

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพ
กับพฤติกรรมการรับประทานยาและการมาตรวจตามนัด
ของผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงในจังหวัดลำพูน
The Relationship between Health Literacy,
Medication Intake, and Doctor's Appointment Behavior
among Patients with Diabetes Mellitus and Hypertension
in Lamphun Province

เอกชัย ชัยยาทา

หลักสูตรการจัดการการส่งเสริมสุขภาพ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

ศูนย์ลำปาง ตำบลปงยางคก อำเภอห้างฉัตร จังหวัดลำปาง 52190

ลักสรดา หนู่มคำ* และณิชนัน รักษะเปา

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์ลำปาง

ตำบลปงยางคก อำเภอห้างฉัตร จังหวัดลำปาง 52190

Eakchai Chaiyata

Health Promotion Management Program, Faculty of Public Health, Thammasat University,

Lampang Centre, Pong Yang Khok, Hang Chat, Lampang 52190

Lapatrada Numkham* and Nitchamon Rakkapao

Faculty of Public Health, Thammasat University, Lampang Centre,

Pong Yang Khok, Hang Chat, Lampang 52190

บทคัดย่อ

พฤติกรรมการรับประทานยาและการมาตรวจตามนัดมีความสำคัญต่อการควบคุมโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง การวิจัยแบบตัดขวาง (cross-sectional study) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการรับประทานยาและการมาตรวจตามนัดของผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงในจังหวัดลำพูน โดยเก็บข้อมูลจำนวน 138 คน ในช่วงเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2561 ด้วยแบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพและแบบสอบถามพฤติกรรมกินยาและมาตรวจตามนัด มีค่า Cron-

บาคอัลฟา 0.93 และ 0.81 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา สถิติไคร้สแคว์ และการทดสอบของฟิชเชอร์ ผลการศึกษาพบว่าอาชีพ ความต้องการความช่วยเหลือด้านข้อมูลสุขภาพ การแสวงหาข้อมูลสุขภาพ และความรู้ความเข้าใจมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมมารับประทานยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) และพบว่าความต้องการความช่วยเหลือด้านข้อมูลสุขภาพ การแสวงหาข้อมูลสุขภาพ และความรู้ความเข้าใจมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมมาตรวจตามนัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) อย่างไรก็ตาม ยังพบว่าส่วนใหญ่มีการแสวงหาข้อมูลสุขภาพอยู่ในระดับความรู้แจ้งต่ำ (ร้อยละ 51.45) ดังนั้นหน่วยบริการด้านสุขภาพควรเผยแพร่ข้อมูลและความรู้ความเข้าใจสู่ชุมชน โดยเน้นการเข้าถึงและเข้าใจได้ง่ายเพื่อนำไปสู่พฤติกรรมมารับประทานยาและการมาตรวจตามนัดที่เหมาะสมต่อไป

คำสำคัญ : ความรอบรู้ด้านสุขภาพ; พฤติกรรมมารับประทานยา; การมาตรวจตามนัด; โรคเรื้อรัง; เบาหวาน; ความดันโลหิตสูง

Abstract

Medication intake and doctor's appointment behaviors are important to control diabetes mellitus and hypertension. This cross-sectional study aimed to examine the relationship between health literacy, medication intake, and doctor's appointment behavior among patients with diabetes mellitus and hypertension in Lamphun province. Data were collected from 138 participants in May 2018, by using health literacy test and questionnaires on medication intake and doctor's appointment behavior. The Cronbach's alpha was 0.93 and 0.81, respectively. Data were analyzed by using descriptive statistics, and inferential statistics; Chi square test and Fisher's exact test. The results of Chi-square test revealed that occupation, need for health information assistance, health information seeking, and cognition were related to medication intake behavior with statistical significance at $p\text{-value} < 0.05$. Moreover, need for health information assistance, health information seeking, and cognition were associated to doctor's appointment behavior with statistical significance at $p\text{-value} < 0.05$. However, the results showed that most of participants had low health information seeking at 51.45 % and had need for health information assistance at 19.75 %. Therefore, health care units should publish data and information to the community with emphasis on easy access and understanding, leading to appropriate medication intake and doctor's appointment behaviors.

Keywords: health literacy; medication intake behavior; doctor's appointment behavior; chronic diseases; diabetes mellitus; hypertension

1. บทนำ

ปัจจุบันโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงถือว่าเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของคนไทย [1] และ

สาเหตุการตายด้วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น โดยจะเห็นได้จากข้อมูลกองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข

พบว่าในปี พ.ศ. 2557-2559 ประเทศไทยมีอัตราการตายต่อประชากรแสนคนด้วยโรคเบาหวาน 17.5, 19.4 และ 22.3 และโรคความดันโลหิตสูง 11.0, 12.1 และ 12.2 ตามลำดับ [2] เมื่อพิจารณาอัตราป่วยก็พบว่าแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นเช่นกัน ดังข้อมูลในปี พ.ศ. 2558-2560 พบว่าอัตราป่วยด้วยโรคเบาหวานของทุกเขตบริการสุขภาพ (รวม 12 เขต) เป็นร้อยละ 5.30, 5.35 และ 5.74 ขณะที่อัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงเป็นร้อยละ 10.85, 11.20 และ 12.07 ตามลำดับ [3] จะเห็นได้ว่าอัตราการตายและอัตราป่วยของผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงมีอัตราเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง

ข้อมูลข้างต้นจะเห็นได้ว่าโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหา ไม่เพียงแต่ของประเทศเท่านั้นในจังหวัดลำพูนก็เช่นเดียวกัน โดยเฉพาะในอำเภอเมืองลำพูน ซึ่งเป็นอำเภอหนึ่งในจำนวน 8 อำเภอ ของจังหวัดลำพูน มีจำนวนประชากรทั้งสิ้น 146,439 คน [4] ในปี พ.ศ. 2560 พบว่าอัตราป่วยด้วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงเป็นร้อยละ 6.69 และ 16.60 ตามลำดับ [3] ข้อมูลอัตราป่วยดังกล่าวทำให้ทราบว่าพื้นที่อำเภอเมืองลำพูนมีอัตราป่วยด้วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงสูงกว่าอัตราป่วยระดับประเทศ

