

บทความวิจัย (Research Article)

ความรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

Health Literacy of Chronic Kidney Disease Patients

เพชรรัตน์ เจิมรอด<sup>1</sup> และนวลักษณ์ กลางบุรีรัมย์<sup>2\*</sup>

Petcharat Jermrod<sup>1</sup>, and Nawalak Klangburam<sup>2\*</sup>

วันที่รับบทความ (Received) วันที่ได้รับบทความฉบับแก้ไข (Revised) วันที่ตอบรับบทความ (Accepted)

22 พฤษภาคม 2565

23 มิถุนายน 2565

24 มิถุนายน 2565

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความรู้ด้านสุขภาพ และเปรียบเทียบความรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง จำแนกตามเพศ อายุ การศึกษา รายได้ และภูมิฐานะ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ 3b-ระยะ 4 จำนวน 1,200 คน เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน และนำไปทดลองใช้ มีค่าความเชื่อมั่น 0.93 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน t-test และ One-way ANOVA ผลการศึกษา พบว่า 1) ความรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาความรู้ด้านสุขภาพรายด้าน พบว่า ด้านความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพด้านการเข้าถึงข้อมูล ด้านการสื่อสารข้อมูล ด้านการตัดสินใจ และด้านการจัดการตนเอง อยู่ในระดับปานกลาง ส่วนด้านความรู้เท่าทันสื่ออยู่ในระดับต่ำ 2) การเปรียบเทียบความรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง พบว่า อายุ การศึกษา รายได้ และภูมิฐานะที่ต่างกัน จะมีความรู้ด้านสุขภาพแตกต่างกัน

คำสำคัญ : ความรู้ด้านสุขภาพ, โรคไตเรื้อรัง, ผู้ป่วย

<sup>1</sup> ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร., คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต E-mail : petcharat\_jer@dusit.ac.th

<sup>2</sup> นักวิจัย วิทยาลัยวิทยาการวิจัยและวิทยาการปัญญา มหาวิทยาลัยบูรพา E-mail : ring1505@gmail.com

## Abstract

The objectives of this study were; 1) to study the level of health literacy of chronic kidney disease patients 2) to compare the level of health literacy of chronic kidney disease patients considered each aspect at age, gender, education, income and region. The sample was 1,200 chronic kidney disease patients with stage 3b-stage 4. The instrument used in the second step was a questionnaire on health literacy and health status of patients with chronic kidney disease. The quality of the tool was examined by 5 experts and used to test it with a confidence of 0.93. The statistics method used for analysis were percentage, mean, standard deviation, t-test, and One-Way ANOVA. The results of this study indicated that 1) health literacy of chronic kidney disease patients were at the moderate level. When considering the health literacy in each aspect, it was found that the knowledge and understanding of health, accessing to health information, health information communication, health information assessment and applying knowledge about health were in the moderate level but media literacy was in the low level. 2) There was a significant difference at 0.05 level of the health literacy of chronic kidney disease patients in age, education, income and region.

**Keywords:** Health Literacy, Chronic Kidney Disease, Patients

## บทนำ

โรคไตเรื้อรัง (Chronic Kidney Disease: CKD) เป็นปัญหาทางสุขภาพของประชากรโลกที่มีความชุกเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วจนทั่วโลกตระหนักว่าเป็นโรคภาระ สำหรับประเทศไทย ผลการสำรวจในปี พ.ศ. 2552 ความชุกของโรคไตเรื้อรังเท่ากับร้อยละ 17.5 ของประชากร<sup>(1)</sup> ผลกระทบที่เกิดจากผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่เด่นชัดที่สุดเป็นภาระด้านเศรษฐกิจในการดูแลสุขภาพ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) รายงานข้อมูลผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายในสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่มีอยู่ประมาณ 50,000 ราย แบ่งออกเป็นผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง ประมาณ 30,000 ราย และ ผู้ป่วยที่ฟอกไตด้วยเครื่องฟอกไตเทียมประมาณ 20,000 ราย ต้องใช้งบประมาณในการดูแลรักษากว่า 20,000 ล้านบาทต่อปี อีกทั้งผู้ป่วยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นต่อเนื่องร้อยละ 15-20 ต่อปี หากไม่มีการแก้ไขคาดว่าในอีก 5 ปีข้างหน้าจะมีผู้ป่วยเพิ่มขึ้นเป็นกว่า 2 แสนราย และต้องใช้

งบประมาณในการดูแลรักษาสูงกว่า 4 หมื่นล้านบาทต่อปี<sup>(1)</sup> เป้าหมายสำคัญของการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี และลดภาระทางเศรษฐกิจของผู้ป่วยและครอบครัว คือ การชะลอสภาพความเสื่อมถอยของไตและการดำเนินโรคให้ช้าที่สุด การบรรลุเป้าหมายเช่นนั้น ผู้ป่วยต้องมียุทธศาสตร์ที่ดีในการดูแลตนเอง จากการศึกษาของ Jain and Green<sup>(2)</sup> พบว่า ผู้ป่วยที่เป็นโรคไตเรื้อรังมีผลกระทบเชิงลบด้านสุขภาพมากขึ้น เนื่องจากผู้ป่วยมีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่จำกัด ดังนั้นการเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพจึงเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

แนวคิดเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ปรากฏครั้งแรกในเอกสารประกอบการสัมมนาทางวิชาการด้านสุขศึกษาในปี ค.ศ. 1974<sup>(3)</sup> และได้รับความสนใจในการศึกษาและทำวิจัยอย่างแพร่หลายมากขึ้น โดยมีนักวิชาการกำหนดนิยามไว้อย่างหลากหลาย กระทรวงสาธารณสุข (World Health Organization: WHO) ให้นิยามความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ว่าเป็นทักษะต่างๆ ทางการเรียนรู้และทางสังคม ซึ่งเป็นตัวกำหนดแรงจูงใจและความสามารถของปัจเจกบุคคลในการที่จะส่งเสริมและบำรุงรักษาสุขภาพของตนเองให้ดียิ่งขึ้น<sup>(4)</sup> ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นสมรรถนะของบุคคลในการเข้าถึง เข้าใจ ประเมินข้อมูลและสื่อสารด้านสุขภาพตามความต้องการเพื่อส่งเสริมสุขภาพและคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดีตลอดชีวิต กองสุศึกษากรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ได้จำแนกองค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพ เป็น 6 องค์ประกอบ ตามแนวคิดของ ดอน นัทปิม ดังนี้ 1) ความรู้ ความเข้าใจ (Cognitive) 2) การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ (Access) 3) ทักษะการตัดสินใจ (Decision skill) 4) ทักษะการสื่อสาร (Communication skill) 5) การจัดการตนเอง (Self-management) และ 6) การรู้เท่าทันสื่อ (Media literacy)<sup>(5)</sup>

การศึกษาในอดีตที่ผ่านมา พบว่า การที่จะสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพนั้น ขึ้นอยู่กับความพร้อมภายในตัวบุคคล ดังนั้น จึงทำให้เกิดประเด็นปัญหาและข้อจำกัดในการเพิ่มศักยภาพบุคคลที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยง หรือผู้ที่มีโรคประจำตัว ตัวอย่างเช่น การศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในกรุงเทพมหานครและปริมณฑล ที่พบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับพอใช้ แต่ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ในด้านการรู้เท่าทันสื่ออยู่ในระดับไม่ดี<sup>(6)</sup> การศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพในพระสงฆ์สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงพบว่าพระสงฆ์มีความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง<sup>(7)</sup> หรือการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคอ้วนของนักศึกษาปริญญาตรีในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑลที่พบว่า นักศึกษามีความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านความรู้ความเข้าใจ

ในการป้องกันโรคอ้วนและด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพอยู่ในระดับมาก ส่วนด้านการรู้เท่าทันสื่อในการป้องกันโรคอ้วน ด้านทักษะการสื่อสารในการป้องกันโรคอ้วน ด้านการจัดการตนเองในการป้องกันโรคอ้วน และด้านการตัดสินใจในการป้องกันโรคอ้วนอยู่ในระดับปานกลาง<sup>(8)</sup>

นอกจากการศึกษาระดับความรู้ด้านสุขภาพของบุคคลในกลุ่มเสี่ยงหรือกลุ่มที่มีโรคประจำตัวแล้ว การศึกษาของ Baker et al.<sup>(9)</sup> และ Schillinger et al.<sup>(10)</sup> พบว่า บุคคลที่มีความรอบรู้ทางสุขภาพเพียงพอจะมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมและมีผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีกว่าบุคคลที่มีความรอบรู้ทางสุขภาพที่ไม่เพียงพอ ซึ่งการที่บุคคลมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับต่ำจะมีผลต่อการเพิ่มอัตราการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อยขึ้น โดยเฉพาะการใช้บริการฉุกเฉิน และมีอัตราการตายเพิ่มสูงขึ้น แต่หากมีความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐานในระดับสูงหรือในระดับที่เพียงพอ (Adequate) จะทำให้เกิดผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพที่ดี (Health outcome) เช่น มีภาวะสุขภาพที่ดี ลดอัตราการป่วย ลดอัตราการเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลและลดค่าใช้จ่ายทางสุขภาพ เป็นต้น

ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาความรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง เพื่อทราบถึงระดับความรู้ด้านสุขภาพ ความแตกต่างของระดับความรู้ด้านสุขภาพในด้านต่างๆ เพื่อเป็นข้อมูลเบื้องต้นในการหาแนวทางพัฒนาผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังให้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีความมั่นใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้สำเร็จตามเป้าหมาย และสามารถดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่อง

## 1. วัตถุประสงค์ของการวิจัย

- 1.1 เพื่อศึกษาระดับความรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง
- 1.2 เพื่อเปรียบเทียบระดับความรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังจำแนกตามเพศ อายุ การศึกษา รายได้ และภูมิถิ่น

## 2. วิธีดำเนินการวิจัย

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ที่ใช้ในการวิจัย

2.1 ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ระยะ 3b-ระยะ 4 สัญชาติไทย มีประวัติการรักษาในสถานพยาบาลของรัฐไม่ต่ำกว่า 1 ปี

2.2 กลุ่มตัวอย่างกำหนดที่ร้อยละ 2 ของจำนวนประชากร<sup>(11)</sup> จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายตามการรายงานของกระทรวงสาธารณสุข (50,000 คน) ได้จำนวนอาสาสมัคร 1,000

