนใหญ่ พบการศึกษาในต่างประเทศ เกี่ยวกับความรอบรู้ทางสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง โดยศึกษาระดับความรอบรู้ทางสุขภาพ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง แต่ยังไม่พบการศึกษาความรอบรู้ทางสุขภาพในการดูแลตนเองของญาติผู้ดูแลโดยตรง ซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงทางสุขภาพจากการรับบทบาทผู้ดูแลที่ไม่ควรมองข้าม เพราะมุ่งดูแลผู้ป่วยขาดการดูแลตนเอง การศึกษาความรอบรู้ทางสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในการดูแลสุขภาพตนเองจึงเป็นเรื่องที่สำคัญและยังขาดข้อมูล เนื่องจากความรอบรู้ทางสุขภาพเป็นเรื่องใหม่ในประเทศไทย และความรอบรู้ทางสุขภาพของคนไทยอยู่ในระดับต่ำ (เบญจมาศ สุรมิตรไมตรี, 2556; อารยา ทิพย์วงศ์ และจารุณี นุ่มพูล, 2557; อัญชลี จันทรินทรากร, 2557) อีกทั้งรัฐบาลจัดให้เป็นนโยบาย และวาระแห่งชาติ (คณะกรรมการขับเคลื่อนการปฏิรูปประเทศ, 2559) ในการส่งเสริมและพัฒนาความรอบรู้ทางสุขภาพให้กับประชาชนด้วย อีกทั้งข้อมูลที่มีการศึกษาวิจัยในต่างประเทศไม่สามารถนำมาอธิบายในบริบทของประเทศไทยได้ทั้งหมด เนื่องจากมีความแตกต่างกันของพื้นที่ โดยเฉพาะในพื้นที่อำเภอกันทรารมณณ์ จังหวัดศรีสะเกษ ที่มีความหลากหลายทั้งเชื้อชาติ ภาษา วัฒนธรรม เศรษฐกิจและสังคม และยังพบข้อมูลจำนวนญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในพื้นที่อำเภอกันทรารมณณ์มีแนวโน้มสูงขึ้น จากปี พ.ศ. 2558 ถึง พ.ศ. 2560 มี 208, 592 และ 724 ราย ตามลำดับ (สำนักงานสาธารณสุขอำเภอกันทรารมณณ์, 2561)

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรอบรู้ทางสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน โดยประยุกต์ใช้แนวคิดเกี่ยวกับความรอบรู้ทางสุขภาพของ Manganello (2008) เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา ทั้งนี้ผู้วิจัยได้คัดสรรปัจจัยในการศึกษาครั้งนี้ประกอบด้วย เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ รายได้ ภาษา การใช้สื่อ และการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งผลการศึกษานี้จะเป็นแนวทาง

และข้อมูลพื้นฐานที่เป็นประโยชน์สำหรับพยาบาลวิชาชีพ และบุคลากรทางสุขภาพในการวางแผน เพื่อพัฒนา และส่งเสริมความรู้ทางสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชนให้มีระดับที่สูงขึ้น สามารถดูแลตนเองและดูแลผู้ป่วยในความรับผิดชอบของตนเองได้เป็นอย่างดีต่อไป

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความรู้ทางสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน
2. เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายของปัจจัย ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ รายได้ ภาษา การใช้สื่อ และการสนับสนุนทางสังคมต่อความรู้ทางสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน

### สมมติฐานของการวิจัย

ปัจจัย ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ รายได้ ภาษา การใช้สื่อ และการสนับสนุนทางสังคม สามารถทำนายความรู้ทางสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชนได้

### ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้ทางสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่อยู่ในชุมชนเขตอำเภอกันทรารมณีส จังหวัดศรีสะเกษ โดยเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือนเมษายน ถึง เดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2561

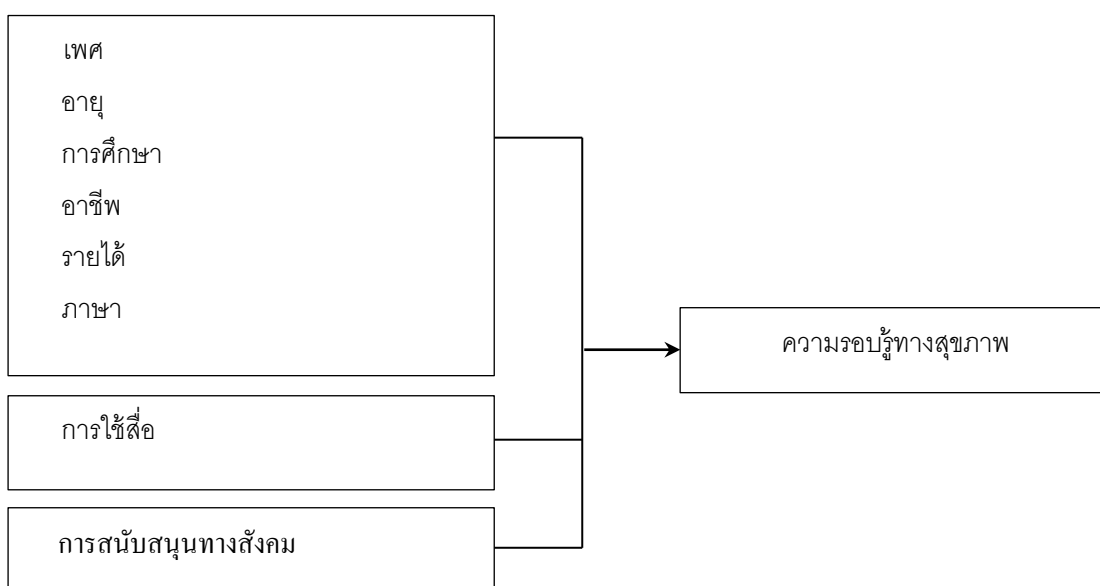
ตัวแปรที่ศึกษา ประกอบด้วย ตัวแปรต้นและตัวแปรตาม ดังนี้

1. ตัวแปรต้น คือ เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ รายได้ ภาษา การใช้สื่อ และการสนับสนุนทางสังคม
2. ตัวแปรตาม คือ ความรู้ทางสุขภาพ

### กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้ทางสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังในชุมชนครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำแนวคิดเกี่ยวกับความรู้ทางสุขภาพของ Manganello (2008) มาเป็นแนวทางในการสร้างกรอบแนวคิดของการวิจัย โดยกรอบแนวคิดนี้ได้กล่าวไว้ว่า ความรู้ทางสุขภาพเป็นระดับความสามารถของบุคคลในการได้มาซึ่งข้อมูลสุขภาพอย่างมีกระบวนการ เข้าใจข้อมูลพื้นฐานทางสุขภาพ และบริการที่จำเป็นในการตัดสินใจเลือกใช้อุปกรณ์บริการสุขภาพที่เหมาะสม โดยการศึกษาของ Nutbeam (2000) เชื่อว่า ความรู้ทางสุขภาพ ประกอบด้วย ความรู้ทางสุขภาพขั้น

พื้นฐาน ชั้นการมีปฏิสัมพันธ์ ชั้นการมีวิจารณญาณ และการรู้เท่าทันสื่อ ทั้งนี้ Manganello (2008) ได้อธิบายถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อความรอบรู้ทางสุขภาพโดยการประยุกต์รูปแบบการศึกษา Ecological model มาเป็นพื้นฐานในการศึกษา ทั้งปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยระหว่างบุคคล และปัจจัยด้านสังคม ได้แก่ เพศ เชื้อชาติ อายุ การศึกษา อาชีพ รายได้ ภาษา ทักษะทางสังคม ทักษะทางปัญญา การใช้สื่อ การสนับสนุนทางสังคม ระบบการศึกษา สื่อสาธารณะ และระบบสุขภาพ ดังนั้น การศึกษาความรอบรู้ทางสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงทางสุขภาพที่อาจขาดการดูแลตนเอง และมีพฤติกรรมสุขภาพเปลี่ยนแปลงไปจากการรับบทบาทญาติผู้ดูแล อาจเกิดจากหลายปัจจัย สำหรับในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้คัดสรรปัจจัย ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ รายได้ ภาษา การใช้สื่อ และการสนับสนุนทางสังคมที่มีอิทธิพลต่อความรอบรู้ทางสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

### นิยามศัพท์เฉพาะ

ญาติผู้ดูแล หมายถึง บุคคลที่ให้ความช่วยเหลือหลักในการรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ที่มีภาวะพึ่งพา ติดบ้าน ติดเตียง ในด้านกิจวัตรประจำวัน และกิจกรรมในการดูแลโดยตรงที่บ้าน อย่างน้อย 3 เดือน อาจเป็น บิดา มารดา สามี ภรรยา บุตรหรือญาติพี่น้อง ที่เป็นสมาชิกในครอบครัว ทำหน้าที่ตอบสนองกับความต้องการต่าง ๆ ของผู้ป่วย ในด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ



เพศ หมายถึง ลักษณะทางด้านสรีระวิทยาตรงตามเพศกำเนิดที่มีความแตกต่างกัน แบ่งเป็น เพศชาย และเพศหญิง

อายุ หมายถึง จำนวนปีของญาติผู้ดูแลผู้ป่วย โรคเรื้อรังนับตั้งแต่เกิดจนถึงปัจจุบัน การศึกษา หมายถึง จำนวนปีที่ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ได้รับการศึกษาจากหลักสูตร การเรียนการสอนของกระทรวงศึกษาธิการ เริ่มนับตั้งแต่ชั้นประถมศึกษาจนถึงสำเร็จการศึกษา

อาชีพ หมายถึง ประเภทหรือชนิดของงานที่ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังนั้นทำอยู่ เป็นรูปแบบการดำรงชีพ เป็นหน้าที่ ความรับผิดชอบในสังคมอาชีพเดียวซึ่งได้รับค่าตอบแทนสูงสุด รายได้ หมายถึง ค่าตอบแทนที่ได้รับจากการประกอบอาชีพ หรือค่าตอบแทนอื่น ๆ

ที่ได้รับเป็นประจำทุก ๆ เดือนของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

ภาษา หมายถึง ถ้อยคำของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ใช้สื่อสารในชีวิตประจำวัน ตามวัฒนธรรมภาษาที่มีความแตกต่างกัน ได้แก่ ภาษาไทย ภาษาไทยอีสาน ภาษาส่วย (กวยหรือกูย) และภาษาเขมร

การใช้สื่อ หมายถึง การสืบค้น/ ค้นหาข้อมูลผ่านทางเครือข่ายอินเทอร์เน็ต เพื่อให้ได้มาซึ่งข้อมูลทางสุขภาพที่หลากหลาย เช่น การเกิดโรค การดูแลตนเอง การรักษา สถานบริการสุขภาพ และแหล่งสนับสนุนในการดูแลสุขภาพตนเองของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง วัดโดยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมการสืบค้นข้อมูลสุขภาพจากสื่อออนไลน์หรือสื่อสังคม ของ กฤษณาพร ทิพย์กาญจนเรขา และคณะ (2560)

การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การรับรู้ของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเกี่ยวกับการช่วยเหลือที่ญาติผู้ดูแลได้รับ เช่น การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ การช่วยเหลือด้านสิ่งของ และการได้รับบริการข้อมูลข่าวสารจากบุคคลในสังคม ได้แก่ สมาชิกในครอบครัว เพื่อนบุคคล ใกล้ชิดหรือกลุ่มบุคคลากรทางการแพทย์ วัดโดยใช้แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของ ทินกร วงศ์ปการันย์ และณหทัย วงศ์ปการันย์ (Wongpakaran, Wongpakaran, & Ruktrakul, 2011)

ความรู้ทางสุขภาพ หมายถึง ระดับความสามารถและทักษะต่าง ๆ ในการได้มาซึ่งข้อมูลทางสุขภาพ สามารถวิเคราะห์ตัดสินใจเลือกใช้ข้อมูลและบริการสุขภาพได้อย่างเหมาะสมของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง มีองค์ประกอบ 6 ด้าน ได้แก่ ความรู้ ความเข้าใจทางสุขภาพ การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ การสื่อสารทางสุขภาพ การจัดการทางสุขภาพของตนเอง การรู้เท่าทันสื่อ และการตัดสินใจ เพื่อป้องกันและดูแลรักษาสุขภาพที่ดีของตนเองไว้เสมอเกี่ยวกับด้านอาหาร การออกกำลังกาย อารมณ์ การดื่มแอลกอฮอล์ และการสูบบุหรี่ วัดโดยใช้แบบสอบถามความรู้ทางสุขภาพของ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (2558)

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ได้ทบทวนเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นแนวทางในการวิจัย ประกอบหัวข้อต่อไปนี้

1. ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
2. แนวคิดเกี่ยวกับความรอบรู้ทางสุขภาพ
3. ปัจจัยที่มีผลกับความรอบรู้ทางสุขภาพ

#### ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

##### ความหมายของโรคเรื้อรัง

โรคเรื้อรัง (Chronic disease) หมายถึง โรคที่รักษาไม่หาย การรักษาเป็นการประคับประคอง ไม่ให้มีการสูญเสียการทำงานของร่างกายมากขึ้น (WHO, 2002) โรคเรื้อรังมีหลายประเภท เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็ง ซึ่งลักษณะของการเกิดโรคมีลักษณะการดำเนินของโรคนาน (Long duration) ระยะการแฝงตัวของโรคนาน (Long latent period) นอกจากนี้ยังมีโรคเรื้อรังที่ต้องการการดูแลระยะยาว เช่น HIV โรคตับอักเสบชนิดซี ผู้ป่วยจิตเวช เป็นต้น (Sharma, 2013)

ผู้ป่วยโรคเรื้อรังหลังจากเกิดพยาธิสภาพกับอวัยวะของร่างกายแล้วแต่ชนิดของโรคแล้วย่อมส่งผลกระทบต่อทำให้อวัยวะต่าง ๆ ไม่สามารถทำงานได้เหมือนเดิม มีความพร้อมในการทำหน้าที่และการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ส่งผลให้มีปัญหาทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม เศรษฐกิจ ทั้งตัวผู้ป่วย ครอบครัว สังคมและเศรษฐกิจ ปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุขจึงมีนโยบายและแผนยุทธศาสตร์ โดยเน้นการดูแลต่อเนื่องยั่งยืน เช่น จัดฝึกอบรมให้ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะยาวให้กับบุคลากรทางการแพทย์ และที่สำคัญเน้นให้สมาชิกในครอบครัว เช่น บิดา มารดา บุตร พี่ชาย หรือน้องสาว ซึ่งเป็นบุคคลใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุดหรือเรียกว่า ญาติผู้ดูแล ในการช่วยเหลือ ทำหน้าที่ และบทบาทต่าง ๆ ทดแทนผู้ป่วย ให้มีสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยและในเวลาเดียวกันสามารถดูแลตนเองได้ด้วย (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2559) ซึ่งญาติผู้ดูแลเป็นกลุ่มที่มีความสำคัญต่อระบบสุขภาพ

##### ญาติผู้ดูแล

ปัจจุบันการศึกษาเกี่ยวกับญาติผู้ดูแลกระทรวงสาธารณสุขได้ให้ความสำคัญมากขึ้น จากการเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างประชากร และความเจริญก้าวหน้าทางการแพทย์ ทำให้มีจำนวนผู้ป่วยเรื้อรังจำนวนมากขึ้น ทิศทางเดียวกับจำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มสูงขึ้นในปัจจุบัน กลุ่มบุคคลเหล่านี้มีความต้องการในการช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และการดูแลเฉพาะโรค และจากนโยบายในการลดจำนวนวันนอนโรงพยาบาลของผู้ป่วยให้สั้นลง ส่งผลให้ผู้ป่วยเรื้อรังจำนวนมากต้องได้รับการดูแลต่อหลังจากออกจากโรงพยาบาลโดยญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมีผู้ให้ความหมายที่หลากหลาย ทำให้ยังไม่มี ความชัดเจนที่เป็นข้อตกลงร่วมกันว่าญาติผู้ดูแลคือใครก่อให้เกิดความสับสนว่าใครคือญาติผู้ดูแลที่แท้จริง เป็นผู้ดูแลประเภทใด เนื่องจากญาติผู้ดูแลแต่ละกลุ่มมีปัญหาและความต้องการที่แตกต่างกัน ซึ่งจะนำไปสู่การช่วยเหลือที่แตกต่างกันด้วย (ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2555)

Orem (1985) ให้ความหมายของผู้ดูแลว่า เป็นผู้ที่ทำให้การดูแลผู้อื่นที่ต้องพึ่งพา โดยการให้การช่วยส่งเสริมความอยู่รอด สุขภาพ และสวัสดิภาพของบุคคลที่ต้องการพึ่งพา

ศิริพันธุ์ สาสัตย์ (2555) ได้ให้ความหมายของผู้ดูแลว่า เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยที่เป็นญาติหรือเพื่อนที่ไม่สามารถดูแลตนเองได้ ไม่เคยได้รับการฝึกอบรมในด้านการดูแลมาก่อน ไม่ได้รับค่าตอบแทนให้การดูแลด้วยความรักความเอื้ออาทร อาจเป็นคู่สมรส ลูก หลาน ญาติพี่น้อง เพื่อนหรือเพื่อนบ้าน ผู้ดูแลเป็นบุคคลที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพาผู้อื่น โดยจะมีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกันหรือไม่ก็ได้ ให้การดูแลด้วยหน้าที่ ความรักความเอื้ออาทร ในการจัดการทดแทนความบกพร่องที่เกิดกับผู้ป่วย เช่น การประกอบกิจวัตรประจำวัน การรักษา ให้กำลังใจ และตัดสินใจแทน เพื่อป้องกัน ส่งเสริม และฟื้นฟูสุขภาพของผู้ป่วย อาจจะได้รับค่าตอบแทนหรือไม่ก็ได้

จากการศึกษาของ ศิริพันธุ์ สาสัตย์ (2555) ได้แบ่งผู้ดูแลออกเป็น 2 ประเภท ดังนี้

1. ผู้ดูแลที่เป็นทางการ (Formal cares/ Caregiver) หมายถึง กลุ่มผู้ดูแลที่เป็นวิชาชีพ จากสถานบริการพยาบาลหรือกลุ่มองค์กร ที่เคยผ่านการฝึกอบรมเป็นผู้ดูแลมาก่อน และได้รับเงินเป็นการตอบแทนอาจเป็นแพทย์ พยาบาล บุคลากรทางการแพทย์ รวมทั้งผู้ดูแลจากศูนย์ที่ให้บริการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ผู้ดูแลที่เป็นทางการแบ่งตามความเป็นวิชาชีพได้ดังนี้

1.1 ผู้ดูแลที่เป็นวิชาชีพ (Professional caregiver) เป็นผู้ดูแลที่ผ่านเกณฑ์คัดเลือก เข้าศึกษาในสถาบันที่ชัดเจน มีชื่อเรียกที่ได้รับการคุ้มครองตามกฎหมาย มีใบประกอบวิชาชีพ มีกฎหมายคุ้มครองการให้บริการ และมีองค์กรวิชาชีพกำกับดูแลและช่วยเหลือสมาชิก ผู้ดูแลกลุ่มนี้มักเป็นผู้ทำงานเกี่ยวข้องกับการดูแลทางด้านสุขภาพ เป็นสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร ทันตแพทย์ นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัดและบุคลากรทางการแพทย์อื่น ๆ ให้การดูแล โดยได้รับค่าตอบแทน

1.2 ผู้ดูแลที่ไม่เป็นวิชาชีพ (Non-professional caregiver) อาจเรียกว่าเป็นผู้ดูแลที่ได้รับการว่าจ้าง (Paid caregiver) แบ่งออกเป็น 2 กลุ่มดังนี้

1.2.1 ผู้ดูแลที่ผ่านการอบรม หมายถึง กลุ่มให้บริการดูแลที่ไม่ใช่วิชาชีพ เคยผ่านการอบรมหลักสูตรการดูแลจากสถาบันต่าง ๆ และให้การดูแลผู้อื่นโดยได้รับค่าจ้าง ให้การดูแลในด้านสุขวิทยาส่วนบุคคล เช่น ช่วยเหลือในการอาบน้ำ การเคลื่อนย้าย การเดิน การออกกำลังกาย การรับประทานยาและการบริการที่บ้าน

1.2.2 ผู้ดูแลที่ไม่เคยผ่านการอบรมมาก่อน แต่เข้ามาทำหน้าที่ในการให้การดูแลร่วมกับการทำงานบ้าน ดูแลกิจกรรมการดำเนินชีวิตประจำวัน โดยใช้ทักษะพื้นฐานของตนเอง และประสบการณ์ชีวิตในการให้การดูแล

1.2.3 ผู้ดูแลที่เป็นอาสาสมัคร หมายถึง ผู้ที่มีความยินดีให้การช่วยเหลือเอาใจใส่ดูแลผู้สูงอายุ โดยไม่ได้รับค่าตอบแทน เป็นผู้ดูแลจากหน่วยงานที่ได้รับการจัดตั้งขึ้นอย่างเป็นทางการ และเคยผ่านการฝึกอบรมการดูแลผู้สูงอายุเบื้องต้นระยะเวลาอย่างน้อย 3-5 วัน ส่วนใหญ่ผ่านการอบรม โครงการต่าง ๆ ของภาครัฐ

2. ผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการ (Informal cares/ Caregiver) หมายถึง กลุ่มที่ให้การช่วยเหลือในกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ แก่ผู้ป่วยโดยที่ไม่เคยผ่านการฝึกอบรมมาก่อน การดูแลอาจนานถึง 24 ชั่วโมงต่อวัน (สมทรง จุไรทัศนีย์, 2557) มักพบว่า เป็นบุคคลหรือกลุ่มบุคคลที่มีความสัมพันธ์ส่วนตัวกับผู้รับการดูแล เช่น สมาชิกในครอบครัวญาติ เพื่อน บุคคลสำคัญในชีวิตที่ให้การดูแลผู้ป่วยหรือบุคคลที่มีภาวะสุขภาพเปลี่ยนแปลง เนื่องจากโรค ความพิการ หรือความเสื่อมถอยของสมรรถภาพร่างกาย จิตใจ หรืออารมณ์อันมีผลให้มีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันหรือก่อให้เกิดความต้องการในการดูแลรักษาตามแผนการรักษาซึ่งจำเป็นต้องได้รับการตอบสนองหรือการดูแลช่วยเหลืออย่างต่อเนื่องที่บ้านหรือแหล่งอาศัยในชุมชน จากการสังเคราะห์องค์ความรู้เกี่ยวกับผู้ดูแล (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2547) แยกตามมิติต่าง ๆ ไว้ดังนี้

2.1 ผู้ดูแลแบ่งตามมิติความสัมพันธ์กับผู้ป่วย

2.1.1 ผู้ดูแลที่เป็นญาติหรือญาติผู้ดูแล (Family caregiver) หมายถึง ผู้ที่ให้การช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยอยู่ที่บ้านที่เป็นสมาชิกในครอบครัวหรือญาติเป็นผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการที่พบได้บ่อยมากที่สุดในประเทศไทย (ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, 2555) ทั้งนี้ในกลุ่มผู้ดูแลที่เป็นญาติอาจประกอบด้วย ผู้ดูแลหลักและผู้ดูแลรอง เช่น สมาชิกในครอบครัวบางคนรับผิดชอบดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยในด้านกิจวัตรประจำวัน และกิจกรรมในการดูแลโดยตรงที่บ้าน บางคนรับผิดชอบดูแลทางการเงินและค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ในการดูแล บางคนรับผิดชอบพาผู้ป่วยไปพบแพทย์เนื่องจากมีความคล่องตัวในการติดต่อประสานงาน

2.1.2 ผู้ให้การช่วยเหลือไม่เป็นทางการ (Informal helper) หมายถึง ผู้ที่ให้การช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยที่มาจากเพื่อนหรือเพื่อนบ้านที่ใช้การช่วยเหลืองานบ้านหรือกิจวัตรประจำวัน โดยไม่คิดค่าตอบแทน ทั้งนี้อาจให้การช่วยเหลือด้วยความรัก ความผูกพัน หรือเป็นการตอบแทนคุณความดีที่ผู้ป่วยเคยมีให้แก่ผู้ดูแลประเภทนี้มาก่อนในอดีต

## 2.2 ผู้ดูแลแบ่งตามมิติของความรับผิดชอบต่อการดูแล

2.2.1 ผู้ดูแลหลัก (Main caregiver หรือ Primary caregiver) คือ บุคคลที่ผู้ได้รับการดูแลระบุว่า เป็นผู้ให้การช่วยเหลือดูแลในระยะเวลาเจ็บป่วยหรืออาจเป็นผู้ที่ใช้เวลาในการดูแลคิดเป็นจำนวนชั่วโมงต่อวันสูงสุด หรืออาจเป็นผู้ที่ยอมรับว่าตนเองว่าเป็นผู้ดูแลทำหน้าที่ดูแลปฏิบัติกิจกรรมต่อผู้ป่วยโดยตรง เช่น การอาบน้ำ ทำความสะอาดร่างกาย ดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคล ป้อนอาหารหรือให้อาหาร ดูแลเรื่องการรับประทานยา ทำความสะอาดแผล และช่วยเหลือในการขับถ่าย โดยใช้เวลาในการดูแลอย่างสม่ำเสมอ และต่อเนื่องมากกว่าคนอื่น ซึ่งดูแลหลักนี้จะเป็นผู้ที่เผชิญกับภาวะเครียดสูงสุด นอกจากนั้นผู้ที่ให้การดูแลผู้ป่วยด้วยโรคหรือปัญหาทางสุขภาพต่างกัน จะมีระดับความเครียดจากการดูแลที่ต่างกัน กลุ่มผู้ดูแลหลักจึงควรได้รับความสนใจจากบุคลากรทางด้านสุขภาพเพื่อหาแนวทางในการช่วยเหลือดูแล

2.2.2 ผู้ดูแลรอง (Secondary caregiver) หมายถึง บุคคลอื่นที่อยู่ในเครือข่ายของการดูแล มีหน้าที่จัดการด้านอื่น ซึ่งไม่ใช่การกระทำต่อตัวผู้ป่วยโดยตรง เช่น เป็นธุระพาผู้ป่วยไปพบแพทย์ กิจกรรมการช่วยเหลือที่ให้อาจเป็นครั้งคราว หรือมีระยะเวลาคิดเป็นจำนวนชั่วโมงในการดูแลช่วยเหลือน้อยกว่าผู้ดูแลหลัก

ผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีความจำเป็นต้องมีผู้ดูแลและเป็นผู้ดูแลที่เป็นทางการหรือไม่เป็นทางการก็ได้ หากผู้ดูแลมีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย เช่น พ่อ แม่ พี่ น้อง สามี ภรรยา บุตร หรือบุคคลใดบุคคลหนึ่งในครอบครัว จะเรียกว่า ญาติผู้ดูแล ซึ่งเข้ามารับบทบาทเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีระยะเวลาในการดูแลที่ยาวนาน ยุ่งยากซับซ้อน จำเป็นต้องทำหน้าที่ และบทบาทต่าง ๆ ทดแทนผู้ป่วย

### บทบาทของญาติผู้ดูแล

ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังถูกคาดหวังให้ทำหน้าที่หลากหลายทั้งการให้การดูแลผู้ป่วยโดยตรง การช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวัน การบริหารจัดการอาการต่าง ๆ ของผู้ป่วยการให้กำลังใจ ปลอบใจ และการดูแลเกี่ยวกับการรับประทานยาตามแผนการรักษา การฟื้นฟูสภาพ และพาไปพบแพทย์ตามนัดขึ้นกับโรคที่ผู้ป่วยเป็น จากการศึกษาของ วารุณี มีเจริญ (2557) สามารถแบ่งบทบาทหน้าที่ของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยได้หลายบทบาท ดังนี้

1. บทบาทการเป็นผู้ตัดสินใจ ญาติผู้ดูแลจะต้องเผชิญกับสถานการณ์หรือเหตุการณ์ที่ต้องตัดสินใจแทนเกี่ยวกับการบริหารจัดการอาการเจ็บป่วย การรักษา การปรับเปลี่ยนบทบาทของคนในครอบครัวและการเงิน ในบทบาทของการบริหารจัดการต่าง ๆ นี้ ญาติผู้ดูแลและผู้ป่วยมักจะต้องการข้อมูลต่าง ๆ เพื่อช่วยในการตัดสินใจ โดยญาติผู้ดูแล และผู้ป่วยจะค้นหาข้อมูลจากสื่อต่าง ๆ รวมทั้งทางอินเทอร์เน็ต เพื่อหาข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับการดูแลรักษาตรวจสอบข้อมูลที่แพทย์บอกค้นหาทางเลือกต่าง ๆ ในการรักษาภาวะแทรกซ้อน ตลอดจนพูดคุยกับญาติหรือเพื่อนสนิทเพื่อการตัดสินใจ

2. บทบาทของการทำหน้าที่แทนผู้ป่วย ญาติผู้ดูแลมักจะต้องทำหน้าที่แทนผู้ป่วยในหลายประเด็น ได้แก่ การค้นหาข้อมูล การชำระค่าใช้จ่ายของผู้ป่วย ทบทวนเกี่ยวกับการใช้ยาที่ผู้ป่วยต้องได้รับ ดูแลเรื่องการออกกำลังกาย รายงานอาการที่เกิดขึ้นใหม่หรืออาการแทรกซ้อนของผู้ป่วยให้เจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพทราบเพื่อการแก้ไขและบรรเทาอาการนั้น ๆ กระตุ้นให้ผู้ผู้ป่วยรับการรักษาอย่างต่อเนื่อง

3. บทบาทการเป็นผู้สื่อสาร ในการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาการสื่อสารนั้นญาติผู้ดูแลมักจะมุ่งหวังเพื่อที่จะพัฒนาความสามารถของผู้ป่วยให้สามารถเข้าใจเกี่ยวกับอาการต่าง ๆ และต้องการให้ผู้ผู้ป่วยสามารถสื่อสารเกี่ยวกับปัญหาหรือความต้องการที่จำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนจากผู้ดูแลเอง และบุคคลอื่น แต่ปัญหาในการสื่อสารของผู้ป่วยนั้นแตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับตำแหน่งของอวัยวะที่เกิดพยาธิสภาพ ผู้ป่วยที่เป็นผู้สูงอายุ ผู้ป่วยที่ได้รับการศึกษาน้อยหรือผู้ป่วยที่มีวัฒนธรรมที่แตกต่างกัน ดังนั้นญาติผู้ดูแลจึงจำเป็นต้องทำหน้าที่เป็นผู้สื่อสารหรือให้ข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาหรือความต้องการของผู้ป่วย

4. บทบาทผู้ให้การดูแล ผู้ให้การดูแลจำเป็นต้องตอบสนองปัญหาหรือความต้องการของผู้ป่วย โดยเฉพาะปัญหาการพร้อมความสามารถในการช่วยเหลือตนเองในการประกอบกิจวัตรประจำวัน และการจัดการกับอาการต่าง ๆ ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่ต้องทำหน้าที่ทดแทน เช่น การรับประทานอาหารและยา การขับถ่าย การออกกำลังกายหรือกายภาพบำบัด การพลิกตะแคงตัว การอาบน้ำทำความสะอาดร่างกาย และแต่งตัว เป็นต้น

การเข้ารับบทบาทแทนผู้ป่วยที่มีความบกพร่องในการช่วยเหลือตนเองทั้งการสื่อสาร การเคลื่อนไหว และการตัดสินใจ ผู้ดูแลต้องทำหน้าที่แทนผู้ป่วย เช่น การเป็นผู้ตัดสินใจ ผู้สื่อสาร ผู้ดูแลกิจวัตรประจำวัน และผู้สนับสนุนทางสังคม จากกิจกรรมการดูแลที่มาก ยุ่งยาก ทำให้พฤติกรรมสุขภาพ และวิถีชีวิตเปลี่ยนแปลงไป

**พฤติกรรมสุขภาพของญาติผู้ดูแล**

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองที่ก่อให้เกิดโรคเรื้อรังนั้น กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (2555) ได้กล่าวไว้ว่า เกิดจากพฤติกรรมมารับประทานอาหารที่ไม่ถูกต้องเหมาะสม ขาดการออกกำลังกาย จัดการอารมณ์ ความเครียดไม่ได้ และพักผ่อนไม่เพียงพอ อีกทั้งยังดื่มแอลกอฮอล์ และสูบบุหรี่อีกด้วย ซึ่งพฤติกรรมดูแลตนเองเหล่านี้ในกลุ่มญาติผู้ดูแลยังพบอยู่ในระดับต่ำ (รัชนิพร ภัทรปกรณ์ และคณะ, 2557)

การดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่มีภาวะติดบ้าน ติดเตียง ระยะเวลาในการดูแลที่ยาวนาน เวลาในการดูแลที่มาก ทำให้ญาติผู้ดูแลไม่มีเวลาในการดูแลตนเองขาดการออกกำลังกายเนื่องจากใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วยเฉลี่ยมากกว่า 8 ชั่วโมงต่อวัน บางรายใช้เวลาในการดูแลมากถึง 24 ชั่วโมง ทำให้วิถีชีวิตเปลี่ยนแปลงไป (นงนุช เพ็ชรร่วง และคณะ, 2556; สินี นุช ขำดี และคณะ, 2557) ซึ่งมีรายละเอียดพอสรุปได้ดังนี้

การรับประทานอาหาร พฤติกรรมมารับประทานอาหารไม่เหมาะสม ซึ่งเกิดจากการจัดการดูแลผู้ป่วยที่มีอาการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา กิจกรรมการดูแลที่มาก ซ้ำซ้อน ทำให้รับประทานอาหารไม่ตรงเวลา เลือกรับประทานอาหารจานด่วนหรืออาหารปรุงสำเร็จ เพื่อให้มีเวลาในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น (Geoffrey et al., 2012)

การออกกำลังกาย และการจัดการอารมณ์ การดูแลที่ยาวนาน ใช้เวลามากทำให้เกิดความเหนื่อยล้าจากกิจกรรมดูแลที่มาก ญาติผู้ดูแลจึงไม่อยากออกกำลังกาย อีกทั้งการพักผ่อนนอนหลับไม่เพียงพอ เกิดความเครียดและวิตกกังวล เป็นต้น (Ross et al., 2016) บางรายจัดการกับความเครียด ด้วยการสูบบุหรี่ และดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งความเชื่อที่สามารถช่วยลดความเครียดหรือวิตกกังวลได้ บางรายที่ดื่มหรือสูบบุหรี่อยู่ก่อนแล้ว มีการเพิ่มความถี่ และปริมาณมากขึ้น หลังจากเข้ารับบทบาทญาติผู้ดูแล (Lee et al., 2003)

จากพฤติกรรมกรรมสุขภาพต่าง ๆ ที่กล่าวมาก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพที่ไม่ดี หากญาติผู้ดูแล ไม่มีความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องในการดูแลสุขภาพตนเอง ย่อมส่งผลกระทบต่อญาติผู้ดูแลเองทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม

#### **ผลกระทบจากพฤติกรรมสุขภาพของญาติผู้ดูแล**

จากการเข้ารับบทบาทญาติผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีปัญหาสุขภาพหลายด้าน ส่งผลให้มีพฤติกรรมสุขภาพเปลี่ยนแปลง ก่อให้เกิดผลกระทบทางสุขภาพต่อญาติผู้ดูแลในด้าน ต่าง ๆ ดังนี้

1. ผลกระทบด้านร่างกาย การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เป็นโรคที่มีการแฝงตัวนาน มีความพิการจากการเกิดโรค และภาวะแทรกซ้อน เช่น โรคหลอดเลือดสมอง มะเร็ง เบาหวาน หัวใจ ผู้ป่วยเรื้อรังติดเตียง ผู้ป่วยเกิดความทุพพลภาพทางกายไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้อย่างเดิม

ญาติผู้ดูแลต้องเข้ามารับบทบาทในการช่วยเหลือดูแลกิจวัตรประจำวันให้กับผู้ป่วย จากผลการศึกษาของ ภาวินี พรหมบุญ และคณะ (2557) เกี่ยวกับความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยกับภาระในการดูแลของญาติผู้ดูแลที่บ้าน พบว่า ญาติผู้ดูแลจะลืมนใจดูแลตนเอง จึงทำให้ผู้ดูแลมีปัญหาสุขภาพตามมาจากการดูแล จากผลการศึกษาของ วริศรา ลุวิระ (2556) ที่ศึกษาการดูแลสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย พบว่า ภาระในการดูแลที่ค่อนข้างหนัก ส่งผลทำให้ผู้ดูแลเกิดความเหนื่อยล้า สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ศรีธญา แสงมณี และคณะ (2555) พบว่า ญาติผู้ดูแลหลังเข้ารับบทบาทผู้ดูแล มีอาการปวดศีรษะ ปวดเมื่อยตามตัว อ่อนเพลียไม่สดชื่น รับประทานอาหารได้น้อยลง มีภาวะสุขภาพแย่ลงจากเดิม ปัญหาต่าง ๆ เหล่านี้ส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดอาการกำเริบหรือป่วยเป็นโรคเรื้อรังได้

2. ผลกระทบด้านจิตใจ ความต้องการการดูแลของผู้ป่วย หรือภาระงานที่ญาติผู้ดูแลต้องทำให้ผู้ป่วย ประกอบกับงาน และชีวิตส่วนตัวของผู้ดูแลที่มีอยู่เดิมมีผลทำให้เกิดความเครียดในการดูแลได้ จากผลการศึกษาความเครียดและความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านของ อรุณี ชุนหบดี, ธิดารัตน์ สุภานันท์, โรชนี อุปรา และสุนทรภรณ์ ทองไสย (2556) พบว่า ผู้ดูแลมีความเครียดอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 58 มีความเครียดจากการดูแลผู้ป่วย ไม่มีเวลาเป็นส่วนตัว รองลงมา คือ การเปลี่ยนแปลงเวลาทำงาน การศึกษาประสบการณ์ของผู้ให้การดูแลผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองที่บ้านของ โรชนี อุปรา, ชลธิชา เรือคำ, เจนนารา วงศ์ปาลี และเอกชัย กันธะวงศ์ (2554) พบว่า ผู้ดูแลได้รับผลกระทบด้านจิตใจทำให้เกิดความรู้สึกท้อแท้ กัดดัน เบื่อหน่ายจากอาการและพฤติกรรมของผู้ป่วยที่รบกวนสุขภาพจิตใจก่อให้เกิดความเครียด

3. ผลกระทบด้านสังคม ผู้ป่วยโรคเรื้อรังเป็นผู้ป่วยที่ต้องได้รับการช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ ผู้ดูแลบางรายจำเป็นต้องอยู่กับผู้ป่วยตลอดเวลา ทำให้ผู้ดูแลไม่สามารถที่จะไปร่วมกิจกรรมทางสังคมได้ดังที่เคยปฏิบัติ ผู้ดูแลรู้สึกเหมือนผูกมัดติดกับผู้ป่วย ถูกแยกออกจากสังคม เหงา ขาดเพื่อนฝูง ผลการศึกษาความพร้อมในการดูแล สัมพันธภาพในครอบครัว ในบทบาทญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังของ อรอนงค์ กุลณรงค์, เพลินพิศ ฐานิวัฒนานนท์ และลักขณา กิจรุ่งโรจน์ (2555) พบว่า ญาติผู้ดูแลมีเวลาในการไปปฏิบัติศาสนกิจทางศาสนาลดลง ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ พราวงาม สวนจันทร์ (2550) พบว่า ญาติผู้ดูแลมีการเปลี่ยนแปลงบทบาทในครอบครัว และสังคมจากการดูแล ร้อยละ 80 มีเวลาเข้าสังคมน้อยลง และกระทบต่องานประจำที่ทำอยู่ อันเป็นผลมาจากข้อจำกัดในเรื่องของเวลาที่ต้องใช้เวลาส่วนใหญ่ในการดูแลผู้ป่วยแทน

ผลกระทบในด้านต่าง ๆ จากการเข้ารับบทบาทเป็นญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเป็นงานหนัก และยุ่งยากซับซ้อน อีกทั้งต้องให้การดูแลที่ต่อเนื่องเป็นเวลานานทำให้บทบาทหน้าที่ และแบบแผนในการดำเนินชีวิตของญาติผู้ดูแลเปลี่ยนแปลงไป มีผลกระทบต่อดูแลตนเอง



การบริหารเวลา หน้าที่การงาน การเข้าสังคม การมีเวลาส่วนตัว ทำให้ญาติผู้ดูแลมีเวลาพักผ่อนน้อยลง มีภาวะสุขภาพที่ทรุดโทรมมากขึ้น รวมทั้งสัมพันธ์ภาพทางสังคมและกิจกรรมเดิมที่เคยปฏิบัติลดลง ทำให้ญาติผู้ดูแลมีการหาข้อมูลในการดูแลตนเอง และมีการส่งเสริมสุขภาพจากภาครัฐอีกด้วย

### การส่งเสริมสุขภาพ และการช่วยเหลือดูแลญาติผู้ดูแล

ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเป็นกลุ่มที่ได้รับผลกระทบในหลายด้านจากการรับบทบาทดูแลผู้ป่วยระยะยาวที่ไม่สามารถมองข้ามได้ จำเป็นจะต้องให้การช่วยเหลือดูแล และส่งเสริมสุขภาพญาติผู้ดูแลให้มากขึ้น เพื่อให้ญาติผู้ดูแลมีความรู้ ความสามารถในการดูแลผู้ป่วย และการจัดการดูแลตนเอง ซึ่งจะส่งผลดีต่อการดูแลผู้ป่วยอีกด้วย

#### 1. การส่งเสริมสุขภาพญาติผู้ดูแล

การส่งเสริมทักษะในการแก้ปัญหาโดยการหาแหล่งข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในการดูแลสุขภาพ และการจัดการกับความเครียด เช่น สายด่วนสุขภาพ การเยี่ยมบ้านเพื่อให้คำแนะนำการดูแลตนเองและการมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่เหมาะสมกับญาติผู้ดูแลแต่ละราย (นันทกาญจน์ ปักยี และคณะ, 2559)

#### 2. การช่วยเหลือดูแลญาติผู้ดูแล

การดูแลญาติผู้ดูแลอย่างต่อเนื่อง โดยการเยี่ยมบ้าน พยาบาลเยี่ยมบ้านเป็นบุคคลสำคัญในการเชื่อมโยงความช่วยเหลือญาติผู้ดูแลให้มีการเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่การดูแลที่บ้านได้อย่างราบรื่น เนื่องจากพยาบาลเยี่ยมบ้านเป็นผู้รับช่วงต่อจากแผนกเตรียมญาติผู้ดูแลจากโรงพยาบาล และมีโอกาสสัมผัสสิ่งแวดล้อมที่บ้านทั้งด้านกายภาพและความสัมพันธ์ของสมาชิกในครอบครัว จึงสามารถให้คำแนะนำและคำปรึกษาได้สอดคล้องกับญาติผู้ดูแลและผู้ป่วยเรื้อรังได้เป็นอย่างดี (กองการพยาบาลสาธารณสุข, 2555)

การส่งเสริมให้ญาติผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนทางสังคม การได้รับความเข้าใจ เห็นอกเห็นใจ และเอาใจใส่อย่างสม่ำเสมอ จะทำให้ญาติผู้ดูแลรู้สึกอบอุ่น ไม่โดดเดี่ยวหรือถูกทอดทิ้ง จะช่วยให้ญาติผู้ดูแลปรับตัวได้ รวมถึงการสนับสนุนจากเครือข่ายทางสังคมในชุมชน เช่น เพื่อน เพื่อนบ้าน โดยเฉพาะญาติผู้ให้การดูแลเกิน 3 ปีขึ้นไป เนื่องจากการสนับสนุนทางสังคมจะลดน้อยลงตามลำดับ และแนะนำสมาชิกในครอบครัว จัดช่วงเวลาให้ญาติผู้ดูแลได้ละวางจากการดูแลผู้ป่วยเป็นช่วง ๆ โดยเริ่มตั้งแต่ระยะแรกหลังผู้ป่วยกลับไปอยู่บ้าน เพื่อให้ญาติผู้ดูแลได้มีเวลาเป็นของตัวเอง มีอิสระที่จะทำกิจกรรมที่ผ่อนคลายหรือกิจกรรมทางสังคมที่ชื่นชอบเพื่อเป็นการเพิ่มพลังในการกลับมาดูแลผู้ป่วยเรื้อรังต่อไป (สายพิน เกษมกิจวัฒนา และปิยะภรณ์ ไพรสนธิ์, 2557)

การจัดกลุ่มช่วยเหลือตนเอง (Self-help group) เพื่อให้ญาติผู้ดูแลได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ และช่วยเหลือซึ่งกันและกันในกลุ่มญาติผู้ดูแล รวมถึงการสร้างความเข้มแข็งให้แก่ชุมชนที่จะเป็น แหล่งประโยชน์สำหรับผู้ป่วยเรื้อรังและญาติผู้ดูแล (Family Caregiver Alliance, 2016)

จะเห็นได้ว่า ปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุข และบุคลากรทางสาธารณสุขให้ความสำคัญกับการดูแลส่งเสริมสุขภาพของญาติผู้ดูแลในหลาย ๆ ด้าน ทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม ตั้งแต่การจัดเตรียมความพร้อมของญาติผู้ดูแลก่อนการดูแลผู้ป่วย เมื่อเกิดปัญหาสุขภาพเกิดขึ้น ส่งเสริมให้มีการจัดการตนเอง การเข้าถึงข้อมูลและการให้ข้อมูลด้วยการเยี่ยมบ้าน ซึ่งข้อมูลต่าง ๆ เหล่านี้ในปัจจุบันมีการเผยแพร่ผ่านทางสื่อต่าง ๆ มากมาย อย่างเช่นเครือข่ายอินเทอร์เน็ต ที่ญาติผู้ดูแลสามารถสืบค้นข้อมูลได้อย่างรวดเร็ว เพื่อการดูแลตนเองและผู้ป่วยได้มีข้อมูลที่หลากหลาย และทันสมัย แต่ต้องอาศัยความรู้ทางสุขภาพซึ่งเป็นความสามารถของบุคคลที่จะเข้าถึง เข้าใจ นำข้อมูลมาวิเคราะห์หาคัดเลือกใช้ข้อมูลทางสุขภาพได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ซึ่งมีนักทฤษฎี ที่ทำการศึกษาวิจัยและได้ให้ความหมายเกี่ยวกับความรู้ทางสุขภาพที่แต่ต่างกันดังจะกล่าวต่อไป

### แนวคิดเกี่ยวกับความรู้ทางสุขภาพ

แนวคิดเกี่ยวกับความรู้ทางสุขภาพ หรือ Health Literacy [HL] ปรากฏครั้งแรก ในเอกสารประกอบการสัมมนาทางวิชาการด้านสุขศึกษา ในปี ค.ศ. 1974 และเริ่มแพร่หลายมากขึ้น (Mancuso, 2009) โดยมีการกำหนดนิยามความหมายไว้หลากหลาย กระทั่งมีการให้คำนิยาม โดยในปี ค.ศ. 1998 องค์การอนามัยโลกมีการรณรงค์ให้ประเทศสมาชิกร่วมมือกันพัฒนา และส่งเสริม ให้ประชาชนมีความรอบรู้ทางสุขภาพ หลังจากนั้นคำว่า Health Literacy [HL] ปรากฏในบทความวิจัย ที่ชี้ให้เห็นความสำคัญของสุขศึกษาในการผลักดันนโยบายสาธารณะที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพ การศึกษา และสื่อสารมวลชน (Smith et al., 2004)

ในช่วงปี พ.ศ. 2542-2552 มีบทความวิจัย และรายงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับความรู้ทางสุขภาพเพิ่มจำนวนมากขึ้น โดยพบว่า มีการศึกษาในกลุ่มผู้ใหญ่มากที่สุด รองลงมา ได้แก่ กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มเด็ก และกลุ่มวัยรุ่น ตามลำดับ (ขวัญเมือง แก้วคำเกิง และนฤมล ตรีเพชรศรีอุไร, 2554) รวมทั้งมีการนำเสนอกรอบแนวคิดจากนักวิจัย และนักการศึกษาที่หลากหลาย อย่างไรก็ตาม ยังมีการอธิบายความหมายในมุมมองที่แตกต่างกันอยู่บ้างตามประสบการณ์และทัศนะของนักวิชาการ

#### คำนิยาม

คำนิยามที่ปรากฏในรายงานวิชาการ บทความหรืองานวิจัยที่เกี่ยวข้อง มีดังนี้

WHO (1998) นิยามว่า “Health literacy represents the cognitive and social skill which determine the motivation and ability of individuals to again access to, understand and use

information in ways which promote and maintain good health” ซึ่งหมายความว่า “ความรอบรู้ทางสุขภาพเป็นทักษะต่าง ๆ ทางการรับรู้ และทางสังคม ซึ่งเป็นตัวกำหนดแรงจูงใจ และความสามารถของปัจเจกบุคคลในการที่จะเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลในวิธีการต่าง ๆ เพื่อส่งเสริม และบำรุงรักษาสุขภาพของตนเองให้ดียิ่งขึ้น”

Nutbeam (2008) ได้ให้ความหมาย ดังนี้ 1) ความรู้ ความเข้าใจ และทักษะทางสังคมที่กำหนดแรงจูงใจ และความสามารถเฉพาะบุคคลในการเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลเพื่อให้เกิดสุขภาพที่ดี รวมทั้งการพัฒนาความรู้ และทำความเข้าใจในบริบท ด้านสุขภาพ การเปลี่ยนแปลงทัศนคติ และแรงจูงใจเพื่อก่อให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมด้วยตนเอง (Nutbeam, 2000) 2) สมรรถนะของบุคคลที่สามารถเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน ใช้ความรู้ และสื่อสารเกี่ยวกับการสนทนา ด้านสุขภาพตามความต้องการ เพื่อส่งเสริม และรักษาสุขภาพที่ดีตลอดชีวิต (Nutbeam, 2008) และ 3) ทักษะทางสังคม และการคิดวิเคราะห์ที่กำหนดแรงจูงใจ และความสามารถของบุคคลในการเข้าถึงข้อมูล เข้าใจ และใช้ข้อมูลเพื่อส่งเสริมสุขภาพ

Kickbusch, Wait, Maag, and Banks (2006) ได้ให้ความหมายว่า ความสามารถที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินชีวิตประจำวันในบริบทต่าง ๆ เช่น ที่บ้าน ที่ทำงาน ที่สถานบริการสาธารณสุข อันเป็นยุทธศาสตร์สำคัญในการเสริมพลังอำนาจ เพิ่มความสามารถในการควบคุมสถานะสุขภาพ การแสวงหาข้อมูล และความสามารถในการรับผิดชอบตนเอง

Rootman (2009) ได้ให้ความหมาย ความรอบรู้ด้านสุขภาพว่าหมายถึง ทักษะที่ครอบคลุมถึงความจำเป็นเพื่อการค้นหา เพื่อการประเมิน และการบูรณาการข้อมูลข่าวสารทางสุขภาพที่มีความหลากหลายของบริบท และยังเป็นความรู้ค่าศัพท์ทางสุขภาพ และวัฒนธรรมของระบบสุขภาพนั้น

Edwards, Wood, Davies, and Edwards (2012) ได้ให้ความหมาย ความรอบรู้ด้านสุขภาพว่าหมายถึง การที่ได้รับการถ่ายทอด และผู้มีส่วนร่วมสร้างให้เกิดความสามารถเหล่านี้ ก็จะกลายเป็นผู้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในการจัดการภาวะเงื่อนไขทางสุขภาพของเขา ให้สามารถเข้าถึง และเกาะติดกับข้อมูลข่าวสารและบริการ มีการปรึกษาหารือกับผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพและเจรจาต่อรอง และเข้าถึงการรักษาได้อย่างเหมาะสม และมีการเปลี่ยนแปลงในความสามารถเหล่านี้ระหว่างสมาชิกในกลุ่มสุขภาพ บางคนมีความรู้และทักษะในการจัดการตนเองดี แต่บางคนมีการแสวงหาข้อมูลน้อย และมีการสื่อสารเพื่อปรึกษาหารือกันน้อย

Manganello (2008) ได้ให้ความหมาย ความรอบรู้ทางสุขภาพ เป็นระดับความสามารถของบุคคลในการได้มาซึ่งข้อมูลสุขภาพอย่างมีกระบวนการ และเข้าใจข้อมูลพื้นฐานทางสุขภาพและบริการที่จำเป็นในการตัดสินใจเลือกใช้บริการสุขภาพที่เหมาะสม

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (2560) ได้ให้ความหมาย ความรอบรู้ด้านสุขภาพว่า หมายถึง ความรอบรู้และความสามารถด้านสุขภาพของบุคคลในการที่จะกลั่นกรอง ประเมิน และตัดสินใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เลือกใช้บริการและผลิตภัณฑ์สุขภาพได้อย่างเหมาะสม