การทบทวนวรรณกรรมพบว่าผู้ป่วยที่ไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยาจะมีน้ำตาลสะสม (HbA1C, hemoglobin A1C) ค่าความดันโลหิต และไขมันชนิดแอลดีแอลอยู่ในระดับที่สูง รวมทั้งมีอัตราการเข้ารับตัวในโรงพยาบาลและอัตราการตายสูงกว่าผู้ป่วยที่ร่วมมือในการใช้ยา [5] และการไม่มารับการรักษาอย่างสม่ำเสมอก็เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิต [6] สำหรับประเทศไทยมีรายงานสถานการณ์พฤติกรรมสุขภาพของประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป พบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรค

ความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมมารับประทานยาตามแพทย์สั่งทุกครั้งร้อยละ 85.2 และมีพฤติกรรมไปพบแพทย์ตามนัดทุกครั้งร้อยละ 84.60 [7] การศึกษาในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในชุมชนแห่งหนึ่ง จังหวัดปทุมธานี พบว่ามีพฤติกรรมการกินยาสม่ำเสมอร้อยละ 83.6 [8] และผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในพื้นที่อำเภอแม่ทะ จังหวัดลำปาง มีพฤติกรรมมารับประทานยาตามที่แพทย์สั่งเป็นประจำร้อยละ 86.4 และมีพฤติกรรมมาตรวจตามนัดเป็นประจำร้อยละ 88.7 [9] ทั้งนี้ความรุนแรงของทั้งโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงนั้นเปลี่ยนแปลงได้ แพทย์จึงต้องติดตามระดับน้ำตาลในเลือดและระดับความดันโลหิต ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อเกิดการเกิดโรคแทรกซ้อนในอนาคตของผู้ป่วย [10]

เมื่อทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคลและพฤติกรรมมารับประทานยาและการมาตรวจตามนัด พบว่าอายุสามารถเป็นปัจจัยที่ทำนายพฤติกรรมมารับประทานยาอย่างถูกต้องสม่ำเสมอของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 [11] และอายุมีความสัมพันธ์แบบผกผันกับพฤติกรรมมารับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง [12] เพศหญิงมีความร่วมมือในการรับประทานยามากกว่าเพศชาย [13] แต่ยังพบค่อนข้างน้อยสำหรับการศึกษาที่ศึกษาเฉพาะพฤติกรรมมารับประทานยาและการมาตรวจตามนัดในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง ส่วนใหญ่จะเป็นการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพโดยรวม ดังเช่นการศึกษาของ ปญญาภรณ์ [14] ที่ศึกษาพฤติกรรมมารับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการกับความเครียด และการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

นอกจากนี้การศึกษาและทบทวนวรรณกรรมแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพ (health literacy) พบว่าในปี ค.ศ. 1998 องค์การอนามัยโลกมีการรณรงค์

ให้ประเทศสมาชิกร่วมมือกันให้ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ [15] และพบว่าความแตกฉานด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 [16] ความฉลาดทางสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับกับพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังหลายโรค [17] รวมทั้งหากมีความแตกฉานด้านสุขภาพที่เพียงพอ ก็จะมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง [18]

การทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ เห็นได้ว่าปัจจัยส่วนบุคคลและแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนและผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง แต่ในประเทศไทยยังไม่พบการศึกษาที่หาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการรับประทายและการมาตรวจตามนัดของผู้ป่วยเบาหวาน และ/หรือ ความดันโลหิตสูง ทั้งนี้จากสภาพปัญหาและข้อมูลที่ได้ศึกษามาในเบื้องต้น พบว่าในพื้นที่อำเภอเมืองลำพูนมีอัตราผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่สูงกว่าข้อมูลของประเทศ จึงควรที่จะได้รับคำตอบจากการค้นคว้าวิจัยว่าปัจจัยใดที่

มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทายและการมาตรวจตามนัดของผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง โดยประยุกต์ใช้แนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นกรอบแนวคิดร่วมกัน เพื่อใช้ผลศึกษาเป็นข้อมูลพื้นฐานในการจัดกิจกรรมและพัฒนาการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพให้กับผู้ป่วยต่อไป

2. วัตถุประสงค์การศึกษา

2.1 เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการรับประทายของผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงในจังหวัดลำพูน

2.2 เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการมาตรวจตามนัดของผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงในจังหวัดลำพูน

3. กรอบแนวคิดการศึกษา

หลังจากการทบทวนวรรณกรรม แนวคิด และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง จึงสร้างกรอบแนวคิดในการวิจัยครั้งนี้ดังรูปที่ 1

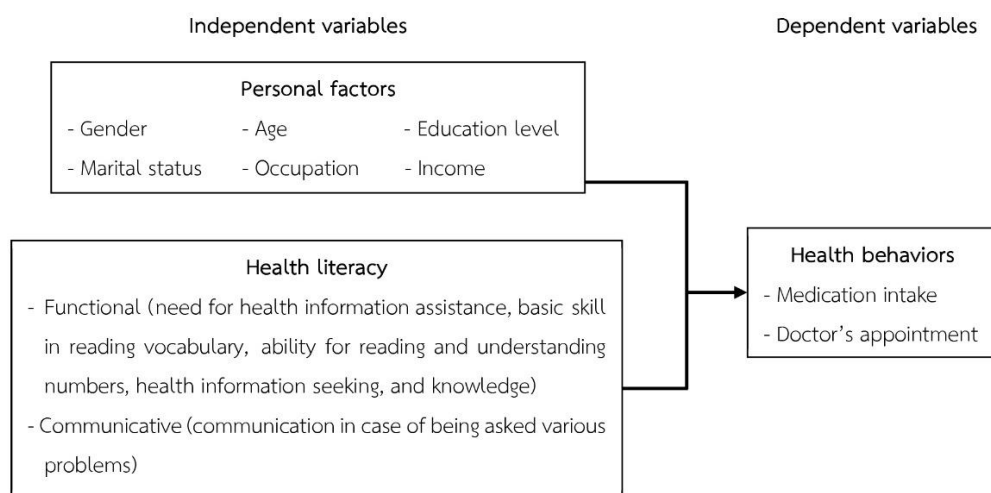


Figure 1 Conceptual framework

4. อุปกรณ์และวิธีการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบตัดขวาง (cross-sectional study) มีรายละเอียดในการศึกษาดังนี้