คน และเพื่อป้องกันข้อมูลสูญหายหรือไม่สมบูรณ์จึงเพิ่มจำนวนอีกร้อยละ 20 (200 คน) รวมอาสาสมัครทั้งหมด 1,200 คน (โดยแบ่งจำนวนอาสาสมัครตามจังหวัดตัวแทนพื้นที่ 6 ภาคของประเทศไทย ภาคละ 2 จังหวัด รวม 12 จังหวัด ได้แก่ ภาคเหนือ จังหวัดพิษณุโลกและจังหวัดเชียงราย ภาคตะวันออกเฉียงเหนือจังหวัดสุรินทร์และจังหวัดขอนแก่น ภาคกลางจังหวัดปทุมธานี และจังหวัดสระบุรี ภาคตะวันออก จังหวัดฉะเชิงเทราและจังหวัดตราด ภาคตะวันตก จังหวัดเพชรบุรีและจังหวัดประจวบคีรีขันธ์ ภาคใต้ จังหวัดสงขลาและจังหวัดสุราษฎร์ธานี คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจังหวัดละ 100 คน

### 3. ตัวแปรที่ใช้การวิจัย

3.1 ตัวแปรอิสระ ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ และภูมิลำเนา

3.2 ตัวแปรตาม คือ ระดับความรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ประกอบด้วย 6 ด้าน คือ 1) ด้านความรู้ความเข้าใจ 2) ด้านการเข้าถึงข้อมูล 3) ด้านการตัดสินใจ 4) ด้านการสื่อสารข้อมูล 5) ด้านการจัดการตนเอง และ 6) ด้านการรู้เท่าทันสื่อ

### 4. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โดยลักษณะคำถามแบ่งออกเป็น 2 ตอน ดังต่อไปนี้

**ตอนที่ 1** ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ และภูมิลำเนา โดยลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบเลือกตอบ (Check List)

**ตอนที่ 2** ความรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง จำนวน 40 ข้อ โดยมีรายละเอียดดังนี้

1) ด้านความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพ ข้อคำถาม 10 ข้อ เป็นคำถามแบบถูกผิด รวม 10 คะแนน

2) ด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ ข้อคำถาม 7 ข้อ เป็นคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ รวม 35 คะแนน

3) ด้านการประเมินข้อมูลสุขภาพ ข้อคำถาม 6 ข้อ เป็นคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ รวม 30 คะแนน

4) ด้านการสื่อสารข้อมูลสุขภาพ ข้อคำถาม 6 ข้อ เป็นคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ รวม 30 คะแนน

5) ด้านการจัดการตนเอง ข้อคำถาม 6 ข้อ เป็นคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ รวม 30 คะแนน

6) ด้านการรู้เท่าทันสื่อสุขภาพ ข้อคำถาม 5 ข้อ เป็นคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ รวม 25 คะแนน

เกณฑ์ในการแปลผลคะแนนความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้ช่วงคะแนน น้อยกว่าร้อยละ 60 ของคะแนนเต็ม อยู่ในระดับต่ำ

ช่วงคะแนน ระหว่างร้อยละ 60-79 ของคะแนนเต็ม อยู่ในระดับปานกลาง

ช่วงคะแนน มากกว่าร้อยละ 80 ของคะแนนเต็ม อยู่ในระดับสูง

ผู้วิจัยทำการตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยนำแบบสอบถามไปให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบจำนวน 5 ท่าน จากนั้นนำผลที่ได้มาหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item-Objective Congruence: IOC) ซึ่งพิจารณาค่าที่มากกว่า 0.6 ขึ้นไป แล้วนำแบบสอบถามที่ได้ไปปรับแก้ตามที่คุณเชี่ยวชาญเสนอแนะ นำไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างเดียวกับการวิจัยครั้งนี้จำนวน 30 คน รวบรวมข้อมูลทั้งหมดแล้ววิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถามด้วยการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา ( $\alpha$ -coefficient) ตามวิธีการของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) มีค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเท่ากับ 0.93

## 5. การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลตามขั้นตอนต่อไปนี้ คือ

5.1 ผู้วิจัยเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยประสานงานกับผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่จังหวัดเป้าหมายทั้ง 12 จังหวัด ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย

5.2 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มผู้ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ คือ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ 3b-ระยะ 4 จังหวัดละ 100 คน รวมทั้งหมด 1,200 คน

5.3 ดำเนินการเข้าเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างทั้ง 12 จังหวัด โดยขอความร่วมมือจากผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในการตอบแบบสอบถาม ซึ่งผู้ป่วยตอบแบบสอบถามด้วยความสมัครใจ ใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 20-30 นาที

5.4 หลังจากผู้ป่วยตอบแบบสอบถามเรียบร้อยแล้วผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ได้มาตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์เพื่อนำแบบสอบถามที่ได้ไปใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลได้แบบสอบถามจำนวนทั้งสิ้น 1,200 ชุด

## 6. สถิติที่ใช้ในการวิจัย

6.1 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปและระดับการรู้เท่าทันสื่อของกลุ่มตัวอย่าง คือ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

6.2 สถิติที่ใช้ในการเปรียบเทียบระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง จำแนกตาม เพศ โดยใช้สถิติ t-test และจำแนกตาม อายุ การศึกษา รายได้ และภูมิภาค โดยใช้ในการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-way ANOVA)