สรุปได้ว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง ระดับความสามารถ และทักษะต่าง ๆ ในการได้มาซึ่งข้อมูลทางสุขภาพ สามารถวิเคราะห์ตัดสินใจเลือกใช้ข้อมูล และบริการสุขภาพ ได้อย่างเหมาะสมของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เพื่อป้องกันและคงรักษาสุขภาพที่ดีของตนเองไว้เสมอ

#### **แนวคิดเกี่ยวกับความรอบรู้ทางสุขภาพของ Manganello (2008)**

Manganello (2008) เชื่อว่า การกำหนดกลวิธีทางสุขภาพศึกษา และการสื่อสารของบุคลากรสาธารณสุข ควรจะต้องมุ่งเน้นในเรื่องการสร้างเสริมประสบการณ์ และจงใจให้เกิดการปฏิสัมพันธ์มากยิ่งขึ้นระหว่างผู้ให้บริการกับผู้รับบริการ เพื่อให้ได้มาซึ่งข้อมูลสุขภาพมาใช้ปฏิบัติตัวให้เหมาะสม โดยได้ศึกษาแนวคิด Health Literacy ของ Nutbeam (2000) ที่เชื่อว่า ความรอบรู้ทางสุขภาพ ประกอบด้วย 3 ระดับ ได้แก่ ความรอบรู้ทางสุขภาพขั้นพื้นฐาน ขั้นการมีปฏิสัมพันธ์ ขั้นการมีวิจารณญาณ และได้เพิ่มการรู้เท่าทันสื่อ เป็นระดับที่ 4 ได้อธิบายว่าเป็นสภาวะที่เกิดจากความสามารถของบุคคลในการวิเคราะห์ความหมายของเนื้อหา มีการประเมินคุณค่า และเจตนาที่สื่อนำเสนอ ผ่านเทคนิควิธีการต่าง ๆ ทำให้การศึกษามีความชัดเจนมากขึ้น นอกจากนี้ความรอบรู้ทางสุขภาพของบุคคลยังมีปัจจัยที่สามารถพัฒนา และเปลี่ยนแปลงได้ ซึ่งเกิดจากการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย จิตใจ สังคม และปัญญา ได้แก่ ปัจจัยในระดับบุคคล ครอบครัว และสังคม จะเน้นปัจจัยพื้นฐานสำคัญ ได้แก่ อายุ เพศ เชื้อชาติ ภาษา วัฒนธรรม ความสามารถในการเข้าสังคม ความสามารถในการเรียนรู้ ความสามารถในการช่วยเหลือตัวเอง และความสามารถในการใช้สื่อ ซึ่งส่วนหนึ่งเป็นผลจากอิทธิพลของครอบครัวและกลุ่มเพื่อน รวมทั้งปัจจัยเชิงโครงสร้างในสังคม ได้แก่ ระบบการศึกษา ระบบสุขภาพ โดยการประยุกต์รูปแบบการศึกษา Ecological model (Bronfenbrenner, 1979) มาเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา

#### **กรอบแนวคิดความรอบรู้ทางสุขภาพ**

สามารถอธิบายความสัมพันธ์ของแต่ละปัจจัยได้ดังนี้ ปัจจัยตามแนวคิดที่ได้กล่าวไว้ ประกอบด้วย คุณลักษณะของบุคคลที่สัมพันธ์กับความรอบรู้ทางสุขภาพพบว่า ปัจจัยในระดับบุคคล ครอบครัว และสังคม เน้นปัจจัยพื้นฐานสำคัญ ได้แก่ อายุ เพศ เชื้อชาติ อาชีพ รายได้ ภาษา วัฒนธรรม ทักษะการเข้าสังคม ทักษะทางปัญญา ความสามารถในการช่วยเหลือตัวเอง และความสามารถในการใช้สื่อ การสนับสนุนทางสังคม ซึ่งส่วนหนึ่งเป็นผลจากอิทธิพลของครอบครัวและกลุ่มเพื่อน รวมทั้งปัจจัยเชิงโครงสร้างในสังคม ได้แก่ ระบบการศึกษา ระบบสุขภาพ สื่อสาธารณะ ได้จำแนก

ความรู้ทางสุขภาพ เป็น 4 ระดับ คือ Functional, Interactive, Critical และได้เพิ่ม Media literacy หรือการเรียนรู้เท่าทันสื่อไว้ในลำดับสุดท้ายของระดับการพัฒนาความรู้ทางสุขภาพ

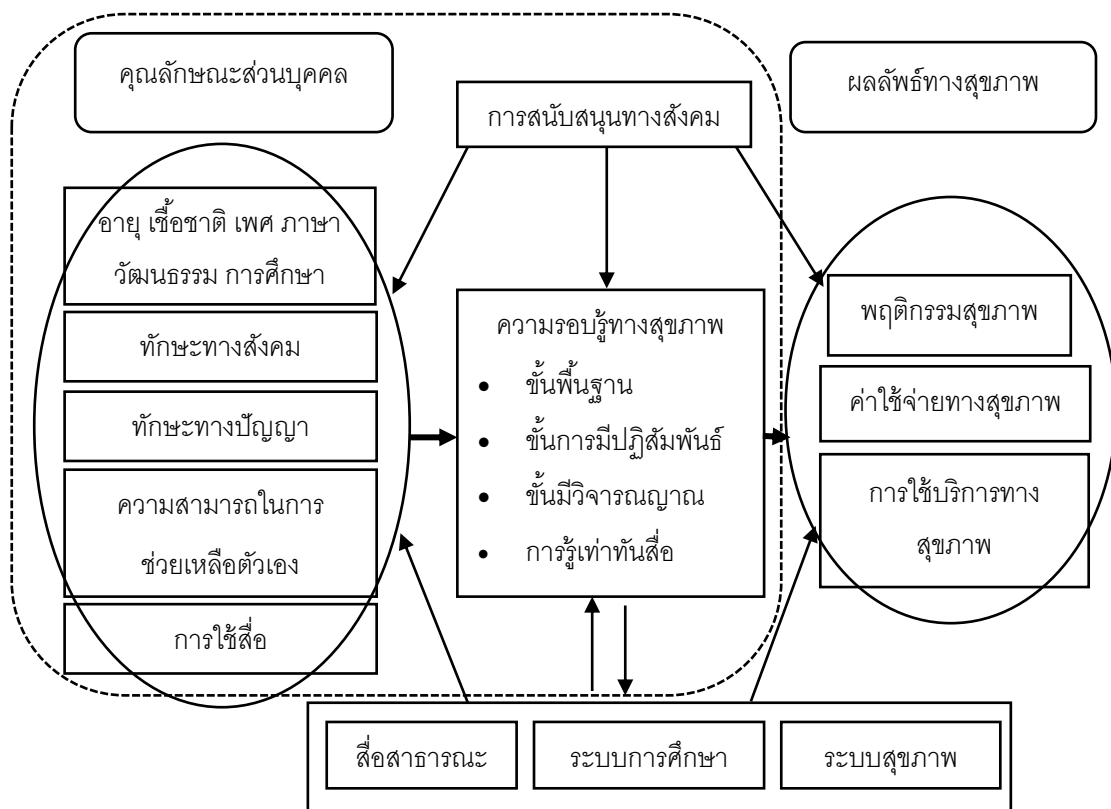
ระดับความรู้ทางสุขภาพ ระดับ 1 ความรู้ทางสุขภาพขั้นพื้นฐาน หรือ Functional health literacy ได้แก่ ทักษะพื้นฐานด้านการฟัง พูด อ่าน เขียนที่จำเป็นต่อความเข้าใจ และการปฏิบัติในชีวิตประจำวันเป็นความสามารถในการประยุกต์ทักษะด้านการอ่าน และความเข้าใจเกี่ยวกับจำนวนตัวเลข (Numeracy skill) อาทิ การอ่านใบยินยอม ฉลากยา การเขียนข้อมูลการดูแลสุขภาพ ความเข้าใจต่อรูปแบบรูปแบบการให้ข้อมูลทั้งข้อความเขียน และวาจาจากแพทย์ พยาบาล เภสัชกร รวมทั้งการปฏิบัติตัว ตามคำแนะนำ ได้แก่ การรับประทานยา กำหนดการนัดหมาย

ระดับ 2 ความรู้ทางสุขภาพขั้นการมีปฏิสัมพันธ์หรือ Communicative/ Interactive health literacy ได้แก่ ทักษะพื้นฐาน และการมีพหุปัญญา (Cognitive) รวมทั้งทักษะทางสังคม (Social skill) ที่ใช้ในการเข้าร่วมกิจกรรม รู้จักเลือกใช้ข้อมูลข่าวสาร แยกแยะลักษณะการสื่อสารที่แตกต่างกัน รวมทั้งประยุกต์ใช้ข้อมูลข่าวสารใหม่ ๆ เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

ระดับ 3 ความรู้ทางสุขภาพขั้นวิจรรณญาณ หรือ Critical health literacy ได้แก่ ทักษะทางปัญญา และสังคมที่สูงขึ้น สามารถประยุกต์ใช้ข้อมูลข่าวสารในการวิเคราะห์เชิงเปรียบเทียบ และควบคุมจัดการสถานการณ์ในการดำรงชีวิตประจำวันได้ ความรู้ทางสุขภาพระดับวิจรรณญาณเน้นการกระทำของปัจเจกบุคคล และการมีส่วนร่วมในการผลักดันสังคม การเมือง ไปพร้อมกัน จึงเป็นการเชื่อมโยงประโยชน์ของบุคคลกับสังคม และสุขภาพของประชาชนทั่วไป

ระดับ 4 การรู้เท่าทันสื่อหรือ Media literacy เป็นสภาวะที่เกิดจากความสามารถของบุคคลในการวิเคราะห์ความหมายของเนื้อความประเมินคุณค่า และเจตนาที่สื่อนำเสนอผ่านเทคนิควิธีการต่าง ๆ มุมมองเรื่องการเรียนรู้เท่าทันสื่อ (Media literacy) Manganello ถือว่าเป็นระดับสุดท้ายของความรู้สุขภาพ

ความรู้ทางสุขภาพยังส่งผลดีต่อสุขภาพ เช่น พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ได้แก่ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์ ความเครียด และการพักผ่อน รวมถึงการงดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และงดสูบบุหรี่ ซึ่งเป็นพฤติกรรมสุขภาพที่ก่อเกิดโรคเรื้อรัง ถ้าหากบุคคลมีความรู้ทางสุขภาพที่ดี จะสามารถลดค่าใช้จ่ายสุขภาพในการดูแลสุขภาพของประชาชนได้ อีกทั้งยังส่งผลให้ประชาชนสามารถใช้บริการทางสุขภาพได้เหมาะสม และอย่างมีประสิทธิภาพ ดังแสดงในภาพที่ 2



ภาพที่ 2 กรอบแนวคิด Health literacy (Manganello, 2008)

ความรอบรู้ทางสุขภาพเป็นเสมือนกุญแจสู่ผลลัพธ์ของงานสุขภาพศึกษา (Rootman, 2009) หรือกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่ง Nutbeam (2000) ได้ชี้ให้เห็นความสำคัญว่า ควรมีการพัฒนาความรอบรู้ทางสุขภาพให้ถึงขั้นที่สามารถสะท้อน และใช้อธิบายการเปลี่ยนแปลงของผลลัพธ์ (Outcomes) สุขภาพที่เกิดขึ้นจากการดำเนินงานสุขภาพศึกษา (Health education) และกิจกรรมการสื่อสาร (Communication activities) ทั้งนี้เนื่องจากการดำเนินงานสุขภาพศึกษาทำให้เกิดการพัฒนาความรอบรู้ทางสุขภาพโดยตรง

ดังนั้น การพัฒนาความรอบรู้ทางสุขภาพของญาติผู้ดูแลเป็นสิ่งที่จะต้องพัฒนาอยู่ตลอดเวลา เพราะภาวะโรคภัยไข้เจ็บมีการเปลี่ยนแปลงไปกับระยะเวลาของการดูแล การส่งเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพเกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลตนเอง เพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเรื้อรัง อีกทั้งยังทำให้ญาติผู้ดูแลมีความรอบรู้ทางสุขภาพจะมีศักยภาพในการดูแลสุขภาพของตนเอง และผู้ป่วยโรคเรื้อรังในความดูแลได้ รวมทั้งยังจะช่วยแนะนำสิ่งที่ถูกต้องให้กับคนใกล้ชิด ครอบครัว และคนในชุมชนด้วย โดยอาศัยการสร้างเสริมพัฒนา ระดับความรอบรู้ทางสุขภาพ ตั้งแต่ระดับแรก คือ ความรอบรู้ทางสุขภาพขั้นพื้นฐานหรือ Functional health literacy ระดับที่สอง ความรอบรู้ทางสุขภาพ

ขั้นการมีปฏิสัมพันธ์ หรือ Communicative/ Interactive health literacy และระดับที่สาม คือ ความรอบรู้ทางสุขภาพขั้นวิจาร์ญาณ หรือ Critical health literacy และการรู้เท่าทันสื่อ จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่า มีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรอบรู้ทางสุขภาพมากมาย ซึ่งการศึกษาครั้งนี้ได้คัดสรรศึกษาปัจจัย เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ รายได้ ภาษา การใช้สื่อ การสนับสนุนทางสังคม ที่ส่งผลต่อความรอบรู้ทางสุขภาพ ซึ่งอาจสามารถร่วมกันทำนายความรอบรู้ทางสุขภาพได้ ดังกรอบแนวคิดของ Manganello ตามสี่เหลี่ยมเส้นประ ดังภาพที่ 2

### ปัจจัยที่มีผลกับความรอบรู้ทางสุขภาพ

จากการทบทวนเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า มีปัจจัยหลายด้านที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ทางสุขภาพ ตามกรอบแนวคิด Health literacy and adolescents: A framework and agenda for future research ของ Manganello (2008) งานวิจัยนี้ได้เลือกปัจจัยที่มีความสำคัญ และบางปัจจัยสามารถพัฒนาได้ในผู้ดูแล นอกจากนี้ยังเป็นปัจจัยที่สอดคล้องกับการพัฒนาศักยภาพด้านสุขภาพของบุคคล (คณะกรรมการวิชาการขับเคลื่อนการปฏิรูปประเทศ, 2559) ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ รายได้ ภาษา การใช้สื่อ และการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งการวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยคาดว่าปัจจัยต่าง ๆ ที่กล่าวมาจะสามารถทำนายความรอบรู้ทางสุขภาพได้ดังต่อไปนี้

1. เพศ เป็นลักษณะที่แสดงถึงความแตกต่างทางด้านสรีรวิทยา และการกำหนดบทบาททางสังคม ค่านิยม บุคลิกภาพ และการดูแลตนเองระหว่างเพศหญิงและเพศชาย (Udry, 1994) ส่งผลให้ความรอบรู้ทางสุขภาพของเพศชาย และหญิงแตกต่างกัน จากการศึกษาก่อนหน้านี้ของ Cho, Lee, Arozullah, and Crittenden (2008) ศึกษาความสัมพันธ์ของความรอบรู้ทางสุขภาพกับการบริการทางสุขภาพ พบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ทางสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = -0.20, p < .05$ ) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Hosokawa et al. (2016) เกี่ยวกับความแตกต่างทางเพศกับความรอบรู้ทางสุขภาพในเลือกการรับประทานอาหารสุขภาพของคนวัยทำงานในญี่ปุ่น พบว่า เพศชายมีอิทธิพลต่อความรอบรู้ทางสุขภาพด้านการเลือกรับประทานอาหารสุขภาพ ( $\beta = .191, p < .001$ ) ดังนั้นเพศจึงผลต่อความรอบรู้ทางสุขภาพของบุคคล

2. อายุ เป็นปัจจัยพื้นฐานที่บ่งบอกถึงพัฒนาการทางด้านร่างกาย และจิตใจ อายุจะเป็นตัวบ่งบอกวันที่เกิดถึงปัจจุบัน เป็นตัวบ่งชี้วุฒิภาวะหรือความสามารถในการจัดการกับภาวะจิตใจ และการรับรู้ อายุมีอิทธิพลในการกำหนดความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคลทั้งการสืบค้นข้อมูล วิเคราะห์ แยะแยะ และตัดสินใจ ซึ่งจะเพิ่มตามอายุจนสูงสุดในวัยผู้ใหญ่ และอาจลดลงเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ ซึ่งส่งผลต่อความรอบรู้ทางสุขภาพด้วย (ขวัญเมือง แก้วคำเกิง และนฤมล ตรีเพชรศรีอุไร, 2554) ดังจะเห็นได้จากการศึกษาของ Sun et al. (2013) ที่ศึกษาเรื่องความรอบรู้

ทางสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยติดเชื้อทางเดินหายใจ พบว่า ปัจจัยอายุมีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ทางสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = -.386, p < .001$ ) นอกจากนี้ยังมีการศึกษาของ Berens et al. (2016) ที่ศึกษาเกี่ยวกับความแตกต่างของกลุ่มอายุกับความรอบรู้ทางสุขภาพ พบว่า ระดับความรอบรู้ทางสุขภาพของบุคคลเพิ่มขึ้นตามช่วงอายุแต่จะลดลงเมื่อก้าวเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ (95% CI = 1.27-3.16,  $p < .05$ ) ซึ่งแสดงให้เห็นว่า อายุส่งผลทำให้ระดับความรอบรู้ทางสุขภาพของบุคคลเปลี่ยนแปลงได้

3. การศึกษา เป็นปัจจัยที่บ่งบอกถึงระดับ และความสามารถในการรับรู้ การเข้าถึงข้อมูล และการจัดการกับปัญหาต่าง ๆ นับตั้งแต่ชั้นประถมศึกษาถึงการศึกษาระดับสูงสุดที่ได้รับ (Kursta, 2546) ดังนั้น การศึกษาที่สูงย่อมส่งผลต่อความรอบรู้ทางสุขภาพของญาติผู้ดูแลให้สูงขึ้น จากการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลระหว่างความรอบรู้ทางสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของ Ayse et al. (2017) พบว่า บุคคลที่ได้รับการศึกษาระดับมหาวิทยาลัยมีอิทธิพลกับความรอบรู้ทางสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ( $\beta = .213, p < .001$ ) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Yongbing et al. (2015) ที่ศึกษาอิทธิพลของการศึกษาต่อความรอบรู้ทางสุขภาพในประชากรวัยสูงอายุประเทศจีน พบว่า การศึกษามีอิทธิพลต่อระดับความรอบรู้ทางสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $\beta = .239, p = .001$ )

4. อาชีพ ประเภทหรือชนิดของงานที่บุคคลนั้นทำอยู่ เป็นรูปแบบการดำรงชีพ เป็นหน้าที่ความรับผิดชอบในสังคมเพียงอาชีพเดียวซึ่งได้รับค่าตอบแทนสูงสุด ซึ่งบางอาชีพลักษณะการทำส่งผลต่อสุขภาพ จากการศึกษาของ Yongbing et al. (2015) ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความรอบรู้ทางสุขภาพของวัยผู้ใหญ่ในเมืองปักกิ่งประเทศจีน พบว่า บุคคลที่มีอาชีพเป็นผู้จัดการมีความรอบรู้ทางสุขภาพดีกว่าอาชีพอื่น ๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $\beta = 14.034, p < .001$ ) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เบนจมาศ สุรมิตรไมตรี (2556) ที่พบว่า บุคคลที่ประกอบอาชีพที่ต่างกันจะมีความรอบรู้ ทางสุขภาพที่ต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

5. รายได้ ค่าตอบแทนที่ได้รับจากการประกอบอาชีพหรือค่าตอบแทนอื่น ๆ ที่ได้รับเป็นประจำทุก ๆ เดือน ผู้มีรายได้กับไม่มีรายได้จะให้ความรอบรู้ทางสุขภาพต่างกัน จากการศึกษาของ Yongbing et al. (2015) พบว่า รายได้มีอิทธิพลต่อความรอบรู้ทางสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $\beta = 2.726, p < .001$ ) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Sun et al. (2013) ที่ศึกษาความรอบรู้ทางสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยติดเชื้อทางเดินหายใจ พบว่า รายได้มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ทางสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .173, p < .01$ )

6. ภาษา เป็นปัจจัยทางวัฒนธรรมที่มีความแตกต่างกันในแต่ละเชื้อชาติ ซึ่งใช้ในการสื่อสารข้อมูล หากบุคคลที่มีระดับความรู้ ความเข้าใจในการใช้ภาษาดีย่อมส่งผลต่อระดับความรอบรู้ทางสุขภาพที่ดี จากการศึกษาเชิงพรรณนาของ Keitshokil et al. (2016) เกี่ยวกับความรอบรู้ทางสุขภาพ



ภาษา และวัฒนธรรมระหว่างผู้รับบริการกับผู้ให้บริการสุขภาพ พบว่า การสื่อสารภาษาเดียวกันของผู้รับบริการกับผู้ให้บริการสุขภาพ ส่งผลต่อระดับความรอบรู้ทางสุขภาพของผู้รับบริการที่สูงขึ้น ซึ่งแสดงว่าภาษามีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ทางสุขภาพ

7. การใช้สื่อ เป็นความสามารถของบุคคลในการเลือกรูปแบบของการสื่อสารข้อมูลสุขภาพ เพื่อให้ได้มาซึ่งข้อมูลหรือแบ่งปันสารสนเทศ ความคิด ข้อความส่วนบุคคล และเนื้อหาอื่น ๆ จากทางสื่ออิเล็กทรอนิกส์ อินเทอร์เน็ต โทรทัศน์ หนังสือพิมพ์ เป็นต้น ซึ่งประชากรในชุมชนที่ศึกษาได้รับข้อมูลสุขภาพจากสื่อโทรทัศน์ และปัจจุบันมีการกระจายเครือข่ายอินเทอร์เน็ตในบางพื้นที่เพิ่มมากขึ้น อาจส่งผลในการเข้าถึงข้อมูลได้หลากหลายมากขึ้น ถ้าบุคคลมีการใช้สื่อที่ถูกต้องเหมาะสมจะทำให้ได้รับข้อมูลที่รวดเร็ว และถูกต้อง จากการทบทวนวรรณกรรมเรื่องการใช้สื่อสังคมออนไลน์กับความรอบรู้ทางสุขภาพของ Helen (2017) กล่าวว่า การใช้สื่อสังคมออนไลน์ในการสื่อสารข้อมูลสุขภาพ และการสืบค้นข้อมูลผ่านอินเทอร์เน็ตส่งผลต่อระดับความรอบรู้ทางสุขภาพมากขึ้น นอกจากนี้จากการศึกษาปัจจัยที่มีส่งผลต่อความรอบรู้ทางสุขภาพของคุณครูในประเทศศรีลังกา พบว่า การอ่านหนังสือหรือหนังสือพิมพ์มีส่งผลต่อความรอบรู้ทางสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (95% CI = 1.1-2.5,  $p < .05$ ) (Denuwara & Gunawardena, 2017)

8. การสนับสนุนทางสังคม เป็นการรับรู้การช่วยเหลือที่บุคคลได้รับ เช่น การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ การช่วยเหลือด้านสิ่งของ และการได้รับการข้อมูลข่าวสารจากบุคคลในสังคม ได้แก่ สมาชิกในครอบครัว เพื่อนบุคคลใกล้ชิดหรือกลุ่มบุคคลากรทางการแพทย์ หากผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ดีย่อมส่งผลให้มีความรอบรู้ทางสุขภาพผู้ดูแลดีขึ้น จากการศึกษาอิทธิพลของความแตกฉานด้านสุขภาพ การรับรู้การสนับสนุนทางสังคม และความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยต่อภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของ สันติ ขอมประโคน และคณะ (2557) พบว่า การสนับสนุนทางสังคม และความรอบรู้ทางสุขภาพ สามารถร่วมทำนายภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้ร้อยละ 22.9 ( $R^2 = .229, p < .001$ ) ซึ่งสอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมของ Lee et al. (2003) ที่ศึกษาความรอบรู้ทางสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และสุขภาพ กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม เช่น ข้อมูลทางการแพทย์ ระบบการดูแลทางสุขภาพจะสามารถทำให้ระดับความรอบรู้ทางสุขภาพของบุคคลเพิ่มสูงขึ้น

จากการทบทวนเอกสาร และงานวิจัยข้างต้น พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังส่วนหนึ่งยังคงมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม เช่น พฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ไม่ตรงเวลา เลือกรับประทานอาหารจานด่วน ขาดการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ พักผ่อนไม่เพียงพอไม่สามารถจัดการความเครียดของตนเองได้ มีการดื่มแอลกอฮอล์หรือสูบบุหรี่ และผู้ดูแลที่มีปัญหาสุขภาพไม่สามารถไปพบแพทย์ตามนัดได้ (รัชนีพร ภัทรปกรณ์ และคณะ, 2557; Geoffrey et al., 2012; Lee et al., 2003; Tanner,

Johnson, & Townsend, 2005; Ross et al., 2016) ซึ่งมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องที่สำคัญคือ ความรอบรู้ทางสุขภาพ ซึ่งเป็นปัจจัยกำหนดสุขภาพ และพบว่า การศึกษาดังกล่าวในต่างประเทศมีการนำเครื่องมือวัดความรู้ทางสุขภาพมาใช้วัดผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง โรคต่าง ๆ แต่ไม่ปรากฏการศึกษาปัจจัยที่จะทำนายความรู้ทางสุขภาพของผู้ดูแล จากการทบทวนยังพบว่า มีปัจจัยที่ความสัมพันธ์กับความรอบรู้ทางสุขภาพหลายด้าน เช่น ด้านตัวบุคคล ด้านสังคมและวัฒนธรรม อีกทั้งในประเทศไทยมีเพียงการเก็บข้อมูลพื้นฐานด้านความรู้ทางสุขภาพเท่านั้น ดังนั้นหากมีการศึกษาถึงปัจจัยที่สามารถทำนายความรู้ทางสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยได้จะเป็นประโยชน์ในการทำข้อมูลไปใช้ในการดูแลสุขภาพ ประชากรกลุ่มดังกล่าวต่อไป ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยทำนายความรู้ทางสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังในชุมชน เพื่อนำไปสู่การพัฒนากิจกรรมการพยาบาลที่เหมาะสมกับผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังให้มีพฤติกรรมในการดูแลตนเองที่ดี เพื่อป้องกัน และชะลอภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นระหว่างที่รับหน้าที่เป็นผู้ดูแลเพื่อผลที่ดีในการดูแลผู้ป่วยต่อไป

### บทที่ 3

## วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive correlational research) เพื่อศึกษาความรู้ทางสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้ทางสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน โดยวิธีการดำเนินการวิจัยดังนี้