4.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ที่ได้รับการขึ้นทะเบียนเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวาน และ/หรือ โรคความดันโลหิตสูง ในเขตพื้นที่อำเภอเมืองลำพูน จังหวัดลำพูน ศึกษาในช่วงเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2561 คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างจากโปรแกรมสำเร็จรูป G*power, Statistical test: Correlation Bivariate normal model version 3.1.9.2 [19] ซึ่งเป็นโปรแกรมที่สร้างจากสูตรคำนวณกลุ่มตัวอย่างของ Cohen โดยใช้การประมาณค่าอำนาจการทดสอบและผ่านการตรวจสอบและรับรองคุณภาพโดยนักวิจัยหลายคน [20] ได้ขนาดตัวอย่างจำนวน 115 ราย โดยได้เพิ่มจำนวนขนาดตัวอย่างอีกร้อยละ 20 [21] รวม 138 ราย และได้สุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (multi-stage random sampling) เก็บข้อมูลใน 5 หมู่บ้าน ได้แก่ (1) หมู่ที่ 5 หมู่บ้านศรีชุม ตำบลบ้านกลาง (2) หมู่ที่ 2 หมู่บ้านกอม่วง ตำบลอุโมงค์ (3) หมู่ที่ 8 หมู่บ้านห้วยม้าโค้ง ตำบลป่าสัก (4) หมู่ที่ 2 หมู่บ้านล้องเตือ ตำบลประตูป่า และ (5) หมู่ที่ 1 หมู่บ้านบ่อโจง ตำบลหนองหาม แบ่งกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนของผู้ป่วยที่ศึกษา 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่ 1 ผู้ป่วยโรคเบาหวาน จำนวน 26 ราย กลุ่มที่ 2 ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 87 ราย และกลุ่มที่ 3 ผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 25 ราย โดยผู้วิจัยนำรายชื่อของผู้ป่วยโรคเบาหวาน และ/หรือ โรคความดันโลหิตสูง ในแต่ละหมู่บ้านที่สุ่มได้มาคละกัน แล้วสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) ด้วยการจับฉลากโดยไม่ใส่คืน บันทึกรวบรวมครบเท่ากับขนาดกลุ่มตัวอย่าง แล้วดำเนินการเก็บข้อมูล

เกณฑ์การคัดเข้า (inclusion criteria) ดังนี้

ผู้ที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน และ/หรือ โรคความดันโลหิตสูง ที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ที่อยู่ในเขตพื้นที่ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอเมืองลำพูน จังหวัดลำพูน ไม่น้อยกว่า 6 เดือน โดยได้รับการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หรือจากสถานบริการสุขภาพแห่งอื่น สามารถช่วยเหลือตนเอง มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ พูดคุยสื่อสารภาษาไทยได้รู้เรื่อง ไม่อยู่ระหว่างการตั้งครรภ์ ไม่มีปัญหาทางจิตเวช ไม่มีภาวะโรคแทรกซ้อน เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) ดังนี้ ผู้ที่ไม่อยู่ในพื้นที่ในช่วงเวลาการเก็บข้อมูล ไม่สามารถให้ความร่วมมือตลอดเวลาในการศึกษา มีภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลัน เช่น ภาวะการเจ็บป่วยที่ต้องเข้ารับการรักษาเร่งด่วน

มีแนวทางการสร้างการรับรู้การเข้าใจในแบบประเมินและแบบสอบถาม โดยขนาดตัวหนังสือในแบบประเมินและแบบสอบถามที่ใช้เก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างผู้วิจัยใช้ขนาดตัวอักษร 18 points เพื่อให้อ่านและมองเห็นได้ชัดขึ้น รวมทั้งผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยจะอธิบายข้อคำถามที่กลุ่มตัวอย่างไม่เข้าใจในการตอบคำถามแต่ละข้อ

4.2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้สร้างขึ้นจากการรวบรวมข้อมูลจากเอกสาร ตำรา และงานวิจัย ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (scale-level CVI/Ave) = $2.77 \div 3 = 0.92$ จากนั้นนำไปทดสอบหาความเชื่อมั่น (reliability) กับผู้ป่วยเบาหวาน และ/หรือ ความดันโลหิตสูง หมู่ที่ 6 หมู่บ้านสันริมปิง ตำบลริมปิง อำเภอเมืองลำพูน จังหวัดลำพูน จำนวน 30 ราย โดยวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alphacoefficient) วิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพ = 0.93 และแบบ

สอบถามพฤติกรรมการรับประทานยาและการมาตรวจตามนัด = 0.81 โดยแบ่งเป็น 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้จากการทบทวนวรรณกรรม จำนวน 10 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ พฤติกรรมการเคสลิ้ม/ไม่กินยา เหตุผลของการเคสลิ้ม/ไม่กินยาตามแพทย์สั่ง พฤติกรรมการเคสลิ้ม/ไม่ไปตรวจตามนัด และเหตุผลของการเคสลิ้ม/ไม่ไปตรวจตามนัด