## 7. ผลการวิจัยและอภิปรายผล

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล มีรายละเอียด ดังนี้

7.1 ข้อมูลทั่วไป จากการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ส่วนใหญ่เป็นผู้หญิง จำนวน 697 คน (ร้อยละ 58.08) เพศชาย จำนวน 503 คน (ร้อยละ 41.92) ช่วงอายุที่มากที่สุด คือ อายุ 45-59 ปี จำนวน 412 คน (ร้อยละ 34.33) รองลงมาคือ อายุ 60-69 ปี จำนวน 399 คน (ร้อยละ 33.25) และ อายุ 70-75 ปี จำนวน 389 คน (ร้อยละ 32.42) ตามลำดับ การศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด จำนวน 727 คน (ร้อยละ 60.58) รองลงมาคือ ระดับมัธยมศึกษา จำนวน 309 คน (ร้อยละ 25.75) และ ระดับปริญญาตรี จำนวน 83 คน (ร้อยละ 6.92) ส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 5,000-9,999 บาท จำนวน 397 คน (ร้อยละ 33.08) รองลงมาคือ รายได้น้อยกว่า 5,000 บาท จำนวน 248 คน (ร้อยละ 20.67) และ รายได้ 10,000-14,999 บาท จำนวน 222 คน (ร้อยละ 18.50)

### ตารางที่ 1: ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	M	SD	แปลผล
ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพ	6.34	1.93	ปานกลาง
การเข้าถึงข้อมูล	22.06	5.68	ปานกลาง
การประเมินข้อมูล	18.01	5.43	ปานกลาง
การสื่อสารข้อมูล	22.67	3.29	ปานกลาง

การจัดการตนเอง	19.58	3.12	ปานกลาง
การรู้เท่าทันสื่อสุขภาพ	14.90	3.09	ต่ำ
รวม	103.57	16.82	ปานกลาง

7.2 ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ดังแสดงในตารางที่ 1 ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีคะแนนเฉลี่ย ความรอบรู้ด้านสุขภาพ 103.57 ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพใน ด้านความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพ 6.34 คะแนน อยู่ในระดับปานกลาง คะแนนความรอบรู้ด้าน สุขภาพในด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ 22.06 คะแนน อยู่ในระดับปานกลาง คะแนนความรอบรู้ ด้านสุขภาพในด้านการตัดสินใจ 18.01 คะแนน อยู่ในระดับปานกลาง คะแนนความรอบรู้ด้าน สุขภาพในด้านการสื่อสารข้อมูล 22.67 คะแนน อยู่ในระดับปานกลาง คะแนนความรอบรู้ด้าน สุขภาพในด้านการนำความรู้เกี่ยวกับสุขภาพไปใช้ 19.58 คะแนน อยู่ในระดับปานกลาง และ คะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพในด้านการรู้เท่าทันสื่อสุขภาพ 14.90 คะแนน อยู่ในระดับต่ำ

**ตารางที่ 2:** ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพจำแนกตามเพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ และ ภูมิภาค

	ความรู้ความเข้าใจ		การเข้าถึงข้อมูล		การประเมินข้อมูล		การสื่อสารข้อมูล		การจัดการตนเอง		การรู้เท่าทันสื่อ		ภาพรวม		แปลผล
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	
ชาย	6.50	1.92	22.42	5.49	17.77	5.21	22.29	3.09	19.40	3.09	14.78	2.98	103.16	16.32	ปานกลาง
หญิง	6.23	1.94	21.80	5.80	18.18	5.59	22.94	3.41	19.72	3.14	15.00	3.16	103.86	17.18	ปานกลาง
45-59 ปี	6.62	1.97	23.99	5.10	18.57	5.18	23.03	3.38	19.77	2.96	15.17	3.00	107.14	16.33	ปานกลาง
60-69 ปี	6.33	1.82	22.13	5.48	18.35	5.41	22.70	3.14	19.46	2.88	15.11	3.02	104.08	15.83	ปานกลาง
70-75 ปี	6.06	1.97	19.95	5.74	17.06	5.60	22.26	3.31	19.51	3.50	14.41	3.19	99.25	17.40	ปานกลาง
ไม่ได้รับ การศึกษา	5.61	1.87	17.70	5.49	13.46	5.51	20.59	3.16	18.46	3.17	12.73	3.05	88.54	16.27	ต่ำ
ประถมศึกษา	6.09	1.95	21.00	4.75	17.83	4.72	22.51	3.18	19.43	2.75	14.71	2.77	101.56	14.65	ปานกลาง
มัธยมศึกษา	6.76	2.06	24.17	4.17	18.76	4.94	22.94	3.36	19.66	2.92	15.22	2.81	107.50	14.24	ปานกลาง
ปริญญาตรี	7.57	1.70	26.72	5.39	20.29	6.67	24.42	3.22	21.34	3.17	16.89	3.12	117.23	17.82	ปานกลาง
สูงกว่า ปริญญาตรี	6.91	1.45	25.73	6.17	20.09	5.24	26.00	3.39	21.36	3.52	17.82	3.23	117.91	16.74	ปานกลาง
น้อยกว่า 5000 บาท	5.91	1.75	21.40	6.41	18.11	6.23	21.69	3.12	19.53	3.38	14.81	3.55	101.46	18.32	ปานกลาง