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

**ประชากร** ได้แก่ ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่อาศัยอยู่ในอำเภอกันทรารมณีส จังหวัดศรีสะเกษ ปี พ.ศ. 2560 จำนวน 724 ราย (สำนักสาธารณสุขอำเภอกันทรารมณีส, 2561)

**กลุ่มตัวอย่าง** ได้แก่ ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่อาศัยอยู่ในเขตอำเภอกันทรารมณีส จังหวัดศรีสะเกษ โดยกำหนดคุณสมบัติ ดังนี้

1. มีอายุตั้งแต่ 18-59 ปี
2. ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลักของบิดา มารดา สามีหรือภรรยา บุตรหรือญาติที่ได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยเป็นโรคเรื้อรัง โรคใดโรคหนึ่ง หรือหลายโรคร่วมกัน และเป็นผู้ป่วยกลุ่มติดบ้านหรือติดเตียง โดยผ่านใช้แบบประเมินคัดกรอง Barthel Activities of Daily Living [ADL] Index โดยต้องมีคะแนนน้อยกว่า 12 คะแนน และให้การดูแลต่อเนื่องอย่างน้อย 3 เดือนขึ้นไป
3. มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์

### การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้มีกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างให้เพียงพอในการศึกษาปัจจัยทำนาย โดยคำนึงถึงการควบคุมความคลาดเคลื่อนชนิดที่ 1 (Type I error) และชนิดที่ 2 (Type II error) ด้วยการใช้ตารางประมาณค่าอำนาจทดสอบ (Power analysis) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 ระดับอำนาจการทดสอบ .80 และค่าขนาดอิทธิพลของตัวแปร (Effect size) ที่ขนาดกลาง = .13 (Polit & Beck, 2017, p. 412) เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยทางการแพทย์ที่ผ่านมาส่วนใหญ่มีอิทธิพล (Effect size) ที่ขนาดกลาง คือ .13 (Polit & Beck, 2017) หลังจากนั้นนำมาเปิดตารางประมาณค่าขนาดกลุ่มตัวอย่างของ Polit and Beck (2017) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง จำนวน = 109 คน แต่เพื่อป้องกันข้อมูลที่ไม่สมบูรณ์ ผู้วิจัยจึงเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 10 (Little & Rubin, 2002) จำนวน 11 คน ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้รวมทั้งสิ้น 120 คน

### การได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่าง

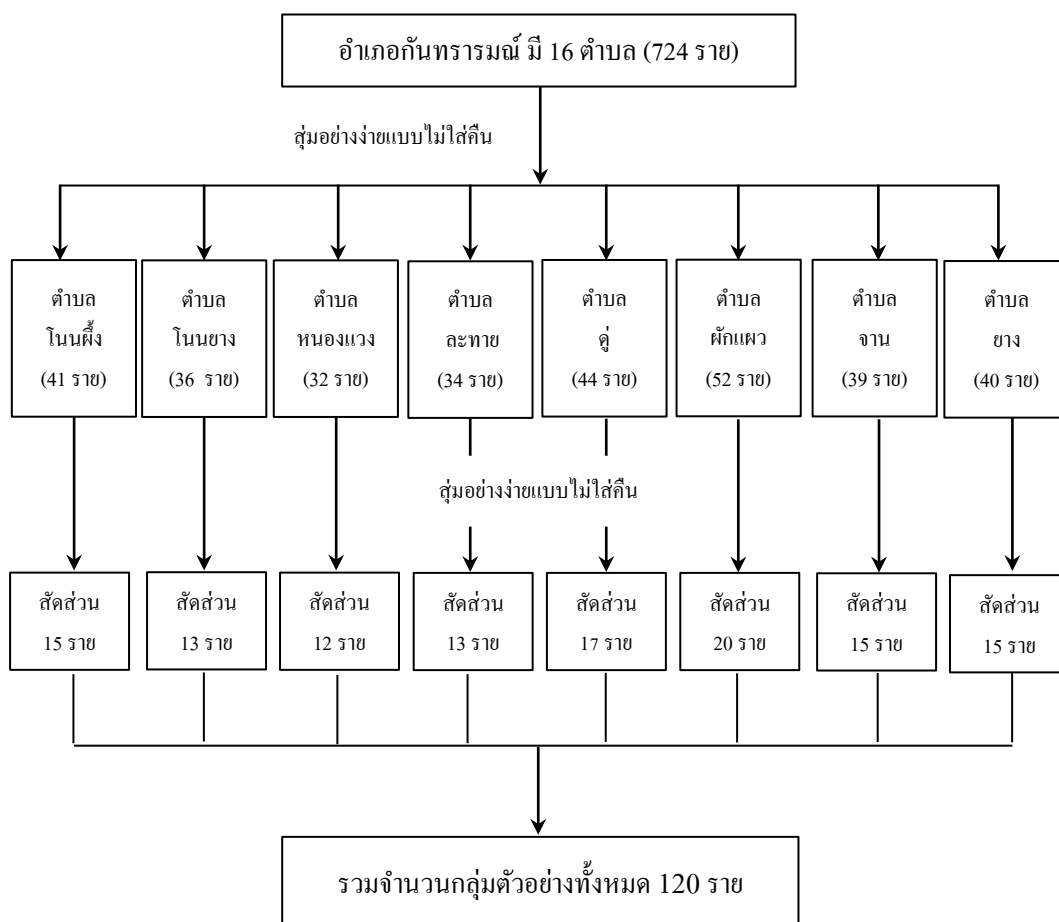
การวิจัยครั้งนี้ได้ทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง (Sampling) โดยมีขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. กำหนดพื้นที่สำหรับดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นอำเภอกันทรารมณีน มีทั้งหมด 16 ตำบล

2. สุ่มอย่างง่ายแบบไม่ใส่คืน (Simple random sampling without replacement) ตำบล ในอำเภอกันทรารมณีน มีร้อยละ 50 ของจำนวนตำบลทั้งหมด ได้ 8 ตำบล และทำการคัดเลือกรายชื่อญาติผู้ดูแลที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ได้จำนวนญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ทั้ง 8 ตำบล คือ 1) ตำบลโนนผึ้ง มีญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง 41 ราย 2) ตำบลโนนยาง มี 36 ราย 3) ตำบลหนองแวง มี 32 ราย 4) ตำบลละทาย มี 34 ราย 5) ตำบลคู มี 44 ราย 6) ตำบลผักแพว มี 52 ราย 7) ตำบลจาน มี 39 ราย และ 8) ตำบลยาง มี 40 ราย รวมจำนวนทั้งสิ้น 318 ราย

3. กำหนดกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนจากจำนวนญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังของแต่ละตำบล โดยตำบลโนนผึ้ง ได้สัดส่วนกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 15 ราย ตำบลโนนยาง ได้สัดส่วนกลุ่มตัวอย่างจำนวน 13 ราย ตำบลหนองแวง ได้สัดส่วนกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 12 ราย ตำบลละทาย ได้สัดส่วนกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 13 ราย ตำบลคู ได้สัดส่วนกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 17 ราย ตำบลผักแพว ได้สัดส่วนกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 20 ราย ตำบลจาน ได้สัดส่วนกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 15 ราย และตำบลยาง ได้สัดส่วนกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 15 ราย รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเท่ากับ 120 ราย

4. ดำเนินการสุ่มตัวอย่างด้วยการสุ่มอย่างง่ายโดยวิธีการจับฉลากแบบไม่ใส่คืน (Simple random sampling without replacement) จากทะเบียนรายชื่อญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่อยู่ในความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ทั้ง 8 ตำบล ในอำเภอกันทรารมณีน ตามจำนวนสัดส่วนกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณได้จนครบ ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด จำนวน 120 คน ดังภาพที่ 3



ภาพที่ 3 ขั้นตอนการสุ่มตัวอย่าง

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ประกอบด้วย เพศ อายุ ภาษา การศึกษา อาชีพ รายได้ โรคของผู้ป่วยที่ดูแล และระยะเวลาในการดูแล

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการใช้สื่อของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีเนื้อหาครอบคลุมประเด็นการใช้สื่อออนไลน์หรือสื่อสังคมออนไลน์ทางเครือข่ายอินเทอร์เน็ต เพื่อสืบค้นข้อมูลทางสุขภาพที่หลากหลาย เช่น การเกิดโรค การดูแลตนเอง การรักษา สถานบริการสุขภาพ และแหล่งสนับสนุนในการดูแลสุขภาพตนเองของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยผู้วิจัยได้ขออนุญาตใช้แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการสืบค้นข้อมูลสุขภาพจากสื่อออนไลน์/ สื่อสังคมออนไลน์ของ กฤษฎณาพร ทิพย์กาญจนธนา และคณะ (2560) มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .96 มีข้อคำถาม จำนวน 8 ข้อ แบบสอบถาม

มีลักษณะการวัดเป็นแบบมาตราประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ ประกอบด้วย ปฏิบัติบ่อยครั้ง  
ปฏิบัติเป็นบางครั้ง ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง และไม่ได้ปฏิบัติ

เกณฑ์การให้คะแนน

3 หมายถึง ปฏิบัติบ่อยครั้ง

2 หมายถึง ปฏิบัติเป็นบางครั้ง

1 หมายถึง ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง

0 หมายถึง ไม่ได้ปฏิบัติ

มีช่วงคะแนนรวม 0-32 คะแนน การแปลผล คะแนนเฉลี่ยสูง แสดงว่า มีการใช้สื่อ  
เพื่อการสืบค้นข้อมูลสุขภาพในการดูแลสุขภาพตนเองมาก

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ประเมิน  
จากความรู้สึกหลากหลายมิติเกี่ยวกับการช่วยเหลือทางสังคม (Multidimensional scale of perceived  
social support) ที่ประเมินการรับรู้เกี่ยวกับการสนับสนุน การช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนที่สำคัญ  
คือ ครอบครัว เพื่อน และบุคคลสำคัญ ซึ่งผู้วิจัยได้ขออนุญาตใช้แบบประเมินการรับรู้การสนับสนุน  
ทางสังคมของ ฌททัย วงศ์ปกรันย์ และทินกร วงศ์ปกรันย์ (Wongpakaran et al., 2011) ที่แปลมาจาก  
แบบสอบถามของ Zimet, Dahlem, Zimet, and Farley (1988) และดัดแปลงโดย อนุสรณ์ แน่นอุดร,  
รุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวศน์ และพรนภา หอมสินธุ์ (2557) มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .94 มีข้อคำถามทั้งหมด  
12 ข้อ แบบสอบถามมีลักษณะการวัดเป็นแบบมาตราประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ประกอบด้วย  
เห็นด้วย ก่อนข้างเห็นด้วย เฉย ๆ ก่อนข้างไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย

เกณฑ์การให้คะแนน

4 หมายถึง เห็นด้วย

3 หมายถึง ก่อนข้างเห็นด้วย

2 หมายถึง เฉย ๆ

1 หมายถึง ก่อนข้างไม่เห็นด้วย

0 หมายถึง ไม่เห็นด้วย

มีช่วงคะแนนรวมตั้งแต่ 0-48 คะแนน การแปลผล คะแนนเฉลี่ยสูง หมายถึง  
มีการสนับสนุนทางสังคมดี

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามความรู้ทางสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ซึ่งผู้วิจัย  
ได้ขออนุญาตใช้แบบวัดความรู้ด้านสุขภาพของ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข  
(2558) ในการประเมินระดับความสามารถ และทักษะต่าง ๆ เพื่อการได้มาซึ่งข้อมูลทางสุขภาพ  
สามารถวิเคราะห์ตัดสินใจเลือกใช้ข้อมูลและบริการสุขภาพได้อย่างเหมาะสมของญาติผู้ดูแลผู้ป่วย

โรคเรื้อรัง เพื่อป้องกัน และดูแลรักษาสุขภาพที่ดีของตนเอง เกี่ยวกับด้านอาหาร การออกกำลังกาย อารมณ์ การดื่มแอลกอฮอล์ และการสูบบุหรี่ โดยพัฒนามาจากแนวคิดความรู้ทางสุขภาพของ Nutbeam (2008) มีองค์ประกอบ 6 ด้าน ได้แก่ ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ การเข้าถึงข้อมูล และบริการสุขภาพ การสื่อสารทางสุขภาพ การจัดการทางสุขภาพของตนเอง การรู้เท่าทันสื่อ และการตัดสินใจ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .88 (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2558) โดยมีข้อคำถามรวมทั้งหมด 35 ข้อ แบ่งออกเป็น 6 ตอน ตอนที่ 1 เป็นแบบสอบถามความรู้ มี 4 ตัวเลือก และตอนที่ 2-5 เป็นแบบสอบถามที่มีลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราประมาณค่า (Rating scale) มี 5 ตัวเลือก ส่วนตอนที่ 6 มี 4 ตัวเลือก รายละเอียดดังต่อไปนี้

ตอนที่ 1 แบบสอบถามความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ เป็นการประเมินความรู้ ความเข้าใจ ที่ถูกต้องเกี่ยวกับข้อมูลทางสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ซึ่งมีข้อคำถาม จำนวน 10 ข้อ 4 ตัวเลือก โดยเลือกตอบข้อที่ถูกต้องเพียงข้อเดียว

เกณฑ์การแปลผลการประเมินความรู้ความเข้าใจของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ คะแนนช่วง 0-5 คะแนน แสดงว่า มีความรู้ความเข้าใจไม่ดี

คะแนนช่วง 6-7 คะแนน แสดงว่า มีความรู้ความเข้าใจพอใช้

คะแนนช่วง 8-10 คะแนน แสดงว่า มีความรู้ความเข้าใจดีมาก

โดยมีค่าคะแนนระหว่าง 0-10 คะแนน การแปลผล คะแนนสูง แสดงว่า มีความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพตนเองดี

ตอนที่ 2 แบบสอบถามการเข้าถึงข้อมูล และบริการสุขภาพ เป็นการประเมินตนเองถึง ความสามารถในการเข้าถึงข้อมูล และบริการสุขภาพ การเลือกแหล่งข้อมูล ู้วิธีการในการค้นหา ข้อมูลสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ซึ่งมีข้อคำถาม จำนวน 5 ข้อ แบบสอบถามมีลักษณะ การวัดเป็นแบบมาตราประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ คะแนนตั้งแต่ 0-4 คะแนน ดังนี้

เกณฑ์การให้คะแนน

4 หมายถึง ปฏิบัติทุกครั้ง

3 หมายถึง ปฏิบัติบ่อยครั้ง

2 หมายถึง ปฏิบัติเป็นบางครั้ง

1 หมายถึง ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง

0 หมายถึง ไม่ได้ปฏิบัติ

โดยมีค่าคะแนนรวม 0-20 คะแนน คะแนนสูงแสดงว่า มีการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพที่ดี การแปลผลการประเมินการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง แบ่งได้ 3 ระดับ ได้แก่

คะแนนช่วง 0-12 คะแนน แสดงว่า มีการเข้าถึงข้อมูล และบริการสุขภาพไม่ดี  
 คะแนนช่วง 13-15 คะแนน แสดงว่า มีการเข้าถึงข้อมูล และบริการสุขภาพพอใช้  
 คะแนนช่วง 16-20 คะแนน แสดงว่า มีการเข้าถึงข้อมูล และบริการสุขภาพดีมาก  
 ตอนที่ 3 แบบสอบถามการสื่อสารทางสุขภาพ เป็นการประเมินความสามารถในการสื่อสาร  
 โดยการพูด อ่าน เขียน รวมทั้งสามารถสื่อสารให้บุคคลอื่นเข้าใจ และยอมรับข้อมูลทางสุขภาพของญาติ  
 ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง มีข้อคำถาม จำนวน 5 ข้อ แบบสอบถามมีลักษณะการวัดเป็นแบบมาตรา  
 ประเมินค่า (Rating scale) 5 ระดับ คะแนนตั้งแต่ 0-4 คะแนน ดังนี้

เกณฑ์การให้คะแนน

- 4 หมายถึง ปฏิบัติทุกครั้ง
- 3 หมายถึง ปฏิบัติบ่อยครั้ง
- 2 หมายถึง ปฏิบัติเป็นบางครั้ง
- 1 หมายถึง ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง
- 0 หมายถึง ไม่ได้ปฏิบัติ

โดยมีค่าคะแนนระหว่าง 0-20 คะแนน คะแนนสูง แสดงว่า มีการสื่อสาร การพูด อ่าน เขียน  
 รวมทั้งสามารถสื่อสารให้บุคคลอื่นเข้าใจ และยอมรับข้อมูลทางสุขภาพที่ดี การแปลผลการประเมิน  
 การสื่อสารทางสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ซึ่งแบ่งได้ 3 ระดับ ได้แก่

- คะแนนช่วง 0-12 คะแนน แสดงว่า มีการสื่อสารทางสุขภาพ ไม่ดี
- คะแนนช่วง 13-15 คะแนน แสดงว่า มีการสื่อสารทางสุขภาพ พอใช้
- คะแนนช่วง 16-20 คะแนน แสดงว่า มีการสื่อสารทางสุขภาพ ดีมาก

ตอนที่ 4 แบบสอบถามการจัดการทางสุขภาพของตนเอง เป็นการประเมินความสามารถ  
 ในการกำหนดเป้าหมาย วางแผน และปฏิบัติตามแผน พร้อมทั้งมีการทบทวนวิธีการปฏิบัติ  
 ตามเป้าหมาย เพื่อนำมาปรับเปลี่ยนวิธีปฏิบัติตนให้ถูกต้องของญาติผู้ดูแลมีข้อคำถาม จำนวน 5 ข้อ  
 แบบสอบถามมีลักษณะการวัดเป็นแบบมาตราประเมินค่า (Rating scale) 5 ระดับ คะแนนตั้งแต่ 0-4  
 คะแนน ดังนี้

เกณฑ์การให้คะแนน

- 4 หมายถึง ปฏิบัติทุกครั้ง
- 3 หมายถึง ปฏิบัติบ่อยครั้ง
- 2 หมายถึง ปฏิบัติเป็นบางครั้ง
- 1 หมายถึง ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง
- 0 หมายถึง ไม่ได้ปฏิบัติ



โดยมีค่าคะแนนระหว่าง 0-20 คะแนน คะแนนสูงแสดงว่า มีการจัดการทางสุขภาพของตนเองที่ดี การแปลผลการประเมินการจัดการทางสุขภาพของตนเองของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ซึ่งแบ่งได้ 3 ระดับ ได้แก่

คะแนนช่วง 0-12 คะแนน แสดงว่า มีการจัดการทางสุขภาพของตนเอง ไม่ดี

คะแนนช่วง 13-15 คะแนน แสดงว่า มีการจัดการทางสุขภาพของตนเอง พอใช้

คะแนนช่วง 16-20 คะแนน แสดงว่า มีการจัดการทางสุขภาพของตนเอง ดีมาก

ตอนที่ 5 แบบสอบถามการรู้เท่าทันสื่อ เป็นการประเมินความสามารถในการตรวจสอบความถูกต้อง ความน่าเชื่อถือของข้อมูลที่สื่อนำเสนอ และสามารถเปรียบเทียบวิธีการเลือกรับสื่อเพื่อหลีกเลี่ยงความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นกับสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเอง มีข้อคำถามจำนวน 5 ข้อ แบบสอบถามมีลักษณะการวัดเป็นแบบมาตราประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ คะแนนตั้งแต่ 0-4 คะแนน ดังนี้

เกณฑ์การให้คะแนน

4 หมายถึง ปฏิบัติทุกครั้ง

3 หมายถึง ปฏิบัติบ่อยครั้ง

2 หมายถึง ปฏิบัติเป็นบางครั้ง

1 หมายถึง ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง

0 หมายถึง ไม่ได้ปฏิบัติ

โดยมีค่าคะแนนระหว่าง 0-20 คะแนน คะแนนสูง แสดงว่า มีการรู้เท่าทันสื่อที่ดี การแปลผลการประเมินการรู้เท่าทันสื่อของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ซึ่งแบ่งได้ 3 ระดับ ได้แก่

คะแนนช่วง 0-12 คะแนน แสดงว่า มีการรู้เท่าทันสื่อ ไม่ดี

คะแนนช่วง 13-15 คะแนน แสดงว่า มีการรู้เท่าทันสื่อ พอใช้

คะแนนช่วง 16-20 คะแนน แสดงว่า มีการรู้เท่าทันสื่อ ดีมาก

ตอนที่ 6 แบบสอบถามการตัดสินใจ เพื่อประเมินความสามารถในการกำหนดทางเลือกและปฏิเสธหรือหลีกเลี่ยง โดยมีการใช้เหตุผลหรือวิเคราะห์ผลดี-ผลเสีย พร้อมแสดงทางเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องเกี่ยวกับข้อมูลสุขภาพในการดูแลตนเองของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง มีข้อคำถาม จำนวน 5 ข้อ เลือกตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

โดยมีค่าคะแนนระหว่าง 0-20 คะแนน คะแนนสูงแสดงว่า มีการตัดสินใจในเลือกข้อมูลสุขภาพ และการดูแลตนเองที่ดี เกณฑ์การแปลผลการประเมินการตัดสินใจของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ซึ่งแบ่งได้ 3 ระดับ ได้แก่

คะแนนช่วง 0-12 คะแนน แสดงว่า มีการตัดสินใจ ไม่ดี

คะแนนช่วง 13-15 คะแนน แสดงว่า มีการตัดสินใจ พอใช้  
 คะแนนช่วง 16-20 คะแนน แสดงว่า มีการตัดสินใจ ดีมาก  
 สรุปคะแนนรวมขององค์ประกอบความรู้ทางสุขภาพ (ตอนที่ 1-6) มีจำนวน 35 ข้อ  
 มีค่าคะแนนระหว่าง 0-110 คะแนน คะแนนสูงแสดงว่า มีความรอบรู้ทางสุขภาพที่ดี  
 เกณฑ์การประเมินความรู้ทางสุขภาพรวมของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังแบ่งได้  
 3 ระดับ ได้แก่

คะแนนช่วง 0-36 คะแนน แสดงว่า มีความรอบรู้ทางสุขภาพ ไม่ดี  
 คะแนนช่วง 37-73 คะแนน แสดงว่า มีความรอบรู้ทางสุขภาพ พอใช้  
 คะแนนช่วง 74-110 คะแนน แสดงว่า มีความรอบรู้ทางสุขภาพ ดีมาก

### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการขออนุญาตใช้แบบสอบถามการใช้สื่อ แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม และแบบสอบถามความรู้ทางสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จากนักวิจัยท่านอื่นเป็น เครื่องมือวิจัยที่ได้รับการพัฒนามาเรียบร้อยแล้ว โดยไม่ได้มีการปรับแก้ในสาระหรือประเด็นใด ๆ จึงไม่ได้หาความตรงตามเนื้อหาอีก

2. การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ผู้วิจัยได้ทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ วิจัยโดย ผู้วิจัยนำแบบสอบถาม ได้แก่ แบบสอบถามการใช้สื่อ แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม และแบบสอบถามความรู้ทางสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ไปทดลองใช้กับญาติผู้ดูแล ที่มีลักษณะเดียวกันกับกลุ่มตัวอย่างแต่ไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา จำนวน 30 คน หลังจากนั้น นำมาคำนวณเพื่อวิเคราะห์หาความเชื่อมั่น (Reliability) ด้วยวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา ของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .86 .88 และ .92 ตามลำดับ สำหรับแบบสอบถามความรู้ทางสุขภาพของญาติผู้ดูแล ตอนที่ 1 แบบสอบถามความรู้ความเข้าใจ ทางสุขภาพ ผู้วิจัยนำมาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีคูเดอริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson) สูตร KR-20 ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .60

### การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้พิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง โดยนำโครงการวิจัยเสนอต่อคณะกรรมการ จริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา หลังจากการได้รับ อนุญาตให้ดำเนินการรวบรวมข้อมูล (รหัสจริยธรรมวิจัย 11-02-2561) ผู้วิจัยได้พบกลุ่มตัวอย่าง

ตามคุณสมบัติที่กำหนด อธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนในการวิจัย และการเก็บรวบรวมข้อมูลแก่กลุ่มตัวอย่าง การให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นไปตามความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่าง เมื่อกลุ่มตัวอย่างสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ในการตอบแบบสอบถามกลุ่มตัวอย่างไม่มีการใส่ชื่อและนามสกุลจริง แต่ใช้รหัสแทนกลุ่มตัวอย่างมีอิสระในการให้ข้อมูล กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ที่จะถอนตัวหรือยกเลิกจากการวิจัยโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อบริการกลุ่มตัวอย่าง และข้อมูลหลังตอบแบบสอบถามเรียบร้อยแล้วจะถูเก็บในซองกระดาษอย่างมิดชิด ข้อมูลทุกอย่างเป็นความลับ โดยผู้วิจัยนำเสนอหรืออภิปรายข้อมูลรายงานการวิจัยในภาพรวม หลังจากสิ้นสุดการศึกษาข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลายหลังจากการตีพิมพ์เผยแพร่เรียบร้อยแล้ว

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการศึกษาครั้งนี้มีการเก็บรวบรวมโดยผู้วิจัยเองทำหน้าที่ดำเนินการในการเก็บรวบรวมข้อมูล ตั้งแต่เดือนเมษายน ถึง เดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2561 ตามขั้นตอน ดังนี้

#### ขั้นเตรียมการ

1. ผู้วิจัยเสนอเค้าโครงวิทยานิพนธ์ และเครื่องมือการวิจัยที่ผ่านการตรวจสอบจากอาจารย์ที่ปรึกษาแล้ว เพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา (รหัสจริยธรรมวิจัย 11-02-2561)
2. ผู้วิจัยนำหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลจากคณบดี คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา เสนอต่อสาธารณสุขอำเภอกันทรารมณณ์ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขออนุญาตในการเข้าเก็บรวบรวมข้อมูลญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน

#### ขั้นดำเนินการ

1. ผู้วิจัยประสานงานกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอำเภอกันทรารมณณ์ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำ เมื่อได้รับอนุญาตแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแต่ละแห่งที่รับผิดชอบดูแลญาติผู้ดูแล เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย ขั้นตอนการทำวิจัย และขอความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูล
2. ผู้วิจัยนำรายชื่อญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และรายชื่ออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ตามที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) แต่ละแห่งได้สำรวจและขึ้นทะเบียนไว้มาเรียงตามขอบเขตความรับผิดชอบของของ อสม. แต่ละคน
3. ผู้วิจัยเข้าบ้านของญาติผู้ดูแลโดยการนำของ อสม. นั้น ๆ ตามเวลาที่ได้นัดหมาย แนะนำตนเองกับกลุ่มตัวอย่าง พร้อมอธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล

