e17721

ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะแทรกซ้อนโรคไตเรื้อรัง จังหวัดลพบุรี

ชูพงษ์ คงเกษม, ส.ม.[*] ทัศพร ชูศักดิ์, ปร.ด.[**1] เฌอลินญ์ สิริเศรษฐ์ภพ, ส.ด.[***]

บทคัดย่อ

ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะแทรกซ้อนโรคไตเรื้อรังจำเป็นต้องมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองที่เหมาะสมเพื่อลดภาวะแทรกซ้อนของโรคไต การวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง รวมถึงปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมดังกล่าวของผู้ป่วยกลุ่มนี้ จังหวัดลพบุรี กลุ่มตัวอย่าง 173 ราย อายุ ≥ 40 ปี ที่มีค่า eGFR 30–59 mL/min/1.73 m² คัดเลือกด้วยการสุ่มแบบหลายขั้นตอน เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความตรงและความเชื่อมั่น (Cronbach's Alpha = 0.884-0.936, KR-20 = 0.795) วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา สหสัมพันธ์เพียร์สัน และการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 63.0) อายุเฉลี่ย 69.03 ปี ความรอบรู้ด้านสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง (เฉลี่ย 93.90 และ 79.92 คะแนน) ส่วนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองอยู่ในระดับปานกลาง (เฉลี่ย 72.49 คะแนน) การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนพบ 4 ตัวแปรที่มีผลอย่างมีนัยสำคัญ ได้แก่ ทักษะการตัดสินใจด้านสุขภาพ (β = .617, p < .001) การสนับสนุนทางสังคมด้านปฏิบัติการ (β = .257, p < .001) รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (β = .118, p = .012) และความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค (β = .093, p = .046) ร่วมกันอธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 64.7 (R^2 = .647, F(4, 168) = 76.81, p< .001)

การวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่าทักษะการตัดสินใจด้านสุขภาพเป็นปัจจัยที่มีผลสูงสุด โดยการสนับสนุนทางสังคมเชิงปฏิบัติ การมีผลเหนือกว่าการสนับสนุนด้านอารมณ์ซึ่งมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดแต่ไม่เข้าสมการ ผลการวิจัยสนับสนุนการบูรณาการความรอบรู้ด้านสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคมในการออกแบบโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองในระบบบริการปฐมภูมิ โดยเน้นการพัฒนาทักษะการตัดสินใจด้านสุขภาพเป็นแกนหลัก

คำสำคัญ : พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง, เบาหวานชนิดที่ 2, โรคไตเรื้อรัง, ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, การสนับสนุนทางสังคม

[*] นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาการจัดการระบบสุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ในพระบรมราชูปถัมภ์

[**] รองศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์

[***] ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์

[1]ผู้ประพันธ์บรรณกิจ: ทัศพร ชูศักดิ์, E-mail: thassaporn@vru.ac.th

ส่งเรื่อง: 12 พฤษภาคม 2569
แก้ไข: 14 กรกฎาคม 2569
อนุมัติตีพิมพ์: 15 กรกฎาคม 2569

Factors Affecting Self-Care Behaviors Among Patients with Type 2 Diabetes Mellitus and Chronic Kidney Disease in Lopburi Province

Chuphong Kongkasem, M.P.H.[*]

Thassaporn Chusak, Ph.D.[**1], Cherlyn Sirisetpop, Dr.P.H.[***]

Abstract

Patients with type 2 diabetes mellitus and chronic kidney disease require appropriate self-care behaviors to reduce renal complications. This cross-sectional analytical study aimed to examine the levels of health literacy, social support, and self-care behaviors, and the factors affecting these behaviors among such patients in Lopburi Province. A total of 173 patients aged ≥ 40 years with an eGFR of 30–59 mL/min/1.73 m² were recruited through multistage random sampling. Data were collected using a questionnaire with established validity and reliability (Cronbach's alpha = 0.884-0.936, KR-20 = 0.795) and analyzed using descriptive statistics, Pearson's correlation coefficient, and stepwise multiple regression.