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพ ประยุกต์ใช้จากการศึกษาของ ชะนวนทอง และนริมาลย์ [22] จำนวน 77 ข้อ ประกอบด้วย 7 ตอน ได้แก่ ความต้องการความช่วยเหลือด้านข้อมูลสุขภาพ การอ่านศัพท์พื้นฐาน ความสามารถในการอ่านและเข้าใจตัวเลข การแสวงหาข้อมูลสุขภาพ ความรู้ความเข้าใจ การปฏิบัติสื่อสารในกรณีถูกถาม ปัญหาต่าง ๆ และการตัดสินใจ แบ่งระดับคะแนนโดยอิงกลุ่ม ดังนี้ คะแนนรวมที่ได้ <75 % ของคะแนนเต็ม หมายถึง ระดับความรู้แจ้งต่ำ และคะแนนรวมที่ได้ ≥ 75 % ของคะแนนเต็ม หมายถึง ระดับความรู้แจ้งสูง

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมการรับประทานยาและการมาตรวจตามนัด ประยุกต์ใช้จากการศึกษาของ ประพนอม [23] และการศึกษาของ นพดล [9] จำนวน 12 ข้อ เกณฑ์การแบ่งระดับพฤติกรรมโดยอิงกลุ่มดังนี้ ค่าเฉลี่ย 1.00-1.50 คะแนน หมายถึง ระดับต่ำ ค่าเฉลี่ย 1.51-2.50 คะแนน หมายถึง ระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 2.51-3.00 คะแนน หมายถึง ระดับสูง

4.3 การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ได้ชี้แจงสิทธิที่พึงได้รับระหว่างเข้าร่วมโครงการวิจัยของกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลที่ได้จะนำมาใช้ประโยชน์ทางการศึกษาเท่านั้น และจะนำเสนอข้อมูลที่ได้ในภาพรวม ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างสามารถหยุดหรือ

ยกเลิกในการให้ข้อมูลหากไม่ประสงค์ที่จะให้ข้อมูลต่อไป โดยจะไม่เสียประโยชน์ใด ๆ ทั้งสิ้น และการวิจัยนี้ได้รับอนุมัติการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน ชุดที่ 3 สาขาวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ หนังสือรับรองเลขที่ 043/2561

4.4 วิธีการเก็บข้อมูล

ได้ทำหนังสือขอความอนุเคราะห์ในการเก็บข้อมูล โดยก่อนเก็บข้อมูลจะอธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัยแก่กลุ่มตัวอย่าง เก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่ยินดีให้ความร่วมมือร่วม การเก็บรวบรวมข้อมูลจะทำได้โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย

4.5 การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

วิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป SPSS โดยมีรายละเอียดของสถิติที่ใช้ดังต่อไปนี้

4.5.1 สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistic) ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด และค่าต่ำสุด เป็นการวิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคล (เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้) ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการรับประทานยาและการมาตรวจตามนัด

4.5.2 สถิติเชิงอนุมาน (inferential statistic) ได้แก่ สถิติ Chi square test และ Fisher's exact test โดยข้อกำหนด (assumption) คือ สถิติ Chi square test ใช้ได้เมื่อค่า expect value < 5 ไม่เกิน 20 % ของจำนวนเซลล์ทั้งหมด กรณีละเมิดตาราง 2x2 จะใช้สถิติ Fisher's exact test ในการทดสอบ เป็นการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล (เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้) และความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการรับประทานยาและการมาตรวจตามนัด

5. ผลการวิจัย

5.1 ปัจจัยส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 66.67) มีอายุ 60 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 70.29) มีอายุเฉลี่ย 62.78 ± 8.35 ปี ส่วนใหญ่อยู่ด้วยกับคู่สมรส (ร้อยละ 68.84) จบการศึกษาในระดับชั้นประถมศึกษาหรือหรือน้อยกว่า (ร้อยละ 79.71) ประกอบอาชีพไม่ได้ใช้แรงกลางแจ้ง (ร้อยละ 58.70) มีรายได้ไม่น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5,000 บาท/เดือน (ร้อยละ 48.55)

5.2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ

ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐานอยู่ในระดับความรู้แจ้งสูง (ร้อยละ 94.20) เมื่อพิจารณาแต่ละด้านพบว่าด้านความต้องการความช่วยเหลือด้านข้อมูลสุขภาพ การอ่านศัพท์พื้นฐาน ความสามารถในการอ่านและเข้าใจตัวเลข และความรู้ความเข้าใจอยู่ในระดับความรู้แจ้งสูง (ร้อยละ 80.43, 99.28, 98.55 และ 94.20 ตามลำดับ) ส่วนด้านการแสวงหาข้อมูลสุขภาพอยู่ในระดับความรู้แจ้งต่ำ (ร้อยละ 51.45) สำหรับความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นปฏิสัมพันธ์ ได้แก่ การสื่อสารในกรณีฉุกเฉินปัญหาต่าง ๆ อยู่ในระดับความรู้แจ้งสูง (ร้อยละ 98.55) ส่วนความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นวิจารณ์ญาณ ได้แก่ การตัดสินใจ อยู่ในระดับความรู้แจ้งสูง (ร้อยละ 100.00) ความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับความรู้แจ้งสูง (ร้อยละ 94.20)

5.3 พฤติกรรมสุขภาพประกอบด้วยพฤติกรรมการรับประทานยาและการมาตรวจตามนัด

ผลการศึกษาพบว่าส่วนใหญ่มีระดับพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 89.13) รองลงมา คือ มีระดับพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 10.87) โดยมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมเกี่ยวกับการรับประทานยาและการมาตรวจตามนัด 2.81 ± 0.22 คะแนน ถือเป็นระดับสูง

5.4 การวิเคราะห์เพื่อหาความสัมพันธ์

ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการรับประทานยาและการมาตรวจตามนัด