อธิบายเกี่ยวกับแบบสอบถาม และชี้แจงการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง เมื่อกลุ่มตัวอย่างให้ความยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย จึงดำเนินการให้ตอบแบบสอบถาม ใช้เวลาประมาณ 25-45 นาที ในระหว่างการตอบแบบสอบถาม อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจะเป็นผู้ดูแลผู้ป่วย

4. ในระหว่างการตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ญาติผู้ดูแลตอบแบบสอบถามอย่างอิสระ หากมีข้อสงสัยสามารถซักถามข้อข้องใจได้ โดยจะไม่ชี้นำคำตอบให้ญาติผู้ดูแล

5. เมื่อญาติผู้ดูแลตอบแบบสอบถามเสร็จ ผู้วิจัยได้นัดญาติผู้ดูแลตรวจสอบ ความสมบูรณ์ครบถ้วนของการตอบแบบสอบถาม

6. หลังจากเสร็จสิ้นการตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความสมบูรณ์ของการตอบแบบสอบถาม พร้อมทั้งกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือ เก็บข้อมูลจนครบ 120 คน และผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์ตามวิธีการทางสถิติต่อไป

### การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา รายได้ อาชีพ การใช้สื่อ การรับรู้การสนับสนุนทางสังคม และระดับความรู้ทางสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ด้วยสถิติพรรณนา (Descriptive statistic) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ช่วงคะแนน ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)

2. วิเคราะห์หาอำนาจการทำนายของปัจจัย ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ รายได้ ภาษา การใช้สื่อ และการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม ต่อความรู้ทางสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง ด้วยสถิติสมการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression analysis) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

## บทที่ 4

### ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive correlational research) เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายของปัจจัย ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ รายได้ ภาษา การใช้สื่อ และการสนับสนุนทางสังคมต่อความรอบรู้ทางสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชนเขตอำเภอกันทรารมณีส จังหวัดศรีสะเกษ ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล โดยแบ่งออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 การใช้สื่อ และการสนับสนุนทางสังคม

ส่วนที่ 3 ระดับความรอบรู้ทางสุขภาพ

ส่วนที่ 4 ปัจจัยทำนายความรอบรู้ทางสุขภาพ

#### ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ รายได้ ความเพียงพอของรายได้ ภาษา โรคของผู้ป่วยที่ดูแล และจำนวนชั่วโมงในการดูแลต่อวัน ได้ผลดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ( $n = 120$ )

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	89	74.2
ชาย	31	25.8
อายุ (ปี)		
< 30	6	5.0
30-39	30	25.0
40-49	35	29.2
50-59	49	40.8
(Min = 24 , Max = 59 , $M = 45.20$ , $SD = 9.04$ )		

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
การศึกษา		
ประถมศึกษา	54	45.0
มัธยมศึกษา	50	41.7
ปริญญาตรี	16	13.3
อาชีพ		
เกษตรกร (ทำไร่/ ทำนา)	76	63.6
แม่บ้าน/ ไม่ได้ประกอบอาชีพ	27	22.2
รับราชการ/ รัฐวิสาหกิจ	9	7.5
รับจ้าง	6	5.0
ค้าขาย	2	1.7
รายได้ (ต่อเดือน)		
≤ 5,000 บาท	87	72.5
5,001-10,000 บาท	23	19.2
10,001-15,000 บาท	2	1.7
15,001 บาทขึ้นไป	8	6.6
(Min = 500, Max = 40,000, M = 5,435.00, SD = 6,841.76)		
ความเพียงพอของรายได้		
เพียงพอ	24	20.0
ไม่เพียงพอ	96	80.0
ภาษา		
ไทยอีสาน	55	45.8
ไทย	37	30.8
ส่วย (กวยหรือกูย)	20	16.7
เขมร	2	6.7

จากตารางที่ 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 74.2) โดยอายุเฉลี่ยเท่ากับ 45 ปี ( $SD = 9.04$ ) จบการศึกษาชั้นประถมศึกษา (ร้อยละ 45) รองลงมา คือ ชั้นมัธยมศึกษา

(ร้อยละ 41.7) มีอาชีพเกษตรกร (ทำไร่/ทำนา) (ร้อยละ 63.6) ส่วนใหญ่มีรายได้น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5,000 บาท (ร้อยละ 72.5) มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนเท่ากับ 5,435 บาท ส่วนใหญ่มีรายได้ไม่เพียงพอ (ร้อยละ 80) ภาษาที่ใช้สื่อสารในชีวิตประจำวันมากที่สุด คือ ภาษาไทยอีสาน (ร้อยละ 45.8) รองลงมา คือ ภาษาไทย (ร้อยละ 30.8)

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกตามข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังของกลุ่มตัวอย่าง ( $n = 120$ )

ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแล	จำนวน	ร้อยละ
โรคเรื้อรังของผู้ป่วยที่ดูแล*		
โรคความดันโลหิตสูง	76	63.3
โรคเบาหวาน	51	42.5
โรคไตวาย	20	16.7
โรคหลอดเลือดสมอง	19	15.8
โรคหัวใจและหลอดเลือด	17	14.2
โรคสมองเสื่อม	13	10.8
โรคมะเร็ง	12	10.0
โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	10	8.3
จำนวน โรคเรื้อรังของผู้ป่วยที่ดูแล		
โรคเรื้อรังรวมมากกว่า 1 โรค	98	81.7
โรคเรื้อรัง 1 โรค	22	18.3
จำนวนชั่วโมงในการดูแลต่อวัน		
1-6 ชั่วโมง	68	56.7
7-12 ชั่วโมง	36	30.0
ตั้งแต่ 13 ชั่วโมง ขึ้นไป	16	13.3
(Min = 1, Max = 24, $M = 8.52$ , $SD = 6.56$ )		

\* โรคเรื้อรังที่ผู้ป่วยเป็นอาจมีโรคร่วมมากกว่า 1 โรค

จากตารางที่ 2 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยหลายโรคร่วมกัน (ร้อยละ 81.7) เกินครึ่งใช้ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย 1-6 ชั่วโมง โดยเฉลี่ย 8.5 ชั่วโมงต่อวัน ( $SD = 6.56$ )

## ส่วนที่ 2 การใช้สื่อ และการสนับสนุนทางสังคม

วิเคราะห์การใช้สื่อ และการสนับสนุนทางสังคม โดยนำเสนอด้วยช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการใช้สื่อ และการสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มตัวอย่าง ( $n = 120$ )

ตัวแปร	ช่วงคะแนน		<i>M</i>	<i>SD</i>	ระดับ
	คะแนนที่เป็นไปได้	คะแนนที่ได้			
การใช้สื่อ	0-32	0-24	9.27	7.16	น้อย
การสนับสนุนทางสังคม	0-48	12-48	34.81	8.79	มาก

จากตารางที่ 3 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยการใช้สื่อเท่ากับ 9.27 ( $SD = 7.16$ ) อยู่ในระดับน้อย และมีคะแนนเฉลี่ยการสนับสนุนทางสังคมเท่ากับ 34.81 ( $SD = 8.79$ ) อยู่ในระดับมาก

## ส่วนที่ 3 ระดับความรอบรู้ทางสุขภาพ

ความรอบรู้ทางสุขภาพของญาติผู้ดูแล วิเคราะห์ และนำเสนอผลการวิเคราะห์โดยการหาช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความรอบรู้ทางสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง ( $n = 120$ )

ความรอบรู้ทางสุขภาพ	ช่วงคะแนน		<i>M</i>	<i>SD</i>	ระดับ
	คะแนนที่เป็นไปได้	คะแนนที่ได้			
ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ	0-10	2-10	6.48	2.22	พอใช้
การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ	0-20	4-20	13.08	3.56	พอใช้
การสื่อสารทางสุขภาพ	0-20	4-20	11.75	3.82	ไม่ดี
การจัดการทางสุขภาพของตนเอง	0-20	0-20	9.69	4.25	ไม่ดี



ตารางที่ 4 (ต่อ)

ความรอบรู้ทางสุขภาพ	ช่วงคะแนน		M	SD	ระดับ
	คะแนนที่เป็นไปได้	คะแนนที่ได้			
การรู้เท่าทันสื่อ	0-20	5-15	8.42	2.25	ไม่ดี
การตัดสินใจ	0-20	3-20	11.93	3.94	ไม่ดี
โดยภาพรวม	0-110	32-95	61.37	12.72	ไม่ดี

จากตารางที่ 4 ความรอบรู้ทางสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยภาพรวมอยู่ในระดับไม่ดี ( $M = 61.37, SD = 12.72$ ) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ การเข้าถึงข้อมูล และบริการสุขภาพ ( $M = 13.08, SD = 3.56$ ) รองลงมา คือ ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ ( $M = 6.48, SD = 2.22$ ) และอยู่ในระดับพอใช้ หากพิจารณารายข้อ พบว่า มีคะแนนเฉลี่ย ของปัญหา การค้นหาข้อมูลสุขภาพจากแหล่งต่าง ๆ และการตรวจสอบแหล่งข้อมูลสุขภาพเกี่ยวกับการปฏิบัติ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองจนข้อมูลนั้นน่าเชื่อถือต่ำที่สุด ส่วนด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยรวมต่ำ และอยู่ในระดับไม่ดี ได้แก่ การตัดสินใจ ( $M = 11.93, SD = 3.94$ ) การสื่อสารทางสุขภาพ ( $M = 11.75, SD = 3.82$ ) การจัดการทางสุขภาพของตนเอง ( $M = 9.69, SD = 4.25$ ) และการรู้เท่าทันสื่อ ( $M = 8.42, SD = 2.25$ ) ตามลำดับ ซึ่งสามารถพิจารณารายข้อ พบว่า ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยมากกว่า 2.40 มีเพียง 5 ข้อ ได้แก่ 1) สามารถเข้าใจเนื้อหาจากฟังคำแนะนำจากบุคคลต่าง ๆ ได้ 2) สามารถเล่าเรื่องให้กับคน ในครอบครัวหรือเพื่อนฟังเข้าใจได้ 3) สามารถประเมินอารมณ์ตนเอง และจัดการความเครียดได้ด้วย วิธีการที่ดีต่อสุขภาพ 4) การทบทวนวิธีการปฏิบัติตนตามที่ได้ตั้งใจไว้ และ 5) มีการปรับปรุง สภาพแวดล้อมรอบตัวเองเพื่อการปฏิบัติพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเอง ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับความรอบรู้ทางสุขภาพ จำแนกตาม รายชื่อของกลุ่มตัวอย่าง ( $n = 120$ )

ข้อความ	M	SD
ตอนที่ 1 ความรู้ ความเข้าใจทางสุขภาพที่ถูกต้อง	6.48	2.22
ตอนที่ 2 การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ		
1. ความสามารถในการเลือกแหล่งข้อมูลสุขภาพทางสุขภาพ	2.74	1.00

ตารางที่ 5 (ต่อ)

ข้อความ	<i>M</i>	<i>SD</i>
2. ความสามารถในการค้นหาข้อมูลหรือสอบถามผู้รู้ จนได้ข้อมูลที่ถูกต้องทันสมัย	2.68	9.34
3. ปัญหาการค้นหาข้อมูลสุขภาพจากแหล่งต่าง ๆ	2.50	1.01
4. การตรวจสอบข้อมูลสุขภาพจากหลาย ๆ แหล่ง เกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง	2.62	0.94
5. การตรวจสอบแหล่งข้อมูลสุขภาพเกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองจนข้อมูลนั้นน่าเชื่อถือ	2.53	0.92
<b>ตอนที่ 3 การสื่อสารทางสุขภาพ</b>		
1. สามารถเข้าใจเนื้อหาจากฟังคำแนะนำเรื่องการปฏิบัติพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง จากบุคคลต่าง ๆ ได้	2.40	1.00
2. สามารถเล่าเรื่องเกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง ให้กับคนในครอบครัวหรือเพื่อนฟังจนเข้าใจ	2.45	1.14
3. สามารถเข้าใจเนื้อหาจากการอ่านเอกสารแนะนำเรื่องการปฏิบัติพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง	2.27	1.09
4. การสื่อสารด้วยการพูด อ่าน เขียนข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองให้คนอื่นเข้าใจ	2.37	1.02
5. การโน้มน้าวให้บุคคลอื่นยอมรับข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง	2.25	0.98
<b>ตอนที่ 4 การจัดการทางสุขภาพของตนเอง</b>		
1. การสังเกตปริมาณและคุณค่าทางโภชนาการของอาหารที่รับประทาน	2.29	1.23
2. การวางแผนเป้าหมายของการออกกำลังกาย และทำได้ตามเป้าหมายที่วางไว้	2.22	1.04
3. สามารถประเมินอารมณ์ตนเอง และจัดการความเครียดได้ด้วยวิธีการที่ดีต่อสุขภาพ	2.50	1.07
4. การทบทวนวิธีการปฏิบัติตนตามที่ได้ตั้งใจไว้เพื่อการเสริมสร้างสุขภาพตนเอง	2.45	0.91

ตารางที่ 5 (ต่อ)

ข้อความ	<i>M</i>	<i>SD</i>
5. การปรับปรุงสภาพแวดล้อมรอบตัวเองเพื่อการปฏิบัติพฤติกรรม ในการดูแลสุขภาพตนเอง	2.47	0.87
<b>ตอนที่ 5 การรู้เท่าทันสื่อ</b>		
1. การตรวจสอบความถูกต้องก่อนตัดสินใจซื้อ จากการโฆษณา สินค้าเกี่ยวกับสุขภาพ	2.23	1.01
2. สามารถตรวจสอบความน่าเชื่อถือของโฆษณาก่อนตัดสินใจซื้อ สินค้าเกี่ยวกับสุขภาพ	1.76	1.11
3. การใช้เหตุผลวิเคราะห์ข้อดี ข้อเสียเพื่อเลือกรับข้อมูลด้านสุขภาพ จากสื่อนั้นก่อนที่จะปฏิบัติตาม	2.00	1.07
4. การวิเคราะห์ ประเมิน เนื้อหา ก่อนเข้าร่วมกิจกรรมเกี่ยวกับ สุขภาพ	1.89	1.17
5. การแลกเปลี่ยนพูดคุย วิพากษ์ วิจัยเกี่ยวกับแนวทางการปฏิบัติ พฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองกับผู้อื่น ก่อนตัดสินใจซื้อ และปฏิบัติตาม	1.82	1.12
<b>ตอนที่ 6 การตัดสินใจ</b>		
1. การตัดสินใจรับประทานอาหารตามคำแนะนำผู้เชี่ยวชาญไปร่วมงาน สังสรรค์	1.76	0.70
2. การตัดสินใจออกกำลังกายขณะที่ไม่มีเพื่อน	1.64	0.08
3. การเลือกจัดการความเครียดจากสถานการณ์ที่รู้มเร็ว	1.75	0.85
4. การให้คำแนะนำเมื่อพบผู้สูบบุหรี่ในบ้าน	1.63	0.89
5. การตัดสินใจเกี่ยวกับการดื่มแอลกอฮอล์และสูบบุหรี่	1.63	0.84

#### ส่วนที่ 4 ปัจจัยทำนายความรอบรู้ทางสุขภาพ

1. การวิเคราะห์สมการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression analysis) เพื่อหาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรอบรู้ทางสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ซึ่งได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ รายได้ ภาษา การใช้สื่อ และการสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยได้ทดสอบข้อตกลง

เบื้องต้นของการใช้สถิติสมการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนพบว่า เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติ (Assumption) ดังนี้

1.1 ตัวแปรตามเป็น Interval/ Ratio scale ในการวิจัยครั้งนี้ตัวแปรตาม คือ คะแนนความรอบรู้ทางสุขภาพ มีระดับการวัดเป็น Interval scale

1.2 ตัวแปรต้นเป็น Interval/ Ratio scale หรือเป็นตัวแปรหุ่น (Dummy variable) ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้เปลี่ยนตัวแปรต้นที่มีระดับการวัดเป็นนามบัญญัติ (Nominal scale) ให้เป็นตัวแปรหุ่น (Dummy variable) ได้แก่ เพศ อาชีพ และภาษา ดังในตารางที่ 7 (ภาคผนวก ง)

1.3 ข้อมูลมีการแจกแจงแบบโค้งปกติ (Normality) พิจารณาจากค่า Fisher skewness coefficient และค่า Fisher kurtosis coefficient ซึ่งมีค่าไม่เกิน  $\pm 1.96$  (สำหรับ  $\alpha = .05$ ) (จุฬาลักษณ์ บารมี, 2551)

1.4 ตัวแปรต้น และตัวแปรตามมีความสัมพันธ์กันเชิงเส้นตรง จากการทำ Scatter plot ระหว่างตัวแปรต้นกับตัวแปรตาม และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficients) และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พอยท์ไบเซรียล (Point biserial correlation coefficients) พบว่า ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงกับความรู้ทางสุขภาพ รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 8 (ภาคผนวก ง)

1.5 ค่าความคลาดเคลื่อนมีการแจกแจงแบบปกติ มีค่าเฉลี่ย = 0 และเป็นอิสระต่อกัน (ไม่มี Autocorrelation) ทดสอบด้วยสถิติ Kolmogorov-Smirnov [KS] test พบว่า ค่า  $p > .05$  ( $p = .365$ ) มีค่าเฉลี่ย = 0 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.98 และจากการทำ Histogram ของค่า Residual พบว่า ค่า Residual มีการกระจายแบบปกติ เมื่อวิเคราะห์ค่า Durbin-Watson พบว่า ได้เท่ากับ 1.621 ซึ่งมีค่าอยู่ระหว่าง 1.5-2.5 แสดงว่า ค่าความคลาดเคลื่อนมีอิสระต่อกัน ไม่มี Autocorrelation

1.6 ตัวแปรต้นทุกตัวอิสระต่อกัน ไม่มี Multicollinearity โดยการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficients) พบว่า ไม่มีตัวแปรต้นคู่ใดที่ความสัมพันธ์กันเองในระดับสูงเกิน .85 (ค่า  $r < .85$ ) (Munro, 2005) ดังแสดงในตารางที่ 5 ไม่มีค่า Tolerance ของตัวแปรใด  $< .20$  จากการศึกษาค้นคว้าวิเคราะห์ได้ค่า Tolerance  $> .60$  ขึ้นไป และค่า Variance Inflation Factor [VIF] ไม่มากกว่า 4 จากการศึกษาค้นคว้าวิเคราะห์ได้ค่า VIF อยู่ระหว่าง 1.00-1.65 ซึ่งไม่มากกว่า 4 (Garson, 2006 อ้างถึงใน จุฬาลักษณ์ บารมี, 2551)

1.7 ไม่มี Multivariate outlier พิจารณาจากการกระจายของค่าความคลาดเคลื่อนทุกค่าอยู่ในช่วง  $\pm 3$

1.8 ค่าความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อน ( $\epsilon$ ) คือ  $\sigma^2$  ของ  $y$  ต้องคงที่ในทุกค่าของ  $x$  (Homoscedasticity) พิจารณาจากกราฟ Scatterplot ระหว่างค่ามาตรฐานของความคลาดเคลื่อน

ที่เกิดจากการทำนาย (ZRESID) และค่ามาตรฐานของค่าทำนายที่ได้จากสมการ (ZPRED) พบว่า การกระจายของจุดบนกราฟไม่มีลักษณะที่แสดงถึงการมีความสัมพันธ์กันรูปแบบใดรูปแบบหนึ่ง จุดอยู่ห่างจากเส้น 0 ในลักษณะสมมาตรด้านบนและด้านล่าง

2. การวิเคราะห์อำนาจการทำนายระหว่างปัจจัยที่ศึกษาต่อความรอบรู้ทางสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 การวิเคราะห์สมการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนของปัจจัยทำนายความรอบรู้ทางสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง ( $n = 120$ )

ตัวทำนาย	$R^2$	$b$	SE ( $b$ )	Beta	$t$	$p$
การศึกษา	.535	1.699	.231	.564	7.338	< .001
การสนับสนุนทางสังคม	.563	.305	.093	.211	3.290	.001
อายุ	.586	-.263	.103	-.187	-2.552	.012
ค่าคงที่ = 47.278			6.098		7.753	< .001
$R^2 = .586, R^2_{adj} = .576, F_{(3, 116)} = 54.810, p < .001$						

จากตารางที่ 6 พบว่า ปัจจัยที่สามารถร่วมทำนายความรอบรู้ทางสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง มีทั้งหมด 3 ปัจจัย ได้แก่ การศึกษา การสนับสนุนทางสังคม และอายุ โดยสามารถร่วมกันทำนายความรอบรู้ทางสุขภาพได้ ร้อยละ 58.6 ( $R^2 = .586, p < .001$ ) ปัจจัยตัวแรกที่ถูกคัดเลือกเข้าสมการทำนาย ได้แก่ การศึกษา โดยสามารถทำนายความรอบรู้ทางสุขภาพได้ ร้อยละ 53.5 ( $R^2 = .535, p < .001$ ) ปัจจัยตัวที่สองที่ถูกคัดเลือกเพิ่มเข้าในสมการทำนาย ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม โดยสามารถร่วมทำนายความรอบรู้ทางสุขภาพได้เพิ่มเป็น ร้อยละ 56.3 ( $R^2 = .563, p < .01$ ) และปัจจัยตัวที่สามที่ถูกคัดเลือกเพิ่มเข้าในสมการทำนาย ได้แก่ อายุ โดยสามารถร่วมทำนายความรอบรู้ทางสุขภาพได้เพิ่มเป็น ร้อยละ 58.6 ( $R^2 = .586, p < .05$ )

สำหรับปัจจัยที่มีอิทธิพลมากที่สุดในการทำนายความรอบรู้ทางสุขภาพ ได้แก่ การศึกษา ( $\beta = .564$ ) ปัจจัยตัวที่สองที่มีอิทธิพลในการทำนายความรอบรู้ทางสุขภาพ ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม ( $\beta = .211$ ) ปัจจัยตัวที่สามที่มีอิทธิพลในการทำนาย ได้แก่ อายุ ( $\beta = -.187$ )

จากการวิเคราะห์สมการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน สามารถสร้างสมการพยากรณ์ในรูปแบบคะแนนดิบได้ ดังนี้

$$\text{ความรู้ทางสุขภาพ} = 47.278 + .564 (\text{การศึกษา}) + .211 (\text{การสนับสนุนทางสังคม}) - .187 (\text{อายุ})$$

จากสมการสามารถอธิบายสมการได้ว่า เมื่อทำการเพิ่มการศึกษา และการสนับสนุนทางสังคมให้สูงขึ้น 1 หน่วย จะสามารถเพิ่มระดับความรู้ทางสุขภาพได้เท่ากับ .564 และ .211 ตามลำดับ แต่ถ้าหากอายุเพิ่มขึ้น 1 ปี จะทำให้ระดับความรู้ทางสุขภาพลดลงเท่ากับ - .187

## บทที่ 5

### สรุปและอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive correlational research) เพื่อศึกษาความรอบรู้ทางสุขภาพ และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรอบรู้ทางสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชนเขตอำเภอกันทรารมณีส จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 120 ราย ซึ่งได้มาด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของญาติผู้ดูแล การใช้สื่อ การสนับสนุนทางสังคม และความรอบรู้ทางสุขภาพ ซึ่งค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .86 .88 และ .92 ตามลำดับ เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนเมษายน ถึง เดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2561 วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์หาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรอบรู้ทางสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression analysis) ซึ่งผลการศึกษารูปได้ดังนี้

#### สรุปผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 74.2) โดยอายุเฉลี่ยเท่ากับ 45 ปี ( $SD = 9.04$ ) จบการศึกษาชั้นประถมศึกษา (ร้อยละ 45) รองลงมา คือ ชั้นมัธยมศึกษา (ร้อยละ 41.7) มีอาชีพเกษตรกร (ทำไร่/ทำนา) (ร้อยละ 63.6) ส่วนใหญ่มีรายได้น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5,000 บาท (ร้อยละ 72.5) มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนเท่ากับ 5,435 บาท ส่วนใหญ่มีรายได้ไม่เพียงพอ (ร้อยละ 80) ภาษาที่ใช้สื่อสารในชีวิตประจำวันมากที่สุด คือ ภาษาไทยอีสาน (ร้อยละ 45.8) รองลงมา คือ ภาษาไทย (ร้อยละ 30.8) ส่วนใหญ่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยหลายโรคร่วมกัน (ร้อยละ 81.7) เกินครึ่งใช้ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย 1-6 ชั่วโมง โดยเฉลี่ย 8.5 ชั่วโมงต่อวัน ( $SD = 6.56$ )
2. ความรอบรู้ทางสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยภาพรวมอยู่ในระดับไม่ดี ( $M = 61.37, SD = 12.72$ )
3. ปัจจัยที่สามารถร่วมทำนายความรอบรู้ทางสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ การศึกษา ( $\beta = .564$ ) การสนับสนุนทางสังคม ( $\beta = .211$ ) และอายุ ( $\beta = -.187$ ) โดยสามารถร่วมทำนายความรอบรู้ทางสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้ ร้อยละ 58.6 ( $R^2 = .586, p < .001$ ) ซึ่งสามารถสร้างสมการพยากรณ์ในรูปคะแนนดิบได้ ดังนี้

$$\text{ความรอบรู้ทางสุขภาพ} = 47.278 + .564 (\text{การศึกษา}) + .211 (\text{การสนับสนุนทางสังคม}) - .187 (\text{อายุ})$$

## อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษา และวิเคราะห์ข้อมูล สามารถนำมาอภิปรายผลได้ดังต่อไปนี้

1. ระดับความรอบรู้ทางสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน โดยภาพรวมอยู่ในระดับไม่ดี ( $M = 61.37, SD = 12.72$ ) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุดคือ การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ( $M = 13.08, SD = 3.56$ ) รองลงมา คือ ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ ( $M = 6.48, SD = 2.22$ ) และแปลผลอยู่ในระดับพอใช้ หากพิจารณารายข้อ พบว่า ปัญหาการค้นหาข้อมูลสุขภาพจากแหล่งต่าง ๆ และการตรวจสอบแหล่งข้อมูลสุขภาพเกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองจนข้อมูลนั้นจนน่าเชื่อถือ มีคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด อาจเนื่องมาจากในพื้นที่ในการเก็บข้อมูลได้ส่งเสริมการดูแลสุขภาพญาติผู้ดูแล โดยการส่งเสริมความรู้ในการดูแลสุขภาพในรูปแบบสื่อต่าง ๆ หรือการให้ความรู้โดยบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งเป็นข้อมูลทางสุขภาพที่มีความน่าเชื่อถือ ได้รับการวิเคราะห์จากผู้เชี่ยวชาญก่อนการให้ความรู้กับญาติผู้ดูแล อีกทั้งญาติผู้ดูแลใช้เวลาส่วนใหญ่ในการดูแลผู้ป่วยเฉลี่ย 8.25 ชั่วโมงต่อวัน ดังนั้นญาติผู้ดูแลจึงไม่มีเวลาในการสืบค้นข้อมูล และโดยส่วนใหญ่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองจากบุคลากรทางการแพทย์

ส่วนด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยรวมต่ำ และอยู่ในระดับไม่ดี ได้แก่ การตัดสินใจ ( $M = 11.93, SD = 3.94$ ) การสื่อสารทางสุขภาพ ( $M = 11.75, SD = 3.82$ ) การจัดการทางสุขภาพของตนเอง ( $M = 9.69, SD = 4.25$ ) และความรู้เท่าทันสื่อ ( $M = 8.42, SD = 2.25$ ) ตามลำดับ ซึ่งสามารถพิจารณารายข้อ พบว่า มีเพียง 5 ข้อ จากทั้งหมด 25 ข้อ ที่มีคะแนนเฉลี่ยมากกว่า ร้อยละ 60 (ดังตารางที่ 5) ซึ่งส่งผลให้ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังมีความรอบรู้ทางสุขภาพในการดูแลสุขภาพตนเองอยู่ในระดับไม่ดี อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมากกว่าหนึ่งในสามมีอายุตั้งแต่ 50-59 ปี (ร้อยละ 40.8) เป็นวัยผู้ใหญ่ตอนปลายที่ก้าวสู่วัยผู้สูงอายุที่มีภาระหน้าที่ความรับผิดชอบหลายอย่าง รวมทั้งการจัดการทางสุขภาพตนเอง และการตัดสินใจลดลงตามวัย อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างอยู่ในพื้นที่ชนบท การเลือกใช้ และการเข้าถึงเครือข่ายอินเทอร์เน็ตมีน้อย ทำให้การใช้สื่อในการสืบค้นข้อมูลทางสุขภาพจากแหล่งข้อมูลต่าง ๆ น้อยเช่นกัน ส่งผลให้การรู้เท่าทันสื่อไม่ดีด้วย และยังพบว่า การสื่อสารทางสุขภาพของคนในชนบทส่วนใหญ่ไม่กล้าใช้ภาษาไทยในการติดต่อสื่อสารกับหน่วยงานราชการ เนื่องจากในชีวิตประจำวันกลุ่มตัวอย่างใช้ภาษาถิ่นในการติดต่อสื่อสาร ทำให้สำเนียงการพูดภาษาไทยกลางผิดเพี้ยนไป

โดย Manganello (2008) ได้กล่าวไว้ว่า หากบุคคลมีความสามารถในการจัดการตนเอง มีการตัดสินใจ และมีทักษะการสื่อสารที่ดี จะทำให้ความรอบรู้ทางสุขภาพของบุคคลนั้นเพิ่มสูงขึ้น แต่ความรอบรู้ทางสุขภาพจะลดลงเมื่อเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ จึงส่งผลให้ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีความรอบรู้ทางสุขภาพในการดูแลสุขภาพตนเองอยู่ในระดับไม่ดี สอดคล้องกับการศึกษาของ



Andrea et al. (2014) ที่ศึกษาการวัดความรอบรู้ทางสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็ก พบว่า มีความรอบรู้ทางสุขภาพอยู่ในระดับไม่ดี และการศึกษาของ Yuen et al. (2016) พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง มีระดับความรอบรู้ทางสุขภาพอยู่ในระดับไม่ดีเช่นกัน รวมทั้งการศึกษาของ เบนญามาศ สุรมิตรไมตรี (2556) ที่ศึกษาเกี่ยวกับความรอบรู้ทางสุขภาพ และสถานการณ์การดำเนินงานสร้างเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพของคนไทย พบว่า ความรอบรู้ทางสุขภาพของคนไทยอยู่ในระดับไม่ดี และการศึกษาของ อัญชลี จันทรินทรากร (2557) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ทางสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกัน และควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุข พบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขมีความรอบรู้ทางสุขภาพอยู่ในระดับไม่ดี

2. ปัจจัยที่สามารถทำนายความรอบรู้ทางสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ การศึกษา การสนับสนุนทางสังคม และอายุ โดยสามารถทำนายความรอบรู้ทางสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้ ร้อยละ 58.6 ( $R^2 = .586, p < .001$ ) หรือมากกว่าครึ่งหนึ่งของการทำนาย ถือเป็นอำนาจการทำนายที่ค่อนข้างสูง แสดงให้เห็นว่า ปัจจัยเหล่านี้เป็นองค์ประกอบสำคัญที่จะช่วยชี้แนะให้ญาติผู้ดูแลมีความรอบรู้ทางสุขภาพที่ดีได้ ซึ่งสอดคล้องกับกรอบแนวคิดความรอบรู้ทางสุขภาพของ Manganello (2008) ที่กล่าวไว้ว่า บุคคลที่ได้รับการศึกษาสูง ย่อมได้รับการพัฒนาทักษะขั้นพื้นฐานที่เป็นประโยชน์ในการพัฒนาความรอบรู้ทางสุขภาพ รวมถึงการสนับสนุนทางสังคมที่ช่วยให้การเข้าถึงข้อมูลบริการสุขภาพได้ดียิ่งขึ้น อีกทั้งการพัฒนาความรอบรู้ทางสุขภาพให้มีระดับที่ดีนั้น จำเป็นต้องพัฒนาตั้งแต่อายุน้อยๆ ทั้งนี้สามารถอธิบายรายละเอียดได้ดังต่อไปนี้

การศึกษาสามารถทำนายและมีอิทธิพลทางบวกต่อความรอบรู้ทางสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังมากที่สุด ( $\beta = .564, p < .001$ ) อธิบายได้ว่า ถ้าหากจะพัฒนาความรอบรู้ทางสุขภาพของญาติผู้ดูแลจำเป็นต้องส่งเสริมการศึกษาให้สูงขึ้น ซึ่งการศึกษาจะส่งผลให้ญาติผู้ดูแลมีความรอบรู้ทางสุขภาพที่ดี ทั้งนี้เนื่องจากการศึกษากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับการศึกษาไม่น้อยกว่าระดับชั้นมัธยมศึกษา (ร้อยละ 55) ซึ่งเป็นการศึกษาภาคบังคับให้คนไทยทุกคนได้รับการศึกษาเท่าเทียมกัน เป็นหลักสูตรที่สอนความรู้พื้นฐาน เช่น ภาษา การคิดคำนวณ สังคม เทคโนโลยี ทักษะชีวิต และสิ่งเหล่านี้เป็นความรอบรู้ทางสุขภาพขั้นพื้นฐาน ตามกรอบแนวคิดของ Manganello (2008) ที่กล่าวไว้ว่า การศึกษาเป็นการพัฒนาความรอบรู้ทางสุขภาพของบุคคลทั้ง 4 ระดับ ตั้งแต่ระดับขั้นพื้นฐาน เช่น ทักษะการฟัง พูด อ่าน เขียน ระดับขั้นการมีปฏิสัมพันธ์ ระดับขั้นการมีวิจารณญาณ และการรู้เท่าทันสื่อ ตามลำดับ ดังนั้นการศึกษาจึงสามารถทำนาย และเพิ่มความรอบรู้ทางสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Ayse et al. (2017) ที่ศึกษาเกี่ยวกับการประเมินความรอบรู้ทางสุขภาพ และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรอบรู้ทางสุขภาพ และพฤติกรรม

สุขภาพในผู้ใหญ่ พบว่า บุคคลที่ได้รับการศึกษาระดับมหาวิทยาลัย (ทั้งปริญญาตรีและปริญญาโท) สามารถร่วมทำนายความรอบรู้ทางสุขภาพได้ ร้อยละ 12.0 ( $R^2 = .12, p < .001$ )

การสนับสนุนทางสังคมสามารถร่วมทำนายและมีอิทธิพลทางบวกต่อความรอบรู้สุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ( $\beta = .211, p < .01$ ) อธิบายได้ว่า การพัฒนาความรอบรู้ทางสุขภาพของญาติผู้ดูแล นอกจากส่งเสริมการศึกษาที่ให้สูงขึ้นแล้ว ถ้าหากเพิ่มการสนับสนุนทางสังคมให้กับญาติผู้ดูแลจะส่งผลให้ญาติผู้ดูแลมีความรอบรู้ทางสุขภาพที่มากกว่าการส่งเสริมการศึกษาอย่างเดียว ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง ( $M = 34.81, SD = 8.79$ ) เช่น การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ การช่วยเหลือด้านสิ่งของ และการได้รับบริการข้อมูลข่าวสารทางสุขภาพจากบุคคลในสังคม เช่น เพื่อน บุคคลากรทางการแพทย์ Manganello (2008) กล่าวว่าไว้ว่าการสนับสนุนทางสังคม จากกลุ่มเพื่อน ครอบครัว ในการช่วยกระตุ้น ส่งเสริม และให้ข้อมูลทางสุขภาพ จะส่งผลให้บุคคลสนใจดูแลสุขภาพตนเองมากขึ้น ดังนั้นการสนับสนุนทางสังคมจึงสามารถร่วมกันทำนาย และเพิ่มความรอบรู้ทางสุขภาพของญาติผู้ดูแลให้ดีขึ้นได้ (ภาคผนวก ง) สอดคล้องกับการศึกษาของ สันติ ขอมประ โคน และคณะ (2557) ที่ศึกษาอิทธิพลของความรอบรู้ทางสุขภาพต่อการสนับสนุนทางสังคม พบว่า การสนับสนุนทางสังคมสามารถร่วมกันทำนายภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้ ร้อยละ 22.9 ( $R^2 = .229, p < .001$ ) สำหรับการศึกษาของ Lee et al. (2003) ศึกษาความรอบรู้ทางสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคม กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม เช่น ข้อมูลทางการแพทย์ ระบบการดูแลทางสุขภาพสามารถทำให้ระดับความรอบรู้ทางสุขภาพของบุคคลเพิ่มสูงขึ้น

อายุ สามารถร่วมทำนาย และมีอิทธิพลทางลบต่อความรอบรู้ทางสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ( $\beta = -1.87, p < .05$ ) อธิบายได้ว่า การพัฒนาความรอบรู้ทางสุขภาพของญาติผู้ดูแล นอกจากส่งเสริมการศึกษาที่ให้สูงขึ้นร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมให้กับญาติผู้ดูแลแล้ว ถ้าหากเริ่มพัฒนาความรอบรู้ทางสุขภาพตั้งแต่อายุน้อย ๆ จะส่งผลให้ญาติผู้ดูแลมีความรอบรู้ทางสุขภาพมากกว่าที่สุด โดยกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาส่วนใหญ่อายุน้อยกว่า 50 ปี ซึ่งเป็นช่วงวัยรุ่นถึงวัยกลางคน และพื้นที่ที่ทำการวิจัยซึ่งกลุ่มตัวอย่างเหล่านี้อาศัยอยู่มีการใช้สื่อในการค้นหาข้อมูลทางสุขภาพจากหลาย ๆ แหล่งที่ทันสมัยมากกว่าวัยอื่น ๆ โดย Manganello (2008) ได้กล่าวว่า วัยรุ่นเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงพัฒนาทั้งทางด้านร่างกาย อารมณ์ และสติปัญญา วัยรุ่นมีความสามารถในการเข้าถึงข้อมูล มีความคิดหลากหลาย และมีทักษะการใช้เหตุผลที่ดี สอดคล้องกับการศึกษาของ Sun et al. (2013) ที่ศึกษาเรื่องความรอบรู้ทางสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยติดเชื้ทางเดินหายใจ พบว่า อายุมีอิทธิพลทางลบต่อความรอบรู้ทางสุขภาพผู้ป่วยติดเชื้ทางเดินหายใจ ( $\beta = -.361$ )

3. ปัจจัยที่ไม่สามารถทำนายความรอบรู้ทางสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง มีดังนี้  
 เพศ ไม่สามารถทำนายความรอบรู้ทางสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้ ทั้งนี้  
 กลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาล้วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 74.2 ด้วยวัฒนธรรม และหน้าที่ทางสังคม  
 ที่ยกบทบาทการเป็นผู้ดูแลบุคคลในครอบครัวให้กับเพศหญิง สำหรับปัจจุบันนั้นการได้รับโอกาส  
 ทางการศึกษาเรียนรู้ของเพศหญิง และชายมีความเท่าเทียมกัน ทำให้ความสามารถในการเข้าถึง  
 มีความรู้ความเข้าใจข้อมูลทางสุขภาพ สามารถวิเคราะห์ แยกแยะ ตัดสินใจ ในการปฏิบัติพฤติกรรม  
 การดูแลสุขภาพตนเองได้ ไม่แตกต่างกันระหว่างเพศหญิงกับเพศชาย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา  
 ของ Jayasinghe et al. (2016) เกี่ยวกับผลกระทบของความรอบรู้ทางสุขภาพต่อคุณภาพชีวิตของ  
 ผู้ป่วย พบว่า เพศ ไม่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ทางสุขภาพ

อาชีพ ไม่สามารถร่วมทำนายความรอบรู้ทางสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้  
 ทั้งนี้ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรกรรม ซึ่งได้รับโอกาสทางการศึกษาน้อยกว่าอาชีพ  
 อื่น ๆ ทำให้ความรู้ ความสามารถพื้นฐาน ทักษะในการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ การคิดวิเคราะห์ข้อมูล  
 ทางสุขภาพไม่ดี มีรายได้น้อย และไม่สนใจดูแลสุขภาพของตนเอง ส่งผลให้ความรอบรู้ทางสุขภาพ  
 ไม่ดี สอดคล้องกับการศึกษาของ แสงเดือน กิ่งแก้ว และนุสรา ประเสริฐศรี (2558) ที่ศึกษาความสัมพันธ์  
 ระหว่างความรอบรู้ทางสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังหลายโรค พบว่า  
 อาชีพ ไม่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ทางสุขภาพ

ภาษา ไม่สามารถร่วมทำนายความรอบรู้ทางสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้  
 อธิบายได้ว่า ญาติผู้ดูแลที่ทำการศึกษามีความหลากหลายทางภาษาที่ใช้พูดสื่อสารในชีวิตประจำวัน  
 แต่ส่วนใหญ่ได้รับการศึกษาขั้นพื้นฐานขึ้นไป ซึ่งเป็นภาคบังคับของกระทรวงศึกษาธิการ และได้รับ  
 การส่งเสริมการเรียนรู้ภาษาไทย เป็นภาษากลางเพื่อการสื่อสาร กลุ่มญาติผู้ดูแลจึงมีความรู้ความเข้าใจ  
 ทางภาษาไม่แตกต่างกัน ดังนั้นการศึกษาคั้งนี้ภาษาจึงไม่สามารถร่วมทำนายความรอบรู้ทางสุขภาพได้

รายได้ ไม่สามารถร่วมทำนายความรอบรู้ทางสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้  
 อธิบายได้ว่า การศึกษาคั้งนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร และแม่บ้านหรือไม่ได้  
 ประกอบอาชีพ รวมร้อยละ 85.8 ซึ่งเป็นกลุ่มมีรายได้น้อย ไม่คงที่หรือไม่มีรายได้เป็นของตนเอง  
 แต่รายได้ที่ใช้จ่ายได้รับจากรายได้เฉลี่ยของครอบครัวจากการทำการเกษตร และจากสมาชิกท่านอื่น ๆ  
 ของครอบครัว ดังนั้นรายได้ของกลุ่มตัวอย่างแต่ละรายจึงมีความใกล้เคียงกัน ทำให้รายได้ไม่สามารถ  
 ร่วมทำนายความรอบรู้ทางสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้ สอดคล้องกับการศึกษา Sun  
 et al. (2013) ที่ศึกษาความรอบรู้ทางสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยติดเชื้อทางเดินหายใจ  
 พบว่า รายได้ที่ไม่แตกต่างกันไม่มีผลต่อความรอบรู้ทางสุขภาพ และจากการศึกษาของ แสงเดือน  
 กิ่งแก้ว และนุสรา ประเสริฐศรี (2558) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ทางสุขภาพ

และพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังหลายโรค พบว่า รายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ทางสุขภาพ

การใช้สื่อ ไม่สามารถร่วมทำนายความรอบรู้ทางสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้ อธิบายได้ว่า การศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างมากกว่าหนึ่งในสามมีอายุตั้งแต่ 50-59 ปี (ร้อยละ 40.8) ซึ่งเป็นช่วงอายุที่ไม่มีทักษะเพียงพอในการสืบค้นข้อมูลสุขภาพ โดยใช้เครือข่าย Internet, Facebook, Line หรือ Youtube และในพื้นที่ที่ศึกษาเป็นชนบทมีโอกาสในการเข้าถึงเครือข่าย Internet น้อย และเนื่องจากมีอาชีพเกษตรกรอาศัยอยู่ในชนบทจึงไม่มีความจำเป็นในการใช้งาน อีกทั้งการใช้งานเครือข่ายอินเทอร์เน็ตนี้ก็มีค่าใช้จ่ายที่สูง ประกอบกับ รายได้ของกลุ่มที่ศึกษาส่วนใหญ่ไม่เพียงพอ ร้อยละ 80 การใช้สื่อของกลุ่มตัวอย่างแต่ละรายจึงมีความใกล้เคียงกัน และอยู่ในระดับต่ำ ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้การใช้สื่อจึงไม่สามารถร่วมทำนายความรอบรู้ทางสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้

### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน สามารถนำผลการศึกษาไปใช้จัดกิจกรรม โครงการ ในการพัฒนาระดับความรอบรู้ทางสุขภาพ โดยการจัดสถานการณ์สมมติเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพ โดยเน้นให้ญาติผู้ดูแลสามารถสื่อสารทางสุขภาพ จัดการสุขภาพของตนเอง การรู้เท่าทันสื่อ และการตัดสินใจได้อย่างถูกต้องเหมาะสม เพื่อให้ญาติผู้ดูแลสามารถดูแลสุขภาพตนเองได้
2. พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน ควรส่งเสริมการสนับสนุนสมาชิกในครอบครัว เพื่อน สังคม และบุคลากรทางการแพทย์ในการช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง พร้อมทั้งให้ความรู้ ข้อมูลข่าวสารทางสุขภาพแก่ญาติผู้ดูแล เพื่อให้ญาติผู้ดูแลมีความรอบรู้ทางสุขภาพมากขึ้น
3. พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน ควรเน้นพัฒนาความรอบรู้ทางสุขภาพในกลุ่มญาติผู้ดูแลที่ได้รับการศึกษาน้อยกว่าชั้นมัธยมศึกษา และกลุ่มญาติผู้ดูแลวัยผู้ใหญ่ขึ้นไป เพื่อให้ญาติผู้ดูแลในกลุ่มดังกล่าวนี้มีความรอบรู้ทางสุขภาพในการดูแลตนเองมากขึ้น
4. บุคลากรทางการแพทย์ควรนำผลการวิจัยไปใช้ในการจัดประเมินความรอบรู้ทางสุขภาพในแต่ละด้านก่อนการจัดกิจกรรมส่งเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพ เพื่อให้ญาติผู้ดูแลได้รับการส่งเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพถูกต้องเหมาะสม และเกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อสุขภาพ
5. กระทรวงสาธารณสุขควรนำผลการวิจัยไปใช้ในการจัดทำนโยบาย และกำหนดแผนพัฒนาความรอบรู้ทางสุขภาพของญาติผู้ดูแล เพื่อให้ญาติผู้ดูแลได้รับการส่งเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพให้ครอบคลุมระดับประเทศ

### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน ทำการวิจัยการจัด โปรแกรมส่งเสริมความรู้ทางสุขภาพ โดยเน้นการสนับสนุนทางสังคม และให้ความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเองให้กับญาติผู้ดูแลมากขึ้น
2. ควรมีการศึกษาความรู้ทางสุขภาพในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยเฉพาะโรค และศึกษาในพื้นที่ที่มีความหลากหลายมากขึ้น เช่น ชุมชนเมือง และกึ่งเมือง ซึ่งอาจมีความรู้ทางสุขภาพที่แตกต่างกัน

## บรรณานุกรม

- กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2559). *คู่มือการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุ*.  
นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2560). *การขับเคลื่อนความรู้ด้านสุขภาพและการสื่อสารสุขภาพ*. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- กฤษณาพร ทิพย์กาญจนเรขา, ศิริธร ยิ่งแรงเรือง, จันทิมา เขียวแก้ว, กันยารัตน์ อุบลวรรณ, เนติยา แจ่มทิม และวรรณาด พรหมสุวรรณ. (2560). พฤติกรรมการแสวงหาข้อมูลสุขภาพจากสื่อออนไลน์และสื่อสังคมของผู้สูงอายุตามระดับการรับรู้ภาวะสุขภาพ. *วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 11(1), 12-22.
- กองการพยาบาลสาธารณสุข. (2555). *คู่มือการดูแลสุขภาพที่บ้าน (Home health care)*. นนทบุรี: สำนักอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.
- กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2555). *แนวทางการดำเนินงานปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ระดับจังหวัด*. นนทบุรี: กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข.
- กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2558). *การประเมินและการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy)*. นนทบุรี: กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข.
- ขวัญเมือง แก้วคำเกิง และนฤมล ตรีเพชรศรีอุไร. (2554). *ความฉลาดทางสุขภาพ*. นนทบุรี: นิเวศธรรมดาการพิมพ์.
- คณะกรรมการฝ่ายประมวลเอกสารและจดหมายเหตุ. (2542). *หนังสือเฉลิมพระเกียรติ พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว เรื่อง วัฒนธรรม พัฒนาการทางประวัติศาสตร์ เอกลักษณ์และภูมิปัญญาจังหวัดศรีสะเกษ*. กรุงเทพฯ: กรมศิลปากร.
- คณะกรรมการขับเคลื่อนการปฏิรูปประเทศ. (2559). *นโยบายการปฏิรูปความรู้และการสื่อสารสุขภาพแห่งชาติ*. กรุงเทพฯ: สถาผู้แทนราษฎร กระทรวงมหาดไทย.
- คณิศร เต็งรัง, ศิราณี ศรีมาภาค และโกมาตร จึงเสถียรทรัพย์. (2557). การศึกษาผลกระทบและภาระผู้ดูแลผู้สูงอายุระยะยาวภายใต้วัฒนธรรมไทย: กรณีศึกษาผู้สูงอายุสมองเสื่อม. *วารสารสุขภาพภาคประชาชน*, 10(1), 24-34.
- คุรุสภา. (2546). *คู่มือหลักสูตรการศึกษาปฐมวัย พ.ศ. 2546*. กรุงเทพฯ: สำนักวิชาการและมาตรฐานการศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ.

- จรูญลักษณ์ ป็องกัน และจันทร์ฉาย มณีวงษ์. (2554). ผลของโปรแกรมเตรียมความพร้อมต่อความพร้อมของญาติ/ ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนจำหน่ายกลับบ้าน โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมหาราช จังหวัดสุพรรณบุรี. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 21(1), 58-70.
- จุฬาลักษณ์ บาร์มี. (2551). สถิติเพื่อการวิจัยทางสุขภาพ และการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม SPSS. ชลบุรี: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.
- นงนุช เพ็ชรร่วม, ปนัดดา ปรียทฤท และวิโรจน์ ทองเกลี้ยง. (2556). การศึกษาการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างต่อเนื่องในศูนย์สุขภาพชุมชน. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 14(1), 25-34.
- นันทกาญจน์ ปักยี, ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, สุปรีดา มั่นคง และสิริรัตน์ ลีลาจรัส. (2559). ผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และญาติผู้ดูแลในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านต่อความพร้อมในการดูแล ความเครียด การปรับตัว และความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับของญาติผู้ดูแล. *วารสารพยาบาลรามาริบดี*, 22(1), 65-80.
- เบญจมาศ สุรมิตรไมตรี. (2556). ความฉลาดทางสุขภาพ (Health literacy) และสถานการณ์การดำเนินงานสร้างเสริมความฉลาดทางสุขภาพของคนไทยเพื่อรองรับการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน [รายงานการศึกษาส่วนบุคคลการฝึกอบรมหลักสูตรนักรับราชการทูตรุ่นที่ 5]. กรุงเทพฯ: สถาบันการต่างประเทศ เทวะวงศ์วโรปการ กระทรวงการต่างประเทศ.
- ประภาสวัชร งามคณะ. (2557). พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของคนไทยในเขตปริมณฑล. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยปทุมธานี*, 6(2), 21-31.
- พราราม สวนจันทร์. (2550). ความสัมพันธ์ระหว่างเศรษฐกิจ ภาวะสุขภาพของผู้ดูแลและกิจกรรมการดูแลกับภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะพักฟื้น. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์.
- ภาวินี พรหมบุญ, นพวรรณ เปี้ยชื้อ และสมนึก สกุลหงส์โสภณ. (2557). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองที่บ้าน. *วารสารพยาบาลรามาริบดี*, 20(1), 82-86.
- ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม. (2555). ชีวิตญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง. ใน *เอกสารประกอบการประชุมวิชาการ เรื่องการดูแลญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง* (หน้า 82-96). กรุงเทพฯ: โรงเรียนพยาบาลรามาริบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาริบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.