	ความรู้ความเข้าใจ		การเข้าถึงข้อมูล		การประเมินข้อมูล		การสื่อสารข้อมูล		การจัดการตนเอง		การรู้เท่าทันสื่อ		ภาพรวม		แปลผล
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	
5,000-9,999 บาท	6.22	1.85	21.31	5.44	17.60	5.53	22.57	3.36	19.54	3.12	14.47	2.82	101.72	16.39	ปานกลาง
10,000-14,999 บาท	6.40	1.90	21.78	5.18	17.97	5.11	22.48	3.05	19.31	3.18	14.85	3.10	102.78	16.09	ปานกลาง
15,000-19,999 บาท	6.43	2.08	23.01	5.51	18.07	4.51	23.30	3.55	19.38	2.53	15.00	2.69	105.18	15.45	ปานกลาง
20,000-24,999 บาท	7.24	2.05	24.57	4.95	19.27	4.60	23.85	3.07	20.40	2.84	16.08	2.87	111.41	14.74	ปานกลาง
มากกว่า 25,000 บาท	6.80	2.11	23.66	5.58	18.19	5.43	23.90	2.97	20.02	3.22	15.75	3.14	108.33	16.97	ปานกลาง
ภาคเหนือ	6.19	2.06	20.73	5.97	16.14	4.75	21.52	3.56	18.52	3.27	13.94	2.77	97.03	16.13	ปานกลาง
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	6.73	1.72	23.02	5.99	20.36	5.50	21.81	3.25	19.60	3.36	15.60	3.23	107.10	16.86	ปานกลาง
ภาคกลาง	6.27	1.67	21.82	6.02	16.64	5.91	22.54	2.89	18.94	3.08	14.96	3.69	101.16	18.32	ปานกลาง
ภาคใต้	5.57	2.40	21.67	4.76	17.68	4.38	23.06	3.19	19.24	2.81	14.57	2.59	101.77	14.88	ปานกลาง
ภาคตะวันออก	6.69	1.89	24.63	5.19	21.10	5.35	23.09	3.26	21.92	2.90	16.54	2.69	113.96	14.36	ปานกลาง
ภาคตะวันตก	6.62	1.48	20.51	5.00	16.13	4.24	24.01	2.94	19.29	1.94	13.83	2.53	100.39	14.65	ปานกลาง
รวม	6.34	1.93	22.06	5.68	18.01	5.43	22.67	3.29	19.58	3.12	14.90	3.09	103.57	16.82	ปานกลาง

จากตารางที่ 2 พบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่เป็นหญิงมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 103.86 ส่วนเพศชายมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 103.16 อยู่ในระดับปานกลาง

ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีระดับการศึกษาสูงกว่าปริญญาตรี มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 117.91 ผู้ป่วยที่มีการศึกษาระดับปริญญาตรี มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 117.23 ผู้ป่วยที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 107.50 ผู้ป่วยที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 101.56 อยู่ในระดับปานกลาง และ ผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการศึกษา มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 88.54 อยู่ในระดับต่ำ

ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีรายได้ระหว่าง 20,000-24,999 บาท มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 111.41 อยู่ในระดับปานกลาง ผู้ป่วยที่มีรายได้มากกว่า 25,000 บาท มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 108.33 ผู้ป่วยที่มีรายได้ระหว่าง 15,000-19,999 บาท มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 105.18 ผู้ป่วยที่มีรายได้ระหว่าง

10,000-14,999 บาท มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 102.78 ผู้ป่วยที่มีรายได้ระหว่าง 5,000-9,999 บาท มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 101.72 และ ผู้ป่วยที่มีรายได้น้อยกว่า 5,000 บาท มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 101.46 อยู่ในระดับปานกลาง

ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีภูมิลำเนาอยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 113.96 อยู่ในระดับปานกลาง ผู้ป่วยที่มีภูมิลำเนาอยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 107.10 ผู้ป่วยที่มีภูมิลำเนาอยู่ในภาคใต้ มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 101.77 ผู้ป่วยที่มีภูมิลำเนาอยู่ในภาคกลาง มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 101.16 ผู้ป่วยที่มีภูมิลำเนาอยู่ในภาคตะวันตก มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 100.39 และ ผู้ป่วยที่มีภูมิลำเนาอยู่ในภาคเหนือ มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 97.03 อยู่ในระดับปานกลาง

7.3 เปรียบเทียบความรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง มีรายละเอียด ดังนี้

**ตารางที่ 3:** การเปรียบเทียบความรู้ด้านสุขภาพจำแนกตามเพศ

ความรู้ด้านสุขภาพ	t-test for Equality of Mean				t	p
	ชาย		หญิง			
	Mean	SD.	Mean	SD.		
1. ความรู้ความเข้าใจ	6.50	1.92	6.23	1.94	2.449	.014*
2. การเข้าถึงข้อมูล	22.42	5.49	21.80	5.80	1.871	.062
3. การประเมินข้อมูล	17.77	5.21	18.18	5.59	-1.303	.193
4. การสื่อสารข้อมูล	22.29	3.09	22.94	3.41	-3.366	.001*
5. การจัดการตนเอง	19.40	3.09	19.72	3.14	-1.770	.077
6. การรู้เท่าทันสื่อ	14.78	2.98	15.00	3.16	-1.209	.227
รวม	103.16	16.32	103.86	17.18	2.449	.475

\*  $p < 0.05$

จากตารางที่ 3 พบว่า ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังเพศชายและเพศหญิงมีระดับความรู้ด้านสุขภาพไม่แตกต่างกัน แต่เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านความรู้ความเข้าใจ และด้านการสื่อสารข้อมูลแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 4: การเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพจำแนกตามอายุ

รายการ	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	12868.668	2	6434.334	23.534	.000*
1. ความรู้ความเข้าใจ	65.308	2	32.654	8.835	.000*
2. การเข้าถึงข้อมูล	3274.281	2	1637.141	55.335	.000*
3. การประเมินข้อมูล	120.471	2	60.235	5.599	.004*
4. การสื่อสารข้อมูล	522.633	2	261.316	8.970	.000*
5. การจัดการตนเอง	23.278	2	11.639	1.194	.304
6. การรู้เท่าทันสื่อ	137.288	2	68.644	7.272	.001*

\* p &lt; 0.05

จากตารางที่ 4 พบว่า ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีอายุแตกต่างกันจะมีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพแตกต่างกัน เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านความรู้ความเข้าใจ ด้านการเข้าถึงข้อมูล ด้านการสื่อสารข้อมูล ด้านการประเมินข้อมูล และด้านการรู้เท่าทันสื่อแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 ส่วนด้านการจัดการตนเองไม่แตกต่างกัน

ตารางที่ 5: การเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพจำแนกตามระดับการศึกษา

รายการ	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	41469.116	5	8293.823	33.245	.000*
1. ความรู้ความเข้าใจ	270.893	5	54.179	15.383	.000*
2. การเข้าถึงข้อมูล	5545.802	5	1109.160	39.983	.000*
3. การประเมินข้อมูล	2132.286	5	426.457	15.309	.000*
4. การสื่อสารข้อมูล	739.651	5	147.930	14.409	.000*
5. การจัดการตนเอง	398.078	5	79.616	8.414	.000*
6. การรู้เท่าทันสื่อ	811.710	5	162.342	18.255	.000*

\* p &lt; 0.05

จากตารางที่ 5 พบว่า ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกันจะมีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพแตกต่างกัน เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านความรู้ความเข้าใจ ด้านการเข้าถึงข้อมูล ด้านการประเมินข้อมูล ด้านการสื่อสารข้อมูล ด้านการจัดการตนเอง และด้านกรู้เท่าทันสื่อแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

**ตารางที่ 6:** การเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพจำแนกตามรายได้

รายการ	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	10911.518	5	2182.304	7.934	.000*
1. ความรู้ความเข้าใจ	149.644	5	29.929	8.259	.000*
2. การเข้าถึงข้อมูล	1315.886	5	263.177	8.413	.000*
3. การประเมินข้อมูล	219.323	5	43.865	1.489	.190
4. การสื่อสารข้อมูล	586.801	5	117.360	11.291	.000*
5. การจัดการตนเอง	104.064	5	20.813	2.144	.058
6. การรู้เท่าทันสื่อ	278.974	5	55.795	5.974	.000*

\*  $p < 0.05$

จากตารางที่ 6 พบว่า ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีรายได้แตกต่างกันจะมีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพแตกต่างกัน เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านความรู้ความเข้าใจ ด้านการเข้าถึงข้อมูล ด้านการสื่อสารข้อมูล และด้านกรู้เท่าทันสื่อแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 ส่วนด้านการประเมินข้อมูล และด้านการจัดการตนเองไม่แตกต่างกัน

**ตารางที่ 7:** การเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพจำแนกตามภูมิฐานะ

รายการ	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	36458.194	5	7291.639	28.744	.000*
1. ความรู้ความเข้าใจ	194.948	5	38.990	10.874	.000*
2. การเข้าถึงข้อมูล	2380.874	5	476.175	15.668	.000*

3. การประเมินข้อมูล	4815.754	5	963.151	37.610	.000*
4. การสื่อสารข้อมูล	840.734	5	168.147	16.515	.000*
5. การจัดการตนเอง	1443.857	5	288.771	33.632	.000*
6. การรู้เท่าทันสื่อ	1070.854	5	214.171	24.685	.000*

\*  $p < 0.05$

จากตารางที่ 7 พบว่า ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีภูมิลำเนาแตกต่างกันจะมีระดับความรู้ด้านสุขภาพแตกต่างกัน เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านความรู้ความเข้าใจ ด้านการเข้าถึงข้อมูล ด้านการประเมินข้อมูล ด้านการสื่อสารข้อมูล ด้านการจัดการตนเอง และด้านการรู้เท่าทันสื่อแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

### อภิปรายผลการวิจัย

ผลการศึกษาความรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง พบว่า ความรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Sudore et al.<sup>(12)</sup> ที่พบว่า ร้อยละ 24 ของผู้สูงอายุในรัฐเพนซิลเวเนีย ประเทศสหรัฐอเมริกา มีระดับความรู้ด้านสุขภาพในระดับต่ำ Federman et al.<sup>(13)</sup> พบว่า ร้อยละ 24.3 ของผู้สูงอายุในนครนิวยอร์ก ประเทศสหรัฐอเมริกา มีระดับความรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ และ Li et al.<sup>(14)</sup> พบว่า ร้อยละ 68.7 ของผู้สูงอายุจีนเชื้อสายเกาหลีที่อาศัยอยู่ที่เมือง Yanbian มีระดับความรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับสูง

การเปรียบเทียบความรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังจำแนกตามเพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ และภูมิลำเนา พบว่า ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังเพศชายและเพศหญิงมีระดับความรู้ด้านสุขภาพไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับงานวิจัยของ Jovic-Vranes et al.<sup>(15)</sup> ที่ศึกษาระดับความรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยในเบลเกรด พบว่า ผู้ป่วยเพศชายและเพศหญิงมีระดับความรู้ด้านสุขภาพแตกต่างกัน โดยเพศชายมีคะแนนความรู้ด้านสุขภาพมากกว่าเพศหญิง แต่การศึกษาของ Sudore et al.<sup>(12)</sup> และ von Wagner et al.<sup>(16)</sup> ที่พบว่า เพศชายมีระดับความรู้ด้านสุขภาพต่ำกว่าเพศหญิง

ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีอายุแตกต่างกัน มีระดับความรู้ด้านสุขภาพแตกต่างกัน จากผลการศึกษาที่พบว่า เมื่ออายุเพิ่มขึ้น คะแนนความรู้ด้านสุขภาพน้อยลง สามารถอธิบายได้ว่าอายุที่เพิ่มขึ้น ทำให้ความสามารถในการเรียนรู้ช้าลง บางรายอาจมีภาวะความจำเสื่อม หรืออาจมีความ

บกพร่องในการติดต่อสื่อสาร เช่น ได้ยินไม่ชัดเจน พูดซ้ำ และมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรม ซึ่งเกิดจากการประสานงานของกล้ามเนื้อในการควบคุมการเคลื่อนไหวลดลง ดังนั้น ผู้ที่มีอายุเพิ่มขึ้น จะส่งผลกระทบต่อความเข้าใจข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ การเข้าถึงหรือค้นคว้าข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ การสื่อสารกับบุคคลอื่น มีการตัดสินใจที่เหมาะสม การจัดการสุขภาพตนเอง และความสามารถเข้าถึงสื่อได้น้อยกว่าผู้ที่มีอายุน้อยกว่า สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Li et al.<sup>(14)</sup> และ Jovic-Vranes et al.<sup>(15)</sup> ที่พบว่า อายุเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับระดับความรู้ด้านสุขภาพ

ระดับการศึกษา เป็นตัวแปรที่ส่งผลกระทบต่อระดับความรู้ด้านสุขภาพ จากผลการศึกษาที่พบว่า ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา มัธยมศึกษา ปริญญาตรี และสูงกว่าปริญญาตรี มีคะแนนความรู้ด้านสุขภาพมากกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้เรียนหนังสือ สามารถอธิบายได้ว่าผู้ที่จบการศึกษาในระดับที่สูงกว่า จะมีโอกาสมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม มีการรับรู้ในด้านสุขภาพ และมีพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การทำความเข้าใจข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ การเข้าถึงหรือการค้นคว้าข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ ความสามารถในการสื่อสารกับบุคคลอื่น มีการตัดสินใจที่เหมาะสม สามารถจัดการสุขภาพของตนเอง และสามารถเข้าถึงสื่อได้ดีกว่าผู้ที่ไม่ได้เรียนหนังสือ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Jovic-Vranes et al.<sup>(15)</sup> ที่พบว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับระดับความรู้ด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยการศึกษาของ Sudore et al.<sup>(12)</sup> และ Gazmararian et al.<sup>(17)</sup> พบว่า ผู้ที่มีการศึกษาในระดับต่ำจะมีความรู้ด้านสุขภาพในระดับต่ำ และจากการศึกษาของ Sorensen<sup>(18)</sup> ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสุขภาพ ระดับศึกษา และความรู้ด้านสุขภาพ ในการสำรวจประชากรวัยผู้ใหญ่ชาวฮอลแลนด์ พบว่า ระดับการศึกษาที่สูงขึ้นจะมีแนวโน้มที่จะทำให้มีความรู้ด้านสุขภาพสูงขึ้นด้วย โดยที่คนที่มีความรู้ด้านสุขภาพต่ำจะมีแนวโน้มมีสุขภาพแย่กว่าคนที่มีการศึกษาสูง ดังนั้น จึงแสดงให้เห็นว่าระดับการศึกษามีความสำคัญต่อการที่จะมีสุขภาพดีด้วยเพราะคนที่ไม่รู้หนังสือจะเข้าใจสื่อสารสนเทศได้ยากหรือช้ากว่า

ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีรายได้แตกต่างกัน มีระดับความรู้ด้านสุขภาพแตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Sudore et al.<sup>(12)</sup> von Wagner et al.<sup>(16)</sup> และ Ozdemir et al.<sup>(19)</sup> ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ต่ำ จะมีระดับความรู้ด้านสุขภาพต่ำ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีภูมิฐานะแตกต่างกัน มีระดับความรู้ด้านสุขภาพแตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Brown<sup>(20)</sup> ที่ว่าบุคคลที่มีพื้นฐานทางวัฒนธรรม หรือภาษาแตกต่างกันจะเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพต่างกัน การใช้ภาษาที่ทำให้เข้าใจง่ายจะช่วยให้เกิดความเข้าใจและมีระดับความรู้ด้านสุขภาพที่สูงขึ้น

## สรุปผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการสำรวจระดับความรู้ด้านสุขภาพ และเปรียบเทียบความรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ซึ่งพบว่า ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีระดับความรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง และเมื่อเปรียบเทียบความรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง พบว่า อายุ การศึกษา รายได้ และภูมิลำเนาที่ต่างกัน จะมีความรู้ด้านสุขภาพแตกต่างกัน ส่วนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีเพศต่างกันมีระดับความรู้ด้านสุขภาพไม่แตกต่างกัน จากผลการวิจัยครั้งนี้ ควรที่จะมีการศึกษาวิธีการให้ความรู้หรือการจัดกิจกรรมในการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยแต่ละคน และควรมีการพัฒนา รูปแบบสื่อการสอนต่างๆ และวิธีการให้ข้อมูลทางสุขภาพกับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โดยใช้เนื้อหาและคำพูดที่เข้าใจง่าย ไม่ใช่ศัพท์เฉพาะทางการแพทย์ซึ่งยากต่อการเข้าใจ อธิบายตรงประเด็นอย่างสั้นและชัดเจน รวมทั้งเปิดโอกาสให้ซักถามและมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของตนเอง ซึ่งเป็นการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพให้มากขึ้น