5.4.1 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการรับประทานยา เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ด้วยสถิติ Chi square test และ Fisher's exact test พบว่าอาชีพ ความต้องการความช่วยเหลือด้านข้อมูลสุขภาพ การแสวงหาข้อมูลสุขภาพ และความรู้ความเข้าใจมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานยา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ส่วนตัวแปรอื่น ๆ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน การอ่านศัพท์พื้นฐาน ความสามารถในการอ่านและเข้าใจตัวเลข การสื่อสารในกรณีฉุกเฉินปัญหาต่าง ๆ และ ความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวม ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานยา ดังตารางที่ 1

5.4.2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและความรอบรู้ด้านสุขภาพ กับพฤติกรรมการมาตรวจตามนัด เมื่อทดสอบความสัมพันธ์โดยใช้สถิติ Chi square test และ Fisher's exact test พบว่า ความต้องการความช่วยเหลือด้านข้อมูลสุขภาพ การแสวงหาข้อมูลสุขภาพ และความรู้ความเข้าใจ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการมาตรวจตามนัด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ส่วนตัวแปรอื่น ๆ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน การอ่านศัพท์พื้นฐาน ความสามารถในการอ่านและเข้าใจตัวเลข การสื่อสารในกรณีฉุกเฉินปัญหาต่าง ๆ และ ความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวม ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการมาตรวจตามนัด ดังตารางที่ 2

Table 1 The relationship between personal factors, health literacy and medication intake behavior among sample group (n = 138).

Personal factors/Health literacy	n (%)	Medication intake behaviors		χ^2	p-values
		Moderate level	High level		
		n (%)	n (%)		
Functional health literacy:					
Low level	4 (2.90)	0 (00.00)	4 (100.00)	0.322	1.000 [†]
High level	134 (97.10)	10 (7.46)	124 (92.54)		
1. Need for health information assistance					
Low level	27 (19.57)	5 (18.52)	22 (81.48)	6.346	0.025* [†]
High level	111 (80.43)	5 (4.50)	106 (95.50)		
2. Basic skill in reading vocabulary					
Low level	1 (0.72)	0 (0.00)	1 (100.00)	0.079	1.000 [†]
High level	137 (99.28)	10 (7.30)	127 (92.70)		
3. Ability for reading and understanding numbers					
Low level	2 (1.45)	1 (50.00)	1 (50.00)	5.519	0.140 [†]
High level	136 (98.55)	9 (6.62)	127 (93.38)		
4. Health information seeking					
Low level	71 (51.45)	9 (12.68)	62 (87.32)	6.414	0.018* [†]
High level	67 (48.55)	1 (1.49)	66 (98.51)		
5. Knowledge					
Low Level	8 (5.80)	4 (50.00)	4 (50.00)	23.095	0.001* [†]
High Level	130 (94.20)	6 (4.62)	124 (95.38)		
Communicative health literacy: 6. Communication in case of being asked various problems.					
Low level	2 (1.45)	1 (50.00)	1 (50.00)	5.519	0.140 [†]
High level	136 (98.55)	9 (6.62)	127 (93.38)		
Critical health literacy: 7. Decision making					
Low level	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	-	-
High health literacy level	138 (100.00)	12 (8.70)	126 (91.30)		
Overall Health Literacy:					
Low level	8 (5.80)	2 (25.00)	6 (75.00)	3.982	0.105 [†]
High health literacy level	130 (94.20)	8 (6.15)	122 (93.85)		

*Chi square test; [†]Fisher's exact test

Table 2 The relationship between personal factors, health literacy and doctor's appointment behavior among sample group (n = 138).

Personal factors/Health literacy	n (%)	Doctor's appointment behaviors		χ^2	p-values
		Low-moderate level	High level		
		n (%)	n (%)		
Gender					
Male	46 (33.33)	16 (34.78)	30 (65.22)	0.247	0.619
Female	92 (66.67)	36 (39.13)	56 (60.87)		
Age (years)					
<60	41 (29.71)	14 (34.15)	27 (65.85)	0.310	0.577
≥60	97 (70.29)	38 (39.18)	59 (60.82)		
Education level					
Primary education	111 (80.43)	43 (38.74)	68 (61.26)	0.270	0.603
Higher than primary education	27 (19.57)	9 (33.33)	18 (66.67)		
Marital status					
Separated/single/widow/divorce	43 (31.16)	18 (41.86)	25 (58.14)	0.465	0.495
Couple	95 (68.84)	34 (35.79)	61 (64.21)		
Occupation					
Outdoor exert use/ agriculture	57 (41.30)	18 (31.58)	39 (68.42)	1.540	0.215
Not outdoor exert use	81 (58.70)	34 (41.98)	47 (58.02)		
Income (baht)					
<5,000	67 (48.55)	27 (40.30)	40 (59.70)	0.380	0.538
≥5,000	71 (51.45)	25 (35.21)	46 (64.79)		
Functional health literacy:					
Low level	4 (2.90)	0 (0.00)	4 (100.00)	0.322	1.000 [†]
High level	134 (97.10)	10 (7.46)	124 (92.54)		
1. Need for health information assistance					
Low level	27 (19.57)	15 (55.56)	12 (44.44)	0.322	1.000 [†]
High level	111 (80.43)	37 (33.33)	74 (66.67)		
2. Basic skill in reading vocabulary					
Low level	1 (0.72)	1 (100.00)	0(0.00)	1.666	0.377 [†]
High level	137 (99.28)	51 (37.23)	86 (62.77)		

*Chi square test; [†]Fisher's exact test

Table 2 (continuos)