- เยาวลักษณ์ โปษิตารา, จุริรัตน์ กอเจริญยศ, พัทณี สมกำลัง และยุทธชัย ไชยสิทธิ์. (2557). ปัจจัยที่มีผลต่อความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*, 37(2), 46-55.
- เยาวภา ปฐมศิริกุลม โขติรัส ชวนิชย์ และเริ่ม ไสแจ่ม. (2557). พฤติกรรมด้านสุขภาพและปัจจัยจิตวิทยาที่ส่งผลต่อการตัดสินใจใช้บริการด้านสุขภาพด้วยวิธีการแพทย์ทางเลือกของลูกค้ายุโรปพยาบาลบ้านนา จังหวัดนครนายก. *วารสารศรีนครินทร์วิโรฒวิจัยและพัฒนา (สาขามนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์)*, 6(11), 149-162.
- รัชนิพร ภัทรปกรณ์, จงจิต เสน่หา และวิมลรัตน์ ภู่วราวุฒิปานิช. (2557). อิทธิพลของความวิตกกังวล การรับรู้ภาวะสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 32(2), 52-61.
- โรชนี อุปรา, ชลธิชา เรือคำ, เจนนารา วงศ์ปาลี และเอกชัย กันธะวงศ์. (2554). ประสิทธิภาพของผู้ให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน. *วารสารวิทยาศาสตร์ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม*, 12(2), 50-59.
- วิรสรา คูวิระ. (2556). การดูแลสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย. *ศรีนครินทร์เวชสาร*, 28(2), 266-70.
- วารุณี มีเจริญ. (2557). ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง: การปรับตัวต่อบทบาท และการส่งเสริมคุณภาพชีวิต. *วารสารพยาบาลรามาริบัติ*, 20(1), 101-116.
- ศรัณยา แสงมณี, มณี อภานันท์กุล และยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม. (2555). กรณีศึกษา: การปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ทำงานนอกบ้าน. *รามาริบัติพยาบาลสาร*, 18(1), 119-133.
- ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. (2552). *การทบทวนและสังเคราะห์องค์ความรู้ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2545-2550. แผนวิจัยเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข และมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย.*
- ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. (2547). *ผู้ดูแลผู้สูงอายุ: การสังเคราะห์องค์ความรู้. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.*
- ศิริพันธ์ุ สาสัตย์. (2555). *ผู้ช่วยดูแลผู้สูงอายุ: ผู้ดูแลที่เป็นทางการและแนวทางในการประกันคุณภาพในประเทศไทย. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*
- ศิริอร สีนทุ, รสสุคนธ์ วาริตสกุล และอรวมน ศรียุคศุทธร. (2553). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่ได้รับการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้อง. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 29(2), 84-92.



- สันติ ขอมประโคน, ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ, คณิงนิจ พงศ์ถาวรภมม และเจริญ ชูโชติถาวร. (2557). อิทธิพลของความแตกต่างด้านสุขภาพ การรับรู้การสนับสนุนทางสังคม และความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยต่อภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. *วารสารการพยาบาล*, 32(3), 64-73.
- สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. (2560). *สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2559*. นนทบุรี: กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข.
- สำนักงานสาธารณสุขอำเภอกันทรารมณ. (2561). *สถิติผู้ป่วยพึ่งพิง ปี พ.ศ. 2560*. ศรีสะเกษ: กลุ่มงานบริการปฐมภูมิ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอกันทรารมณ จังหวัดศรีสะเกษ.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2559). *คู่มือระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุ*. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2559). *จำนวนและอัตราการตายด้วยโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บ ปฏิทินประจำปี 2558*. เข้าถึงได้จาก <http://www.thaincd.com/information-statistic/non-communicable-disease-data.php>
- สายพิณ เกษมกิจวัฒนา และปิยะภรณ์ ไพรสนธิ์. (2557). ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง: กลุ่มเสี่ยงที่ไม่ควรมองข้าม. *วารสารสภาการพยาบาล*, 29(4), 22-31.
- สาตินี เทพสุรณ, ทองเจริญ ชูพงษ์ และรศรินทร์ เกรย์. (2557). ปัจจัยที่ส่งผลต่อความเครียดและความสุขของการดูแลผู้สูงอายุ. *วารสารประชากร*, 4(1), 76-92.
- สินินุช ขำดี, มณี อาภานันท์กุล และยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม. (2557). การปรับตัวของญาติผู้ดูแลที่มีปัญหาการปรับตัวในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. *วารสารสภาการพยาบาล*, 29(4), 45-63.
- สุนทรี สุรัตน์, กิตติ ศศิวิมลลักษณ์, เกวลี เครื่องจักร และวิโรจน์ มงคลเทพ. (2559). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ในพื้นที่อำเภอแม่จัน จังหวัดเชียงราย. *วารสารการพัฒนาชุมชนและคุณภาพชีวิต*, 4(2), 297-307.
- สมทรง จุไรทัศน์ย์. (2557). ถอดบทเรียนการจัดกลุ่มสนับสนุนญาติผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม. *วารสารการพยาบาล*, 63(4), 5-11.
- แสงเดือน กิ่งแก้ว และนุสรรา ประเสริฐศรี. (2558). ความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังหลายโรค. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 4(1), 43-54.

- อนุสรณ์ แน่นอุดร, รุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวศน์ และพรนภา หอมสินธุ์. (2557). ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีปัญหาด้านการสื่อสาร. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข, 30*(1), 47-61.
- อรุณี ชุนหบดี, ธิดารัตน์ สุภานันท์, โรชนี อุปรา และสุนทรภรณ์ ทองไผ่. (2556). ความเครียดและความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้าจันทบุรี, 24*(1), 1-9.
- อรดี โชติเสน, สุรเดช ประดิษฐ์บาทุกา และอารี ชิวเกษมสุข. (2558). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ วิทยาลัยการพยาบาลสิรินธร สังกัดสำนักงานแพทย์ กรุงเทพมหานคร. *วารสารพยาบาลทหารบก, 16*(1), 41-50.
- อรอนงค์ กุลณรงค์, เพลินพิศ ฐานิวัฒน์นานนท์ และลัพณา กิจรุ่งโรจน์. (2555). ความพร้อมในการดูแล สัมพันธภาพในครอบครัวและความเครียดในบทบาทผู้ดูแลผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมอง. *วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์, 4*(1), 14-27.
- อัญชลี จันทรินทรากร. (2557). ความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพกับพฤติกรรม การป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุข. วิทยานิพนธ์ วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขศึกษา, บัณฑิตศึกษา, มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- อานนช โออิน. (2559). ความฉลาดทางสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของคนไทยที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป อำเภอนาโยง จังหวัดตรัง. *วารสารการวิจัยการพัฒนาการบริหาร, 9*(1), 113-132.
- อารยา ทิพย์วงศ์ และจารุณี นุ่มพูล. (2557). ความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคอ้วนกับพฤติกรรมบริโภคอาหารและการออกกำลังกายในเด็กที่มีภาวะโภชนาการเกิน กรุงเทพมหานคร. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข, 28*(2), 1-11.
- Andrea, K. M., Marilyn, M. S., Raymond, G. H., & David, C. B. (2014). Measuring health literacy in caregivers of children: A comparison of the newest vital sign and S-TOFHLA. *Clinical Pediatrics, 53*(13), 1264-1270.
- Ayşe, Ç., Kamil, Y., Serdar, O., & Hamdi, N. D. (2017). Assessing health literacy, the factors affecting it and their relation to some health behaviors among adults. *Biomedical Research, 28*(15), 6803-6807.
- Baker, D. W., Wolf, M. S., Feinglass J., Thompson J. A., Gazmararian J. A. & Huang J. (2007). Health literacy and mortality among elderly persons. *Archives of Internal Medicine, 167*(14), 1503-1509.

- Berens, E., Dominique, V., Melanie, M., Klaus, H., & Doris, S. (2016). Health literacy among different age groups in Germany: Results of a cross-sectional survey. *BMC Public Health*, *16*(1), 1-8.
- Boise, L., Congleton, L., & Shonnon, K. (2005). Empowering family caregivers: The powerful tools for caregiving program. *Journal Educational Gerontology*, *31*(7), 573-586.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development*. Cambridge, MA: Harvard University.
- Ciampa, J., White, R., Perrin, E., Yin, H., Sanders, L., & Gayle, E. (2013). The association of acculturation and health literacy, numeracy and health-related skills in spanish-speaking caregivers of young children. *Journal Immigrant Minority Health*, *15*(3), 492-498.
- Cho, Y., Lee, S., Arozullah, M., & Crittenden, S. (2008). Effects of health literacy on health status and health service utilization amongst the elderly. *Social science and medicine*, *66*(1), 1809-1816.
- Denuwara, H. M. B. H., & Gunawardena, N. S. (2017). Level of health literacy and factors associated with it among school teachers in an education zone in Colombo, Sri Lanka. *BMC Public Health*, *17*(1), 1-9.
- DeWalt, D. A., Nancy, D. B., Stacey, S., Kathleen, N. L., & Michael, P. P. (2004). Literacy and health outcomes. *Journal Gen Intern Medicine*, *19*(12), 1228-1239.
- Diane, L., Dafna, L., & Rosa, G. (2011). Media health literacy (MHL): Development and measurement of the concept among adolescents. *Health Education Research*, *26*(2), 323-335.
- Edwards, M., Wood, F., Davies, M., & Edwards, A. (2012). The development of health literacy inpatients with a long-term health condition: The health literacy pathway model. *BMC Public Health*, *12*(130), 1-15.
- Eileen, K., Sally, M., Mary, A., Aurelia, M., & Robin, D. (2014). The association of health literacy, social support, self-efficacy and interpersonal interactions with health care providers in low-income Latina mothers. *Journal Pediatric Nurse*, *29*(4), 309-320.
- Family Caregiver Alliance. (2016). *Health caregivers: National center on caregiving*. Retrieved from [www.caregiver.org/family-care-navigator](http://www.caregiver.org/family-care-navigator)

- Garcia, C. H., Espinoza, S. E., Lichtenstein, M., & Hazuda, H. P. (2013). Health literacy associations between hispanic elderly patients and their caregivers. *Journal of Health Communication, 18*(1), 256-272.
- Geoffrey, J., Jihey, L., & Carolyn, A. (2012). Health behaviors among baby boomer informal caregivers. *Gerontologist, 52*(2), 219-230.
- Gibson, J. T. (2013). *Correlation of health literacy to the stress level of informal caregivers for people with type 2 diabetes*. Doctoral dissertation, Philosophy, Walden University, Minneapolis
- Goldberg, A., & Rickler, K. S. (2011). The role of family caregivers for people with chronic illness. *Medicine & Health, 94*(2), 41-42
- Helen, O. (2017). Social media and health literacy. *AMWA Journal, 32*(3), 124-125.
- Hendrix, C. C., Bailey, D. E. Jr., Steinhauer, K. E., Olsen, M. K., Stechuchak, K. M., Lowman, S. G. & Porter, L. S. (2015). Effects of enhanced caregiver training program on cancer caregiver's self-efficacy, preparedness and psychological well-being. *Supportive Care in Cancer, 24*(1), 1-10.
- Hikmah, Y., Tjipto, S., Ahmad, Y., & Qomariyatus, S. (2016). Relationship individual factors with occupational health literacy (Observational study on industrial workers of Sasirangan in south Kalimantan). *International Journal of Scientific and Research Publications, 6*(1), 481-484.
- Hosokawa, C., Ishikawa, H., Okada, M., Kato, M., Okuhara, T., & Kiuchi, T. (2016). Gender role orientation with health literacy and self-efficacy for healthy eating among Japanese workers in early adulthood. *Frontier in Nutritio., 3*(17), 1-9.
- Jayasinghe, U. W., Harris, M. F., Parker, S. M., Litt, J., van Driel, M., Mazza, D., Del Mar, C., Lloy, J., Smith, J., Zwar, N., Taylor, R., & On behalf of the Preventive Evidence into Practice (PEP) Partnership Group. (2016). The impact of health literacy and life style risk factors on health-related quality of life of Australian patients. *Health and Quality of Life Outcomes, 14*(68), 1-13. doi: 10.1186/s12955-016-0471-1

- Keitshokile, S. S., Ellah, M., Motshedisi, S., Esther, N., Patrice, K., Carmen, J., & Inge, B. (2016). Language and culture in health literacy for people living with HIV: Perspectives of health care providers and professional care team members. *AIDS Research and Treatment*, 12(1), 1-10.
- Kickbusch, I., Wait, S., Maag, D., & Banks, I. (2006). *Navigating health: The role of health literacy*. Retrieved from file:///C:/Users/admin/Downloads/pdf\_pdf\_3.pdf
- Lee, S. L., Colditz, G. A., Berkman, L. F., & Kawachi, I. (2003). Caregiving and risk of coronary heart disease in U.S. women: A prospective study. *American Journal of Preventive Medicine*, 24(2), 113-119.
- Lindquist, L. A., Jain, N., Tam, K., Martin, G. J., & Baker, D. W. (2010). Inadequate health literacy among paid caregivers of seniors. *Journal of General Internal Medicine*, 26(5), 474-479.
- Little, R. J. A., & Rubin, D. B. (2002). *Statistical analysis with missing data* (5<sup>th</sup> ed.). New York: Wiley.
- Lokk, J. (2008). Caregiver strain in parkinson's disease and the impact of disease duration. *European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine*, 44(1), 39-45.
- Manganello, J. A. (2008). Health literacy and adolescents: A framework and agenda for future research. *Healthy Education Research*, 23(5), 840-847.
- Mancuso, J. M. (2009). Assessment and measurement of health literacy: An integrative review of the literature. *Nursing Health Science*, 11(1), 77-89.
- Matthew, K., & Chandra, Y. (2011). Health literacy and communication quality in health care organizations. *Journal Health Community*, 15(2), 102-115.
- Malcolm, B., Alison, M., Sharon, L., Gary, M., Marie, H., Jill, B., Saravana, K., & Karen, G. (2007). *Educating future health care professionals to support people with chronic conditions to live better and live longer*. Adelaide, Australia: Flinders University.
- Mosca, T. J., Hong, W., Dani, V. S., Favaloro, V., & Luo, L. (2012). Trans-synaptic teneurin signalling in neuromuscular synapse organization and target choice. *Nature*, 484(7393), 237-241.
- Munro, B. H. (2005). *Statistical methods for health care research* (5<sup>th</sup> ed.). Philadelphia: Lippincott williams & wilkins.

- 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. *Health Promotion International, 15*(3), 259-267.
- Nutbeam, D. (2008). The evolving concept of health literacy. *Social Science & Medicines, 67*(12), 2072-2078.
- Nutbeam, D. (2009). Defining and measuring health literacy: What can we learn from literacy studies?. *International Journals Public Health, 54*(5), 303-305.
- Orem, D. E. (1985). *Nursing concepts of practice*. New York: McGraw-Hill Book.
- Patricia, A., & Louise, M. (2015). The science of caregiver health. *Journal Nurse Scholarsh, 47*(3), 197-199.
- Paasche-Orlow, M. K., & Wolf, M. S. (2007). The causal pathways linking health literacy to health outcomes. *American Journal Health Behavior, 19*(1), 19-26.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2017). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (10<sup>th</sup> ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Rahman, T. A. (2014). Health literacy: Prevalence among elderly care givers and its impact on the frequency of elderly hospitalization and elderly health related quality of life. *Advances in aging research, 3*(5), 380-387
- Rootman, I. (2009). *Health literacy, what should we do about it? Presentation the faculty of education at the university of victoria*. British Columbia: Canada personal communication.
- Ross, A., Yang, L., Klagholz, S., Wehrlen, L., & Bevans, M. (2016). The relationship of health behaviors with sleep and fatigue in transplant caregivers. *Psychooncology, 25*(5), 506-512.
- Schulz, R., Newsom, J., Mittelmark, M., Burton, L., Hirsch, C., & Jackson, S. (1997). Health effects of caregiving: The caregiver health effects study: An ancillary study of the cardiovascular health study. *Annals of Behavioral Medicine, 19*(1), 110-116.
- Sharma, J. (2013). Chronic disease management in the South-East Asia region: A need to do more. *WHO South-East Asia Journal of Public Health, 2*(2), 79-82.
- Sharif, I., & Blank, A. E. (2010). Relationship between child health literacy and body mass index in overweight children. *Patient Education and Counseling, 79*(1), 43-48.

- Smith, S, Hwang, J. Y., Banerjee, S., Majeed, A., Gupta, A., & Myung, K. (2004). Mutator genes for suppression of gross chromosomal rearrangements identified by a genome-wide screening in *saccharomyces cerevisiae*. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, *101*(24), 39-44.
- Sorensen, K., Broucke, S. V., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., & Brand, H. (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, *12*(1), 80-93.
- Sun, X., Shi, Y., Zeng, Q., Wang, Y., Du, W., Wei, N., Xie, R., & Chang, C. (2013). Determinants of health literacy and health behavior regarding infectious respiratory diseases: A pathway model. *BMC Public Health*, *13*, 261-268.
- Tanner, S. J., Johnson, A. D., & Townsend, R. J. (2005). The health status of rural caregivers. *Journal of Gerontological Nursing*, *31*(4), 25-31.
- Udry, J. R. (1994). The nature of gender. *Demography*, *31*(4), 561-573.
- Wittenberg, E., Goldsmith, J., & Ragan, L. S. (2017). Promoting improved family caregiver Health literacy: Evaluation of caregiver communication resources. *Psycho-Oncology*, *26*(7), 935-942.
- Wongpakaran, T., Wongpakaran, N., & Ruktrakul, R. (2011). Reliability and validity of the multidimensional scale of perceived social support (MSPSS): Thai version. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health: CP & EMH*, *7*, 161-166.
- World Health Organization [WHO]. (1998). *The world health report 1998*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization [WHO]. (2002). *Innovative care for chronic conditions: Building blocks for action*. Geneva: World health organization.
- World Health Organization [WHO]. (2007). *The adolescent with a chronic condition*. Retrieved from <http://www.who.int/bulletin/volumes/94/9/16-181636/en/>
- World Health Organization [WHO]. (2015). *Global Health Observatory [GHO] data*. Retrieved from [http://www.who.int/gho/ncd/mortality\\_morbidity/en/](http://www.who.int/gho/ncd/mortality_morbidity/en/)
- World Health Organization [WHO]. (2017). *Health promotion moving forward: A plan for the next fifteen years*. Retrieved from <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/9gchp/health-literacy-moving-forward/en>

- Yongbing, L., Yanru, W., Fang, L., Yanli, C., Liu, L., Yanfei, L., Hua, Y., & Qingquan, C. (2015). The health literacy status and influencing actors of older population in Xinjiang. *Iranian Journal of Public Health, 44*(7), 913-919.
- Yongbing, L., Yanli, C., Liu, L., & Yanfei, L. (2015). Relationship between health literacy, health-related behaviors and health status: A survey of elderly Chinese. *Environmental Research and Public Health, 12*(1), 9714-9725.
- Yuen, E. Y., Knight, T., Ricciardelli, L. A., & Burney, S. (2016). Health literacy of caregivers of adult care recipients: A systematic scoping review. *Health Social Care Community, 20*(1), 321-336.
- Zimet, G. D., Dahlem, N. W., Zimet, S. G., & Farley, G. K. (1988). The multidimensional scale of perceived social support. *Journal of Personality Assessment, 52*(1), 30-41.



**ภาคผนวก**

**ภาคผนวก ก**

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

แบบสอบถามการวิจัย

เรื่อง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรอบรู้ทางสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน

\*\*\*\*\*

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล

คำชี้แจง กรุณาตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับตัวท่าน (ผู้ดูแล) โดยการทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน  หน้าข้อความ หรือเติมข้อความลงช่องว่าง

1. เพศ  ชาย  หญิง
2. อายุ.....ปี
3. ภาษา  
 ภาษาไทย  ภาษาส่วย (กวยหรือกูย)  
 ภาษาเขมร  ไทยอีสาน  
 อื่น ๆ โปรดระบุ.....
4. การศึกษาสูงสุด จำนวน.....ปี (นับตั้งแต่เข้ารับการศึกษาระดับประถมศึกษา)
5. อาชีพปัจจุบัน  
 ไม่ได้ประกอบอาชีพ  แม่บ้าน  
 รับจ้าง  ทำไร่/ ทำสวน  
 ค้าขาย  รับราชการ/ รัฐวิสาหกิจ  
 อื่น ๆ โปรดระบุ.....
6. รายได้ของท่าน.....บาท/ เดือน  
 เพียงพอ เหลือเก็บ  เพียงพอ ไม่เหลือเก็บ  
 ไม่เพียงพอ ไม่เป็นหนี้สิน  ไม่เพียงพอ เป็นหนี้สิน
7. รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยโรค.....
8. ระยะเวลาในการดูแล.....ชั่วโมง

## ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการใช้สื่อของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้มีทั้งหมด 8 ข้อเพื่อการใช้สื่อของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในการค้นหาข้อมูลสุขภาพของท่านจากสื่อออนไลน์ และสื่อสังคมออนไลน์ เช่น Internet, Facebook, Youtube, Line ฯลฯ ณ ปัจจุบัน กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความเป็นจริงกับตัวท่านมากที่สุดดังต่อไปนี้

ปฏิบัติบ่อยครั้ง	หมายถึง ข้อความนั้นท่านปฏิบัติสม่ำเสมอและปฏิบัติทุกครั้ง ที่ควรเกิดขึ้น
ปฏิบัติบางครั้ง	หมายถึง ข้อความนั้นท่านปฏิบัติสม่ำเสมอแต่ไม่ทุกครั้ง
ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง	หมายถึง ข้อความนั้นท่านปฏิบัติเป็นบางครั้ง
ไม่เคยปฏิบัติเลย	หมายถึง ข้อความนั้นท่านไม่เคยปฏิบัติเลย

เนื้อหาสาระของข้อมูลสุขภาพที่ค้นหา	การปฏิบัติกิจกรรม			
	บ่อยครั้ง	บางครั้ง	นาน ๆ ครั้ง	ไม่เคย ปฏิบัติ
1. เรื่องเกี่ยวกับเชื้อโรค				
2. ....				
3. ....				
4. ....				
5. ....				
6. ....				
7. .... .....				
8. ....				

### ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

**คำชี้แจง** แบบสอบถามนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการทราบถึงการสนับสนุนทางสังคมของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ขอให้ท่านพิจารณาข้อความในแต่ละข้อต่อไปนี้อย่างตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุดเพียงใด และใส่เครื่องหมาย ( ✓ ) ลงในช่องทางขวามือที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุดเพียงข้อเดียวและกรุณาตอบทุกข้อ โดยเลือกตอบพิจารณาดังนี้

- |                     |  |
|---------------------|--|
| ไม่เห็นด้วย         | หมายถึง ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของท่าน         |
| ค่อนข้างไม่เห็นด้วย | หมายถึง ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของท่านเล็กน้อย |
| เฉยๆ                | หมายถึง ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของท่านปานกลาง  |
| ค่อนข้างเห็นด้วย    | หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของท่านเล็กน้อย    |
| เห็นด้วย            | หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของท่านอย่างมาก    |

ข้อความ	ระดับความคิดเห็น				
	ไม่เห็นด้วย	ค่อนข้างไม่เห็นด้วย	เฉย ๆ	ค่อนข้างเห็นด้วย	เห็นด้วย
1. มีบุคคลพิเศษที่คอยช่วย หากฉันต้องการความช่วยเหลือขึ้นมา					
2. ....					
3. ....					
4. ....					
5. ....					

ข้อความ	ระดับความคิดเห็น				
	ไม่เห็นด้วย	ค่อนข้างไม่เห็นด้วย	เฉย ๆ	ค่อนข้างเห็นด้วย	เห็นด้วย
6. เพื่อนของฉันพยายามช่วยฉันจริง ๆ					
7. .... .....					
8. .... .....					
9. .... .....					
10. .... .....					
11. .... .....					
12. .... .....					

**ส่วนที่ 4 แบบวัดความรู้ทางสุขภาพในการดูแลสุขภาพตนเองของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง**  
**คำชี้แจง** แบบสอบถามชุดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการทราบถึงระดับความรู้ทางสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ขอให้ท่านพิจารณาข้อความในแต่ละข้อต่อไปนี้ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากน้อยเพียงใด และใส่เครื่องหมาย (✓) ลงในช่องทางขวามือที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุดเพียงช่องเดียวและกรุณาตอบทุกข้อ โดยมีข้อคำถามรวมทั้งหมด 35 ข้อ สามารถเลือกตอบได้เพียงข้อเดียว แบ่งเนื้อหาออกเป็น 6 ตอน

#### **ตอนที่ 1 ความรู้ ความเข้าใจทางสุขภาพที่ถูกต้อง**

โปรดทำเครื่องหมาย ✓ หรือ ○ ล้อมรอบตัวเลือก ก ข ค ง ที่ท่านเห็นว่าถูกต้องที่สุดเพียงข้อเดียว

1. อาหารชนิดใดที่เสี่ยงต่อการทำให้เกิดโรคความดันโลหิตสูง **มากที่สุด**

ก. อาหารที่มีรสเค็มจัด	ข. อาหารที่ใช้น้ำมันทอดซ้ำบ่อย
ค. ....	ง. ....
2. การกินผักหลายๆ ชนิดที่มีสีสันแตกต่างกัน ..... **มากที่สุด**

ก. ความดันโลหิตสูง	ข. มะเร็ง
ค. ....	ง. ....
3. นิดหน่อยชอบกินขนมหวาน ..... **มากที่สุด**

ก. ไขมันในเลือดสูง	ข. ไตวายเฉียบพลัน
ค. ....	ง. ....
4. การออกกำลังกายอย่างไร.....
 

ก. ออกกำลังกายจนเหนื่อยอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน วันละ 30 นาที
ข. ....
ค. ....
ง. ....
5. การออกกำลังกายทุกครั้ง .....
 

ก. ชงชงดื่มน้ำให้มาก ๆ ทั้งก่อนและหลังออกกำลังกาย
ข. ....
ค. ....
ง. ....





คำชี้แจง ตอนที่ 2-5 ให้เลือกตอบเพียงข้อเดียว โดยเลือกพิจารณาดังนี้

- 4 หมายถึง ปฏิบัติทุกครั้ง
- 3 หมายถึง ปฏิบัติบ่อยครั้ง
- 2 หมายถึง ปฏิบัติเป็นบางครั้ง
- 1 หมายถึง ปฏิบัตินานๆครั้ง
- 0 หมายถึง ไม่ได้ปฏิบัติ

ตอนที่ 2 การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ

โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องความถี่ในการปฏิบัติที่ตรงกับความเป็นจริง

ข้อความ	ความถี่ในการปฏิบัติ				
	ทุก ครั้ง	บ่อย ครั้ง	บาง ครั้ง	นาน ๆ ครั้ง	ไม่ได้ ปฏิบัติ
1. เมื่อท่านต้องการข้อมูลสุขภาพเกี่ยวกับการปฏิบัติตนตามหลัก 3อ 2ส ท่านสามารถเลือกแหล่งข้อมูลสุขภาพได้ที่ทันที บ่อยครั้งแค่ไหน					
2. .... ..... .....					
3. .... ..... .....					
4. .... ..... .....					
5. .... ..... .....					

### ตอนที่ 3 การสื่อสารทางสุขภาพ

โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องการปฏิบัติที่ตรงกับความเป็นจริงของท่าน

ข้อความ	ความถี่ในการปฏิบัติ				
	ทุก ครั้ง	บ่อย ครั้ง	บาง ครั้ง	นาน ๆ ครั้ง	ไม่ได้ ปฏิบัติ
1. ท่านฟังคำแนะนำเรื่องการปฏิบัติตนตามหลัก 3อ 2ส จากบุคคลต่าง ๆ แล้วพบว่าไม่ค่อยเข้าใจ เนื้อหาบ่อยครั้งแค่ไหน					
2. .... ..... .....					
3. .... ..... .....					
4. .... ..... .....					
5. .... ..... .....					