## เอกสารอ้างอิง

1. ประเสริฐ ธนกิจจารุ. การรักษาความดันโลหิตสูงในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง. วารสารกรมการแพทย์. 2558; 40(5): 37-49.
2. Jain, D., & Green, J. A. (2016). Health literacy in kidney disease: Review of the literature and implications for clinical practice. *World journal of nephrology*. 2016; 5(2): 147.
3. Mancuso, J. M. (2009). Assessment and measurement of health literacy: an integrative review of the literature. *Nursing & health sciences*. 2009; 11(1): 77-89. doi/10.1111/j.1442-2018.2008.00408.x.
4. World Health Organization. Division of health promotion, education and Communications health education and health promotion unit. *Health Promotion Glossary*. 1998.
5. Nutbeam D. Health Literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International* 2000; 15(3): 259-67. doi: 10.1093/heapro/15.3.259

6. พงษ์ศิริ งามอัมพรนารา และสุจิตรา สุคนธ์ทรัพย์. ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในกรุงเทพมหานครและปริมณฑล. วารสารสุศึกษา พลศึกษา และสันตนาการ. 2563; 46(2): 68-79.
7. สุทธินันท์ คอตริงตัน, ศิริรัตน์ ปานอุทัย และทศพร คำผลศิริ. ความรอบรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองในพระสงฆ์สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง. พยาบาลสาร. 2564; 48(4): 268-280.
8. ศิริวรรณ ขอบธรรมสกุล. ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรม การป้องกันโรคอ้วนของนักศึกษาปริญญาตรีในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล. วารสารสหวิทยาการวิจัย: ฉบับบัณฑิตศึกษา. 2562: 8(1): 116-123.
9. Baker, D.W., Gazmararian, J.A., Williams, M.V., Scott, T., Parker, R. M., Green, D., Ren, J. Peel, J. Functional health literacy and the risk of hospital admission among Medicare managed care enrollees. American Journal of Public Health. 2002; 92(8): 1278-83. doi: 10.2105/ajph.92.8.1278
10. Schillinger, D., Grumbach, K., Piette, J., Wang, F., Osmond, D., Daher, C., Palacios, J., Sullivan, G.D. and Bindman, A.B. Association of health literacy with diabetes outcomes. Journal of the American Medical Association. 2002; 288: 475-482. doi: 10.1001/jama.288.4.475
11. สุวิมล ติรกาพันธ์. การประเมินโครงการ: แนวทางสู่การปฏิบัติ. กรุงเทพมหานคร: คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง. 2543.
12. Sudore, R.L., Mehta K.M., Simonsick E.M., Harris T.B., Newman A.B., Satterfield S., Rosano C., Rooks R.N., Rubin S.M., Ayonayon H.N., Yaffe K. Limited literacy in older people and disparities in health and healthcare access. J Am Geriatr Soc. 2006; 54(5): 770-6. doi: 10.1111/j.1532-5415.2006.00691.x.
13. Federman, A. D., Sano, M., Wolf, M. S., Siu, A. L., & Halm, E. A. Health literacy and cognitive performance in older adults. J Am Geriatr Soc. 2009; 57(8): 1475-80. doi: 10.1111/j.1532-5415.2009.02347.x
14. Li, C. Y., Lee, O., Shin, G. S., & Li, X. W. Health literacy and health status of Korean-Chinese elderly people living in Yanbian, China. J Korean Acad Nurs. 2009; 39(3): 386-92.



15. Jovic-Vranes, A., V. Bjegovic-Mikanovic, and J. Marinkovic. Functional health literacy among primary health care patients: data from the Belgrade pilot study. *J Public Health (Oxf)*. 2009. 31(4): 490-5.  
doi: 10.1093/pubmed/fdp049
16. Von Wagner, C., Knight, K., Steptoe, A., & Wardle, J. Functional health literacy and health promoting behaviour in a national sample of British adults. *J Epidemiol Community Health*. 2007; 61(12): 1086-90. doi: 10.1136/jech.2006.053967
17. Gazmararian, J.A., Baker, D.W., Williams, M.V., Parker, R.M., Scott, T.L., Green, D.C., Fehrenbach, S.N., Ren, J. and Koplan, J.P. Health literacy among Medicare enrollees in a managed care organization. *JAMA*. 1999; 281(6): 545-51. doi: 10.1001/jama.281.6.545.
18. Sorensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., & Brand, H. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC public health*. 2012; 12(1): 1-13. doi: 10.1186/1471-2458-12-80
19. Özdemir, H., Alper, Z., Uncu, Y., & Bilgel, N.G. Health literacy among adults: a study from Turkey. *Health Educ Res*. 2010; 25(3): 464-77. doi: 10.1093/her/cyp068
20. Brown, P Benjamin. Interpreting medicine: Lessons from a Spanish-Language Clinic. *Annals of Family Medicine*. 2014; 12(5): 473-474.  
doi: 10.1370/afm.1661