Personal factors/Health literacy	n (%)	Doctor's appointment behaviors		χ^2	p-values
		Low-moderate level	High level		
		n (%)	n (%)		
3. Ability for reading and understanding numbers					
Low level	2 (1.45)	1 (50.00)	1 (50.00)	0.131	1.000 [†]
High level	136 (98.55)	51 (37.50)	85 (62.50)		
4. Health information seeking					
Low level	71 (51.45)	35 (49.30)	36 (50.70)	8.401	0.004*
High level	67 (48.55)	17 (25.37)	50 (74.63)		
5. Knowledge					
Low level	8 (5.80)	7 (87.50)	1 (12.50)	8.976	0.003* [†]
High level	130 (94.20)	45 (34.62)	85 (65.38)		
Communicative health literacy: 6. Communication in case of being asked various problems.					
Low level	2 (1.45)	1 (50.00)	1 (50.00)	0.131	1.000 [†]
High level	136 (98.55)	51 (37.50)	85 (62.50)		
Critical health literacy: 7. Decision making					
Low level	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	-	-
High level	138 (100.00)	52 (37.68)	86 (62.32)		
Overall health literacy					
Low level	8 (5.80)	7 (87.50)	1 (12.50)	8.976	0.005 [†]
High level	130 (94.20)	45 (34.62)	85 (65.38)		

*Chi square test; [†] Fisher's exact test

6. การสรุปและอภิปรายผล

ผลการศึกษาพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) คือ อาชีพ ความต้องการความช่วยเหลือด้านข้อมูลสุขภาพ การแสวงหาข้อมูลสุขภาพ และความรู้ความเข้าใจ สามารถอภิปรายว่าอาจเนื่องจากปัจจัยด้านอาชีพของกลุ่มตัวอย่างมีความแตกต่างกัน ทำให้พฤติกรรมด้านการรับประทานยามีความแตกต่างกัน โดยผู้ที่ประกอบอาชีพทำไร่ ทำนา ทำสวน และใช้แรงกลางแจ้งอาจมีการเคลื่อนไหวร่างกาย

อย่างต่อเนื่อง ทำให้ร่างกายเกิดความความกระชับกระฉ่งและตื่นตัว ส่งผลต่อการจัดการตนเองและพฤติกรรม การรับประทานยาที่ดี ขณะที่ผู้ที่ไม่ได้ใช้แรงกลางแจ้งส่วนใหญ่อาจอยู่ในวัยสูงอายุ จึงทำให้ความสามารถในการจัดการตนเองลดน้อยลงตามภาวะร่างกายที่ถดถอย สอดคล้องกับการศึกษาของ อรุณี [12] ที่ศึกษาความฉลาดทางด้านสุขภาพและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเปียงหลวง จังหวัดเชียงใหม่ พบว่าอาชีพมีความสัมพันธ์กับ

พฤติกรรมมารับประทานยาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ พานทิพย์ และจารุวรรณ [24] ที่ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรม การสร้างเสริมสุขภาพในชุมชนกึ่งเมืองกึ่งชนบทแห่งหนึ่งในเขตปริมณฑลกรุงเทพมหานคร พบว่าอาชีพไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ นอกจากนี้อาจเนื่องจากความต้องการความช่วยเหลือด้านข้อมูลสุขภาพ การแสวงหาข้อมูลสุขภาพ และความรู้ความเข้าใจของกลุ่มตัวอย่างมีความแตกต่างกัน โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับความรู้แจ้งสูง อาจเนื่องจากเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาในพื้นที่เป็นเวลานานไม่น้อยกว่า 6 เดือน ทำให้คุ้นเคยกับการอ่านเอกสารข้อมูลสุขภาพจากเจ้าหน้าที่และการกรอกข้อมูลในการมาติดต่อรับการรักษา และอาจเป็นเพราะมีช่องทางการได้รับความรู้ในการปฏิบัติตนเกี่ยวกับการรับประทานยา เช่น จากเสียงตามสาย อาสาสมัครสาธารณสุข และเอกสารความรู้ นอกจากนี้พบว่า การแสวงหาข้อมูลสุขภาพส่วนใหญ่อยู่ในระดับความรู้แจ้งต่ำ อาจเป็นเพราะสังคมวัฒนธรรมในพื้นที่ยังค่อนข้างให้ความสำคัญกับการสอบถามข้อมูลสุขภาพจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และแพทย์หรือบุคลากรที่ทำการตรวจรักษาให้เท่านั้น สอดคล้องกับการศึกษาของ อรุณี [12] ที่พบว่าความฉลาดทางด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ต่อการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเปียงหลวง จังหวัดเชียงใหม่ โดยผู้ที่มีคะแนนความฉลาดด้านสุขภาพสูงมีความสัมพันธ์กับการรับประทานยาเพิ่มมากขึ้น และผู้ที่มีคะแนนความฉลาดด้านสุขภาพน้อยมีความสัมพันธ์กับการรับประทานยาน้อย และการศึกษาของ Bains และคณะ [25] ที่พบว่าผู้ป่วยเบาหวานที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพียงพอก็จะมีความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับโรคที่เป็น และความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองได้ดีกว่าผู้ป่วยที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอ รวมทั้งสอดคล้องกับ

การศึกษาของ Lee และคณะ [26] ที่พบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมมารับประทานยาและความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังในประเทศเกาหลี นอกจากนี้การศึกษาของ Wallace และคณะ [27] ยังพบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน ขั้นปฏิสัมพันธ์ และขั้นวิจลณญาณสามารถทำนายพฤติกรรมจัดการเบาหวานด้วยตนเองของกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการในคลินิกผู้ป่วยนอกในประเทศสหรัฐอเมริกา

ขณะที่การศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลและความรอบรู้ด้านสุขภาพในตัวแปรอื่น ๆ พบว่าเพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ การอ่านศัพท์พื้นฐาน ความสามารถในการอ่านและเข้าใจตัวเลข และการสื่อสารในกรณีฉุกเฉินต่าง ๆ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมมารับประทานยา

ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมมาตรวจตามนัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) คือ ความต้องการความช่วยเหลือด้านข้อมูลสุขภาพ การแสวงหาข้อมูลสุขภาพ และความรู้ความเข้าใจ สามารถอภิปรายว่าทั้ง 3 ตัวแปร ของกลุ่มตัวอย่างมีความแตกต่างกัน โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับความรู้แจ้งสูงย่อมมีระดับพฤติกรรมมาตรวจตามนัดในระดับสูง ทั้งนี้เนื่องจากลักษณะการคมนาคมในพื้นที่ค่อนข้างสะดวก ทำให้กลุ่มตัวอย่างเข้าถึงหน่วยบริการด้านสุขภาพและเดินทางมาตรวจตามนัดได้ง่าย ซึ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่อยู่ในพื้นที่จึงคุ้นเคยกับใบนัด ระบบนัด และข้อมูลในการมาติดต่อรับการรักษา อีกทั้งอาจได้รับการสนับสนุนให้กำลังใจและใส่ใจดูแลจากญาติ ทำให้มีพฤติกรรมมาตรวจตามนัดอยู่ในระดับสูง สอดคล้องกับการศึกษาของ Chen และคณะ [28] ที่พบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วย

โรคหัวใจวายเรื้อรังจากโรงพยาบาลชุมชน 2 แห่ง ในประเทศสหรัฐอเมริกา สอดคล้องกับการศึกษาของชลธิรา และคณะ [29] ที่พบว่าระดับความแตกต่างทางสุขภาพขั้นพื้นฐานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 และสอดคล้องกับการศึกษาของ ประภัสสร และคณะ [30] ที่พบว่าความแตกต่างด้านสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองหอย จังหวัดสระแก้ว ด้านความรู้ความเข้าใจอยู่ในระดับดี

ขณะที่การศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลและความรอบรู้ด้านสุขภาพในตัวแปรอื่น ๆ พบว่าเพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ การอ่านศัพท์พื้นฐาน ความสามารถในการอ่านและเข้าใจตัวเลข และการสื่อสารในกรณีถูกถามปัญหาต่าง ๆ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการมาตรวจตามนัด

7. ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

7.1 ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

7.1.1 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย 3 ประการ ได้แก่ (1) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดควรจัดตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อนความรู้ด้านสุขภาพระดับจังหวัด (2) คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ ควรร่วมกันกำหนดนโยบาย พันธกิจ และแผนปฏิบัติการ ให้บุคลากรสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพให้กับผู้รับบริการ และควรร่วมกันพัฒนาระบบสื่อสารสุขภาพ และ (3) หน่วยบริการด้านสุขภาพ ควรพัฒนาระบบให้ผู้รับบริการสามารถเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพและช่วยเหลือผู้รับบริการในการกรอกข้อมูลต่าง ๆ

7.1.2 ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติ 2 ประการ คือ (1) หน่วยบริการด้านสุขภาพ ควรมีช่องทางให้ผู้รับบริการ/ผู้ที่มีส่วนได้เสียเข้ามามีส่วนร่วมในการ

ออกแบบและระบุช่องทางการสื่อสารข้อมูล โดยเน้นการเข้าถึงและเข้าใจได้ง่าย และควรให้ข้อมูลและเพิ่มโอกาสให้ผู้รับบริการได้โต้ตอบซักถามในประเด็นดังต่อไปนี้ ระดับน้ำตาลในเลือด การกินยาเม็ดใหญ่ที่กลืนจะต้องทำอย่างไร และหากลืมกินยามื้อเช้าจะต้องทำอย่างไร รวมถึงประเด็นเรื่องการตัดสินใจ เช่น เมื่อท่านกินยาครบ 1 ปี และอาการเป็นปกติจะทำอย่างไร สิ่งเหล่านี้เป็นหน้าที่ของบุคลากรทางการแพทย์ ไม่ว่าจะเป็นแพทย์ พยาบาล เภสัชกร ที่ต้องให้ข้อมูลที่ถูกต้องกับผู้รับบริการ เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานให้ผู้รับบริการได้รู้จักคิด ตัดสินใจ และสื่อสารออกไปได้ถูกต้อง และ (2) แกนนำสุขภาพในชุมชน ควรจัดกิจกรรมอย่างต่อเนื่องในการเผยแพร่และรณรงค์เกี่ยวกับความรู้ความเข้าใจในการรับประทานยาและการมาตรวจตามนัด

7.2 ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

7.2.1 ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพเกี่ยวกับพฤติกรรมการรับประทานยาและการมาตรวจตามนัด และการดูผลจากคนในครอบครัวหรือผู้ดูแล เพื่อจะได้ทราบรายละเอียดที่ชัดเจนเชิงลึก รวมทั้งเป็นการยืนยันผลการวิจัยและเปิดมุมมองใหม่ ๆ ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการแก้ไขปัญหาต่อไป

7.2.2 ควรศึกษาพฤติกรรมอื่นเพิ่มเติมที่เป็นพฤติกรรมที่ส่งผลถึงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพต่อไป

8. กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ คณะอาจารย์ที่ได้ให้คำแนะนำช่วยเหลือ และกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่ให้ความร่วมมือและเสียสละเวลาในการให้ข้อมูลเป็นอย่างดี