#### ตอนที่ 4 การจัดการทางสุขภาพของตนเอง

โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องความถี่ในการปฏิบัติที่ตรงกับความเป็นจริงของท่าน

ข้อความ	ความถี่ในการปฏิบัติ				
	ทุก ครั้ง	บ่อย ครั้ง	บาง ครั้ง	นาน ๆ ครั้ง	ไม่ได้ ปฏิบัติ
1. ท่านสังเกตปริมาณและคุณค่าทางโภชนาการ ของอาหารที่กินให้พอเหมาะกับตนเองในแต่ละมื้อ บ่อยครั้งแค่ไหน					
2. .... ..... .....					
3. .... ..... .....					
4. .... ..... .....					
5. .... ..... .....					

### ตอนที่ 5 การรู้เท่าทันสื่อ

โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องความถี่ในการปฏิบัติที่ตรงกับความเป็นจริงของท่าน

ข้อความ	ความถี่ในการปฏิบัติ				
	ทุก ครั้ง	บ่อย ครั้ง	บาง ครั้ง	นาน ๆ ครั้ง	ไม่ได้ ปฏิบัติ
1. เมื่อท่านเห็นโฆษณาสินค้าเกี่ยวกับสุขภาพทางโทรทัศน์และเกิดความสนใจ ท่านจะต้องหาข้อมูลจากหลายแหล่งเพื่อตรวจสอบความถูกต้องก่อนตัดสินใจซื้อบ่อยครั้งแค่ไหน					
2. .... ..... .....					
3. .... ..... .....					
4. .... ..... .....					
5. .... ..... .....					

### ตอนที่ 6 การตัดสินใจ

โปรดทำเครื่องหมาย ✓ หรือ ○ ล้อมรอบตัวเลือก ก ข ค ง ที่ตรงกับที่ท่านปฏิบัติ/ คาดว่าจะปฏิบัติ

1. เมื่อท่านไปงานเลี้ยงสังสรรค์ที่บ้านของเพื่อนบ้าน แล้วได้รับการเชิญให้กินอาหารที่ไม่ค่อยดี.....

ก. กินตามคำเชิญนั้นทันที

ข. ....

ค. ....

ง. ....

2. หากท่านและเพื่อนของท่าน ออกกำลังกายด้วยกันเป็นประจำ แต่ปรากฏว่ามีอยู่วันหนึ่งที่เพื่อน.....

ก. พยายามชักจูงเพื่อนให้ไปออกกำลังกายด้วยกัน โดยชี้ให้เห็นประโยชน์ที่จะเกิดขึ้น

ข. ....

ค. ....

ง. ....

3. หากท่านมีความเครียดจากสถานการณ์.....

ก. หากิจกรรมที่ตนเองชอบทำแทน      ข. ทำใจเป็นกลาง มองโลกในแง่ดี

ค. ....

ง. ....

4. หากคุณพ่อหรือคุณแม่ของท่านสูบบุหรี่ .....

ก. ขอร้องให้เลิกสูบ เพื่อเห็นแก่สุขภาพของตัวเอง คุณแม่เองและบุคคลในครอบครัว

ข. ....

ค. ....

ง. ....

5. หากท่านขับรถไปงานเลี้ยง .....

ก. ดื่มตามคำชวนของเพื่อน

ข. ....

ค. ....

ง. ....

**ภาคผนวก ข**

แบบรายงานผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย เอกสารพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง



แบบรายงานผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา  
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

ชื่อหัวข้อวิทยานิพนธ์

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้ทางสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังในชุมชน

Factors Influencing Health Literacy among Family Caregivers of Chronic Disease Patients in Community

ชื่อนิติ นายอานนท์ สังขะพงษ์

รหัสประจำตัวนิติ 58920050

หลักสูตร พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชา การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา (ภาคพิเศษ)

ผลการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยฯ

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยฯ มีมติเห็นชอบ รับรองจริยธรรมการวิจัย รหัส 11 - 02 - 2561

โดยได้พิจารณารายละเอียดการวิจัยเรื่องดังกล่าวข้างต้นแล้ว ในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับ

1) การเคารพในศักดิ์ศรี และสิทธิของมนุษย์ที่ใช้เป็นกลุ่มตัวอย่างการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาคือ ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง จำนวนทั้งหมดไม่เกิน 150 ราย สถานที่เก็บรวบรวมข้อมูลคือ

บ้านญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง อำเภอกันทรารมณีน จังหวัดศรีสะเกษ

2) วิธีการที่เหมาะสมในการได้รับความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วม โครงการวิจัย

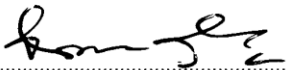
(Informed consent) รวมทั้งการปกป้องสิทธิประโยชน์และรักษาความลับของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย

3) การดำเนินการวิจัยอย่างเหมาะสม เพื่อไม่ก่อความเสียหายหรืออันตรายต่อกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

การรับรองจริยธรรมการวิจัยนี้มีกำหนดระยะเวลาหนึ่งปี นับจากวันที่ออกหนังสือฉบับนี้ ถึงวันที่ 5 มีนาคม พ.ศ. 2562

อนึ่ง กรณีที่มีการเปลี่ยนแปลงหรือเพิ่มเติม ใดๆ ของการวิจัยนี้ ขณะอยู่ในช่วงระยะเวลาให้การรับรองจริยธรรมการวิจัย ขอให้ผู้วิจัยส่งรายงานการเปลี่ยนแปลงต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยเพื่อขอรับรอง (เพิ่มเติม) ก่อนดำเนินการวิจัยด้วย

วันที่ให้การรับรอง 5 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2561

ลงนาม.....

(รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา วัชรสินธุ์)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา



## เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย

การวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรอบรู้ทางสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน

รหัสจริยธรรมการวิจัย 11-02-2561

ชื่อผู้วิจัย นายอานนท์ สังฆะพงษ์

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรอบรู้ทางสุขภาพ และศึกษาอำนาจการทำนายของปัจจัย ได้แก่ อายุ เพศ การศึกษา อาชีพ รายได้ ภาษา การใช้สื่อ และการสนับสนุนทางสังคม ต่อความรอบรู้ทางสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน อำเภอกันทรารมณี จังหวัดศรีสะเกษ ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้เนื่องจากท่านเป็นผู้มีคุณสมบัติตรงกับการศึกษาครั้งนี้คือ เป็นญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง อายุ 18-59 ปี เมื่อท่านเข้าร่วมการวิจัยแล้ว สิ่งที่ท่านจะต้องปฏิบัติ คือ ขอความร่วมมือท่านตอบแบบสอบถาม ร่วมฟังคำชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และรูปแบบการเก็บข้อมูลจากผู้วิจัย ผู้วิจัยจะให้ท่านพิจารณาเข้าร่วมการวิจัย หากยินดีจึงให้ลงนามในแบบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูล ตอบแบบสอบถามจำนวน 1 ชุด ให้เวลาในการตอบแบบสอบถาม ประมาณ 25-45 นาที

ประโยชน์ที่จะได้รับในการวิจัยครั้งนี้ เพื่อจะได้เป็นข้อมูลพื้นฐานที่เป็นประโยชน์สำหรับพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน และบุคลากรทางสุขภาพในการวางแผนเพื่อพัฒนา และส่งเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชนให้มีระดับที่สูงขึ้น สามารถดูแลตนเอง และดูแลผู้ป่วยในความรับผิดชอบของตนเองได้เป็นอย่างดีต่อไป

การเข้าร่วมการวิจัยของท่านครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ ท่านสามารถตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ได้ และถึงแม้ท่านจะยินยอมเข้าร่วมการวิจัยแล้ว ท่านยังมีสิทธิยกเลิกการเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผลกับผู้วิจัย ซึ่งในการตอบครั้งนี้จะไม่มีถูกหรือผิด และไม่มีผลกระทบใด ๆ ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้จะถูกเก็บไว้เป็นความลับและไม่มีผลกระทบใด ๆ ที่ก่อให้เกิดอันตรายต่อตัวท่านและบุคคลที่เกี่ยวข้อง แต่จะเป็นประโยชน์ต่อส่วนรวม



โดยใช้รหัสเลขที่ของแบบสอบถามเป็นรหัสแทนชื่อ-สกุลของกลุ่มตัวอย่าง และนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น ผลการวิจัยครั้งนี้จะนำเสนอในภาพรวม ข้อมูลทั้งหมดจะทำลายหลังจากเผยแพร่ผลงานวิจัย

หากมีข้อมูลเพิ่มเติมทั้งด้านประโยชน์และโทษที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยนี้ ผู้วิจัยจะแจ้งให้ทราบโดยรวดเร็วไม่ปิดบัง

หากท่านมีปัญหาหรือข้อสงสัยประการใด สามารถสอบถามได้โดยตรงจากผู้วิจัยในวันทำการรวบรวมข้อมูล หรือสามารถติดต่อสอบถามเกี่ยวกับการวิจัยครั้งนี้ได้ตลอดเวลาที่ นายอานนท์ สังฆะพงษ์ หมายเลขโทรศัพท์ 091-830-7063 หรือที่ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนัญชิตาคุษฎี ทูลศิริ อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก หมายเลขโทรศัพท์ 086-3852835

นายอานนท์ สังฆะพงษ์  
ผู้วิจัย

หากท่านได้รับการปฏิบัติที่ไม่ตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงนี้ ท่านจะสามารถแจ้งให้ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมฯ ทราบได้ที่ เลขานุการคณะกรรมการจริยธรรมฯ ฝ่ายวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา โทร. 038-102823

ในเอกสารนี้อาจมีข้อความที่ท่านอ่านแล้วยังไม่เข้าใจ โปรดสอบถามผู้วิจัยให้ช่วยอธิบายจนกว่าจะเข้าใจดี ท่านอาจจะขอเอกสารนี้กลับไปที่บ้านเพื่ออ่านและทำความเข้าใจ หรือปรึกษากับญาติพี่น้อง เพื่อนสนิท หรือบุคลากรทางการแพทย์อื่น เพื่อช่วยในการตัดสินใจเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ได้



## ใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

หัวข้อวิทยานิพนธ์ ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรอบรู้ทางสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วย  
โรคเรื้อรังในชุมชน

วันที่ให้คำยินยอม วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัย ถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย ประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด และมีความเข้าใจดีแล้ว ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ด้วยความสมัครใจ และข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิก การเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ และการบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้ จะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อข้าพเจ้า

ผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามต่าง ๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจ ไม่ปิดบัง ซ่อนเร้น จนข้าพเจ้าพอใจ ข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าจะถูกเก็บเป็นความลับและจะเปิดเผยในภาพรวม ที่เป็นการสรุปผลการวิจัย

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้ว และมีความเข้าใจดีทุกประการ และได้ลงนาม ในใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม.....ผู้ยินยอม

(.....)

ลงนาม.....พยาน

(.....)

ลงนาม.....ผู้วิจัย

(นายอานนท์ สังฆะพงษ์)

**ภาคผนวก ค**

หนังสือขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัย และเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย

- ชุมชนคนชราชุมชน  
- มจรชานนศึกษาชุมชน  
- อ.ที่ปรึกษา (พ.ศ. ๒๕๖๓) ชุมชน  
- งานวิจัย  
ที่ ศธ ๖๕๕๓(๘).๗/๒๖๑



๒๐๖๖  
ที่ 21 ส.ค. 2561  
วันที่ 1๖/3/๖๑  
เวลา

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์  
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ๕๐๒๐๐

๑๓ มีนาคม ๒๕๖๑

เรื่อง อนุญาตให้ใช้เครื่องมือวิจัย

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

อ้างถึง หนังสือเลขที่ ศธ๖๒๐๖/๐๕๗๖ ลงวันที่ ๒ มีนาคม ๒๕๖๑

ตามที่ นายอานนท์ สังฆะพงษ์ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้ดำเนินการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรอบรู้ทางสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน” โดยได้ขอความอนุเคราะห์ใช้เครื่องมือวิจัย คือแบบสอบถามความรู้สึกลากหลายมิติเกี่ยวกับความช่วยเหลือทางสังคม(ฉบับปรับปรุงภาษาไทย) จากรายงานการวิจัยเรื่อง A revised thai Multi-dimensional Scale of Perceived Social Support (rMSPSS) ของ ศ.พญ.ณททัย วงศ์ปการันย์ มาใช้ประกอบการทำวิทยานิพนธ์ ความแจ้งแล้วนั้น

ในการนี้ข้าพเจ้า ศ.พญ.ณททัย วงศ์ปการันย์ พิจารณาแล้วไม่ขัดข้อง อนุญาตให้ใช้เครื่องมือวิจัยดังกล่าวได้ ทั้งนี้ได้แนบตัวอย่างแบบสอบถามความรู้สึกลากหลายมิติเกี่ยวกับความช่วยเหลือทางสังคม ฉบับปรับปรุง และเอกสารอ้างอิง มาเพื่อใช้เก็บข้อมูลต่อไป อนึ่งขอให้อนุญาตใช้เครื่องมือ MSPSS จาก Prof. Zimet ด้วย

จึงเรียนมาเพื่อทราบและโปรดดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(ศาสตราจารย์ แพทย์หญิงณททัย วงศ์ปการันย์)  
ศาสตราจารย์ประจำภาควิชาจิตเวชศาสตร์

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์

โทร ๐ ๕๓๙๓ ๕๔๒๒

โทรสาร ๐ ๕๓๙๓ ๕๔๒๖



มหาวิทยาลัยบูรพา - สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามุกดาหาร  
 ที่ 00808 - 16  
 วันที่ 16 ส.ค. 2561  
 เวลา 16.49 น. / อ.พนัสนิคม  
 กongsuksika กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ  
 ถนนติวานนท์ จังหวัดนนทบุรี ๑๑๐๐๐  
 - ถนนพหลโยธิน

ที่ สธ ๐๗๐๖.๓/นพ.๖

๕ มีนาคม ๒๕๖๑

เรื่อง ยินดีให้ใช้เครื่องมือการวิจัย

เรียน คณะบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

ตามหนังสือที่ ศธ ๖๒๐๖/๐๕๗๘ ลงวันที่ ๒ มีนาคม ๒๕๖๑ เรื่องขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัยคือ แบบวัดความรู้ทางสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของประชากรอายุ ๑๕ ปีขึ้นไป จาก กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข เพื่อใช้ในการเก็บข้อมูลการทำวิทยานิพนธ์ของ นายอานนท์ สังฆะพงษ์ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา นั้น

ในการนี้ กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ มีความยินดีให้ใช้เครื่องมือการวิจัยดังกล่าว จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

นายชาญฤทธิ์ พรหมประสิทธิ์  
 ผู้อำนวยการกองสุศึกษา

เรียน คณะบดี

ด้วย กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ได้ตอบอนุญาตให้ นายอานนท์ สังฆะพงษ์ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน ใช้เครื่องมือการวิจัย คือ แบบวัดความรู้ทางสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของประชากร ๑๕ ปีขึ้นไปได้

๑. จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

๒. เห็นควรสำเนาแจ้งรองคณบดีฝ่ายบัณฑิตฯ

ประธานหลักสูตรฯ ชุมชน (ผศ.ดร.สมสมัย) อาจารย์ที่ปรึกษา (ผศ.ดร.ชนัญชิตา) และงานบัณฑิตฯ ทราบ เพื่อแจ้งนิสิต (นายอานนท์ สังฆะพงษ์) ทราบต่อไป

กลุ่มวิชาการสุศึกษา

โทรศัพท์ ๐ ๒๑๔๙ ๗๐๕๒

โทรสาร ๐ ๒๑๔๙ ๕๖๕๐

ชาลินี/ ๑๖ มี.ค. ๖๑

๑๕ มี.ค. ๖๑

- สำเนา -

ที่ ศร ๖๒๐๖/ ๐๕๗๗)

มหาวิทยาลัยบูรพา คณะพยาบาลศาสตร์  
๑๖๙ ถนนลงหาดบางแสน ตำบลแสนสุข  
อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี ๒๐๑๓๑

๒ มีนาคม ๒๕๖๑

เรื่อง ขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ

ด้วย นายอานนท์ สังฆะพงษ์ รหัสประจำตัว ๕๘๙๒๐๐๕๐ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตร-  
มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้รับอนุมัติ  
เค้าโครงวิทยานิพนธ์เรื่อง “ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้ทางสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังใน  
ชุมชน” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนัญชิตาคุชฎี ทูลศิริ เป็นประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์  
มีความประสงค์ขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย คือ แบบสอบถามพฤติกรรมการศึกษาสืบค้นข้อมูลออนไลน์/  
สื่อสังคมออนไลน์ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของงานวิจัยเรื่อง “พฤติกรรมแสวงหาข้อมูลสุขภาพจากสื่อ  
ออนไลน์และสื่อสังคมของผู้สูงอายุตามระดับการรับรู้ภาวะสุขภาพ” ของอาจารย์ ดร.กฤษณาพร  
ทิพย์กาญจนเรณา และคณะ ซึ่งตีพิมพ์ในวารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ ปีที่ ๑๑ ฉบับพิเศษ  
กรกฎาคม-ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๐ หน้า ๑๓-๒๒ เพื่อนำมาใช้ในการเก็บข้อมูลการทำวิทยานิพนธ์

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ



(รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรี ไชยมงคล)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ ปฏิบัติการแทน  
ผู้ปฏิบัติหน้าที่อธิการบดีมหาวิทยาลัยบูรพา

งานบริการการศึกษา (บัณฑิตศึกษา)

โทร. ๐ ๓๘๑๐ ๒๘๔๕, ๐ ๓๘๑๐ ๒๘๖๔

โทรสาร ๐ ๓๘๓๙ ๓๔๗๖

ผู้วิจัย ๐ ๙๑ ๘๓๐ ๗๐๖๓ นายอานนท์ สังฆะพงษ์

E-mail : nonsskh@gmail.com

ที่ ศธ ๖๒๐๖/ ๐๖๖๒๒



มหาวิทยาลัยบูรพา คณะพยาบาลศาสตร์  
๑๖๙ ถนนลงหาดบางแสน ตำบลแสนสุข  
อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี ๒๐๑๓๑

๑๖ มีนาคม ๒๕๖๑

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้บัณฑิตเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เรียน สาธารณสุขอำเภอพยุห์

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. ผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย  
๒. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ด้วย นายอานนท์ สังฆะพงษ์ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้รับอนุมัติเค้าโครงวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรอบรู้ทางสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชญชิตาคุณุฎี ทูลศิริ ประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

ในการนี้ คณะฯ จึงขอความอนุเคราะห์จากท่านอำนวยความสะดวกให้บัณฑิตเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างคือ ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จำนวน ๓๐ ราย ระหว่างวันที่ ๑๙-๓๑ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๑ ณ บ้านญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ในอำเภอพยุห์ จังหวัดศรีสะเกษ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรี ไชยมงคล)  
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ ปฏิบัติการแทน  
ผู้ปฏิบัติหน้าที่อธิการบดีมหาวิทยาลัยบูรพา

งานบริการการศึกษา (บัณฑิตศึกษา) กลุ่มงานบริการการศึกษาและวิเทศสัมพันธ์  
โทรศัพท์ (๐๓๘) ๑๐๒๘๓๖, ๑๐๒๘๐๘  
โทรสาร (๐๓๘) ๓๙๓๔๗๖  
ผู้วิจัยโทร ๐๙-๑๘๓๐-๗๐๖๓

ที่ ศธ ๖๒๐๖/ ๐๖๗๔



มหาวิทยาลัยบูรพา คณะพยาบาลศาสตร์  
๑๖๙ ถนนลงหาดบางแสน ตำบลแสนสุข  
อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี ๒๐๑๓๑

๑๖ มีนาคม ๒๕๖๑

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ให้นิสิตเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการดำเนินการวิจัย

เรียน สาธารณสุขอำเภอกันทรารมณ

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. ผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย  
๒. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ด้วย นายอานนท์ สังฆะพงษ์ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้รับอนุมัติเค้าโครงวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรอบรู้ทางสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนัญชิตาคุชฎี ทูลศิริ ประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

ในการนี้ คณะฯ จึงขอความอนุเคราะห์จากท่านอำนวยความสะดวกให้นิสิตเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างคือ ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จำนวน ๑๒๐ ราย ระหว่างวันที่ ๑ เมษายน - ๓๑ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๑ ณ บ้านญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ในอำเภอกันทรารมณ จังหวัดศรีสะเกษ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรี ไชยมงคล)  
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ ปฏิบัติการแทน  
ผู้ปฏิบัติหน้าที่อธิการบดีมหาวิทยาลัยบูรพา



#### ภาคผนวก ง

การกำหนดรหัสตัวแปรหุ่น ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ และผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ย  
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการใช้สื่อ การสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มตัวอย่างรายข้อ

ตารางที่ 7 การกำหนดรหัสตัวแปรหุ่น

ตัวแปรเดิม		ตัวแปรหุ่น (Dummy variable)			
		D1	D2	D3	D4
1. เพศ	หญิง (D1)	1			
	ชาย (D2)	0			
2. อาชีพ	เกษตรกร (D1)	1	0	0	0
	แม่บ้าน/ ไม่ได้ประกอบอาชีพ (D2)	0	1	0	0
	รับราชการ/ รัฐวิสาหกิจ (D3)	0	0	1	0
	รับจ้าง (D4)	0	0	0	1
	ค้าขาย (D5)	0	0	0	0
3. ภาษา	ไทย (D1)	1	0	0	
	ส่วย (D2)	0	1	0	
	ไทยอีสาน (D3)	0	0	1	
	เขมร (D4)	0	0	0	

ตารางที่ 8 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างเพศ ( $x_1$ ) อายุ ( $x_2$ ) การศึกษา ( $x_3$ ) ไม่ได้ประกอบอาชีพ/  
แม่บ้าน ( $x_4$ ) รับจ้าง ( $x_5$ ) เกษตรกร ( $x_6$ ) ข้าราชการ/ รัฐวิสาหกิจ ( $x_7$ ) รายได้ ( $x_8$ ) ภาษาไทย  
( $x_9$ ) ภาษาส่วย ( $x_{10}$ ) ภาษาไทยอีสาน ( $x_{11}$ ) การใช้สื่อ ( $x_{12}$ ) การสนับสนุนทางสังคม ( $x_{13}$ )  
และความรอบรู้ทางสุขภาพ ( $y$ ) ของกลุ่มตัวอย่าง ( $n = 120$ )

ตัวแปร	Y	X <sub>1</sub>	X <sub>2</sub>	X <sub>3</sub>	X <sub>4</sub>	X <sub>5</sub>	X <sub>6</sub>	X <sub>7</sub>	X <sub>8</sub>	X <sub>9</sub>	X <sub>10</sub>	X <sub>11</sub>	X <sub>12</sub>	X <sub>13</sub>
Y	1.00													
X <sub>1</sub>	.290**	1.00												
X <sub>2</sub>	-.499**	-.226*	1.00											
X <sub>3</sub>	.731**	.185*	-.554**	1.00										
X <sub>4</sub>	-.019	.090	.196*	-.164	1.00									
X <sub>5</sub>	.241*	.048	-.009	.215*	-.124	1.00								
X <sub>6</sub>	-.197*	-.054	-.075	-.207*	-.708**	-.302**	1.00							
X <sub>7</sub>	.176	-.121	-.034	.471**	-.153	-.056	-.374**	1.00						
X <sub>8</sub>	.224*	-.168	-.140	.471**	-.238**	.051	-.171	.653**	1.00					
X <sub>9</sub>	.040	-.059	.035	.124	.116	.095	-.166	.084	.012	1.00				
X <sub>10</sub>	.086	.060	-.109	.026	-.027	.000	-.031	.127	.084	-.299**	1.00			
X <sub>11</sub>	-.162	-.030	.124	-.164	-.015	-.058	.145	-.198*	-.064	-.614**	-.411**	1.00		
X <sub>12</sub>	.504**	.155	-.611**	.663**	-.154	.088	-.042	.242**	.259*	.091	.065	-.131	1.00	
X <sub>13</sub>	.380**	.202*	.002	.300**	.153	.105	-.228*	.140	.050	.153	.081	-.146	.205*	1.00

\*  $p < .05$ , \*\*  $p < .01$

ตารางที่ 9 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการใช้สื่อของกลุ่มตัวอย่าง ( $n = 120$ )

ข้อความ	<i>M</i>	<i>SD</i>
1. เรื่องเกี่ยวกับเชื้อโรค	1.37	1.03
2. รูปแบบการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาพสมบูรณ์	1.37	1.07
3. การใช้ยารักษาโรค	1.41	1.15
4. วิธีการรักษาโรค	1.33	1.15
5. ผู้ให้บริการการดูแลสุขภาพ	1.22	1.13
6. องค์กรที่ก่อตั้งโดยผู้ป่วย/เคยป่วยเป็นโรคนั้น ๆ	0.99	1.00
7. กฎหมาย ระเบียบ ข้อบังคับที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพ	0.80	0.97
8. กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนทางสุขภาพ (Peer group)	0.76	1.00

ตารางที่ 10 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มตัวอย่าง ( $n = 120$ )

ข้อความ	<i>M</i>	<i>SD</i>
1. การมีบุคคลพิเศษคอยให้ความช่วยเหลือ	2.69	1.04
2. การมีบุคคลพิเศษสามารถร่วมทุกข์ร่วมสุข	2.87	1.00
3. ครอบครัวให้การสนับสนุนช่วยเหลือ	3.02	0.92
4. การสนับสนุนและช่วยเหลือทางด้านจิตใจจากครอบครัว	2.97	1.01
5. การมีบุคคลพิเศษซึ่งเป็นผู้ที่ให้ความสบายใจ	2.86	1.09
6. เพื่อนพยายามให้การช่วยเหลือ	2.85	0.93
7. สามารถพึ่งพาอาศัยเพื่อนได้เมื่อมีปัญหา	2.95	0.93
8. สามารถเล่าปัญหาให้ครอบครัวฟังได้	2.97	0.95
9. เพื่อนสามารถร่วมทุกข์ร่วมสุขได้	2.84	0.88
10. การมีบุคคลพิเศษในชีวิตที่คอยห่วงใยความรู้สึก	2.85	0.97
11. ครอบครัวเต็มใจที่จะช่วยในการตัดสินใจ	3.02	0.94
12. สามารถเล่าปัญหาให้เพื่อนฟังได้	2.90	0.92