9. References

[1] Bureau of Non Communicable Disease,

- 2 015 , Development Guideline The Operation Clinic NCD Quality (Diabetes mellitus and Hypertension) in Health Promoting Hospital (HPH) Fiscal Year 2015, Department of Disease Control, Ministry of Public Health, Nonthaburi, 47 p. (in Thai)
- [2] Group Health Information, 2016, Public Health Statistics 2016, Strategy and Planning Division, Ministry of Public Health, Nonthaburi, 148 p. (in Thai)
- [3] Information and Communication Technology Center Ministry of Public Health, Health Data Center (HDC) , Available Source: https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/page.php?cat_id=b2b59e64c4e6c92d4b1ec16a599d882b, December 29, 2017. (in Thai)
- [4] District Information Service Center, Mueang Lamphun District Lamphun Province, Available Source: <http://www.amphoe.com/menu.php>, October 7, 2017. (in Thai)
- [5] Mongkolchaipak, T., Pichayapai boon, S. and Sangviroon, A., 2015, Factors affecting medication adherence of diabetic patients at Police General Hospital, Thai J. Pharm. Pract. 7(1): 47-59. (in Thai)
- [6] Wunghanakorn, S., Phatidumrongkul, C. and Pranee, K., 2008, Factors affecting medication- taking behaviors of patients with hypertension, Songkla Med. J. 26(6): 539-547. (in Thai)
- [7] Health Education Division, Report Situation Health Behavior among Population Age 15 Year Old Up Overview All Over Thailand, Available Source: <http://drive.google.com/file/d/0B8pMAXL7oz8sNHL6NE1zMldTckk/view>, December 12, 2017. (in Thai)
- [8] Numkham, L., Piaseu, N., Panpakdee, O., Cunningham, S.L. and Chansatitporn N., 2015, Predictors of health outcomes in community dwellers with hypertension, Pacific Rim Int. J. Nurs. Res. 19: 135-149.
- [9] Kompilo, N., 2017, Knowledge, Attitude and Risk Behaviors of Stoke among People with Hypertension in Maeta Hospital Maeta Districe, Lampang Province, Thammasat University, Lampang, 102 p. (in Thai)
- [10] Vibhavadi Hospital. Hypertension in Patients with Diabetes Mellitus, Available Source: <http://www.vibhavadi.com/mediapop.php?id=87>, December 14, 2017. (in Thai)
- [11] Khlaihong, W., 2016, Factors Predicting Medication Adherence Behaviors among Older Adults with Type 2 Diabetes, Mahidol University, Bangkok, 134 p. (in Thai)
- [12] Lhakhaiw, A., 2014, Health Literacy and Factors Related to Medication among Patients with Hypertension Ban Piang Luang Subdistrict Health Promoting Hospital, Chiang Mai Province, University

- of Phayao, Phayao, 62 p. (in Thai)
- [13] Kansomwan, A., 2014, Health Literacy and Factors Predicting Medication Refill Adherence Among Essential Hypertensive Out- Patients Fort Khunchueangthammikarat Hospital, Phayao Province, University of Phayao, Phayao, 61 p. (in Thai)
- [14] Laloon, P., 2011, Self-care Behavior of Hypertensive Patients at Out Patient Department of HRH Princess MahaChakri Sirindhorn Medical Center, Srinakharinwirot University, Bangkok, 143 p. (in Thai)
- [15] Kaedumkoeng, K. and Trepetchsriurai, N., 2013, Health Literacy, 3th Ed., The Agricultural Co-operative Federation of Thailand., Ltd., Bangkok, 74 p. (in Thai)
- [16] Petprayoon, S., Wattanakitkileart, D., Pongthavornkamol, K. and Peerapatdit, T., 2014, The influence of perceived severity, health literacy, and family support on self-care behavior of patients with, J. Nurs. Sci. Chulalongkorn Univ. 26(1): 38-51. (in Thai)
- [17] Ginggeaw, S. and Prasertsri, N., 2015, The relationship between health literacy and health behaviors among older adults who have multi-morbidity, Nurs. J. Minist. Publ. Health 25(3): 43-54. (in Thai)
- [18] Hongkrajok, H., 2016, Influences of Health Literacy, Perceived Self- efficacy, and Patient-health Care Provider Communication on Self-care Behaviors among Patients, Burapha University, Chonburi, 93 p. (in Thai)
- [19] Faul, F., Erdfelder, E., Lang, AG. And Buchner, A., 2007, G*Power3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences, Behav. Res. Methods 39: 175-191.
- [20] Wirutchai, N., 2012, The Correct Method and Modern for Sample Size Criteria, Documentation for The Lecture, National Research Council of Thailand (NRCT), Bangkok, 10 p. (in Thai)
- [21] Cheypho, K., 2016, A Study of The Factors Influencing Metabolic Syndrome Preventive Behaviors Applying the Theory of Planned Behavior Among Working Adults 21-35 Years of Age in Bangkok, Thailand, Thammasat University, Pathum Thani, 102 p. (in Thai)
- [22] Tanasugarn, C. and Neelapaichit, N., 2015, The Development of Health Literacy Assessment Tools for Patient Diabetes mellitus and Hypertensio, Department of Health Service Support, Nonthaburi, 52 p. (in Thai)
- [23] Sangkhawan, P., 2012, Factors Affecting Medication Taking Behaviors in Hypertensive Patients at Maenawang Subdistrict, Maeai District, Chiangmai Province, University of Phayao, Phayao, 80 p. (in Thai)
- [24] Sangprasert, P. and Wiroj, J., 2015, The predictive factors of health promotion

- behaviors among a population living in The Urban Community of Metropolitan Bangkok, Thai Sci. Technol. J. 23(1): 113-126. (in Thai)
- [25] Bains, S.S. and Egede, L.E., 2011, Associations between health literacy, diabetes knowledge, self-care behaviors, and glycemic control in a low income population with type 2 diabetes, Diabetes Technol. Ther. 13: 335-41.
- [26] Lee, Y.M., Yu, H.Y., You, M.A. and Son, Y.J., 2017, Impact of health literacy on medication adherence in older people with chronic diseases, Collegian 24: 11-18.
- [27] Wallace, A.S., Carlson, J.R., Malone, R.M., Joyner, J. and Dewalt, D.A., 2010, The influence of literacy on patient-reported experiences of diabetes self-management support, Nurs. Res. 59: 356-63.
- [28] Chen, A. M. , Yehel, K. S. , Plake, K. S. , Murawski, M.M. and Mason, H.L., 2011, Health literacy and self-care of patients with heart failure, J. Cardiovasc. Nurs. 26: 446-451.
- [29] Riangkarn, C. , Wattanakitkriear, D. , Ketcham, A. and Sriwijitkamol, A., 2015, Health literacy, self-efficacy, age and visual acuity predicting on self-care behaviors in patients with type 2 diabetes, J. Nurs. Sci. 3(4): 35-46. (in Thai)
- [30] Ngasangsai, P. , Sornseeyon, P. and Phattarabenjapol, S., 2014, A case study of health literacy of village health volunteers, Isan J. Pharm. Sci. 9(suppl.): 82-87. (in Thai)