Most participants were female (63.0%), with a mean age of 69.03 years. Health literacy and social support were at high levels (means of 93.90 and 79.92, respectively), whereas overall self-care behavior was at a moderate level (mean of 72.49). Stepwise multiple regression identified four significant factors: health decision-making skills (β = .617, $p < .001$), instrumental social support (β = .257, $p < .001$), average monthly income (β = .118, $p = .012$), and knowledge and understanding of the disease (β = .093, $p = .046$), which together explained 64.7% of the variance in self-care behavior ($R^2 = .647$, $F(4, 168) = 76.81$, $p < .001$).

This study demonstrates that health decision-making skills are the strongest factor affecting self-care behavior, with instrumental social support exerting a greater effect than emotional support, which had the highest mean score but did not enter the model. The findings support integrating health literacy and social support into the design of self-care promotion programs for this patient group within primary care services, emphasizing health decision-making skills as the core component.

Keywords : self-care behavior, type 2 diabetes mellitus, chronic kidney disease, health literacy, social support

[*]Doctor of Public Health Student in Health System Management, Valaya Alongkorn Rajabhat University under the Royal Patronage

[**]Associate Professor, Faculty of Public Health, Valaya Alongkorn Rajabhat University under the Royal Patronage

[***] Assistant Professor, Faculty of Public Health, Valaya Alongkorn Rajabhat University under the Royal Patronage

[1]Corresponding author: Thassaporn Chusak, E-mail: thassaporn@vru.ac.th

Submission: 12 May 2026

Revised: 14 July 2026

Publication: 15 July 2026

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

เบาหวานชนิดที่ 2 (Type 2 Diabetes Mellitus: T2DM) จัดเป็นวิกฤตการณ์ทางสาธารณสุขระดับโลกที่ทวีความรุนแรงขึ้นอย่างต่อเนื่อง สมาพันธ์เบาหวานนานาชาติ (International Diabetes Federation: IDF) รายงานข้อมูลปี ค.ศ. 2024 ว่า มีผู้ป่วยเบาหวานทั่วโลกสูงถึง 589 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 11.1 ของประชากรผู้ใหญ่ และคาดการณ์ว่าจะเพิ่มสูงขึ้นเป็น 853 ล้านคนภายในปี ค.ศ. 2050 โดยมากกว่าร้อยละ 90 ของผู้ป่วยทั้งหมดเป็นเบาหวานชนิดที่ 2[1] สำหรับประเทศไทย สถานการณ์การระบาดของโรคมีความน่ากังวลไม่แพ้กัน โดยความชุกของโรคเบาหวานในผู้ใหญ่เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 7.5 เป็นร้อยละ 10.1 ในช่วง พ.ศ. 2547-2563 อย่างไรก็ตาม ข้อมูลจากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยครั้งล่าสุดสะท้อนให้เห็นถึงข้อจำกัดในการดูแลรักษา โดยพบว่ามีผู้ป่วยเพียงร้อยละ 20.5 เท่านั้นที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c < ร้อยละ 7) ได้ตามเป้าหมายทางคลินิก[2] ความล้มเหลวในการควบคุมระดับน้ำตาลดังกล่าวเป็นปัจจัยหลักที่ส่งเสริมให้เกิดภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังตามมา

ภาวะแทรกซ้อนทางไตเป็นภาวะที่พบบ่อยและรุนแรงที่สุดอย่างหนึ่งในผู้ป่วยเบาหวาน Global Burden of Disease Study 2023 ระบุว่าโรคไตเรื้อรัง (CKD) เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 9 ของโลก ด้วยจำนวนผู้ป่วยกว่า 788 ล้านคน[3] ในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วย CKD ที่มีสาเหตุจากเบาหวานสูงกว่า 107 ล้านคน เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญจากปี ค.ศ. 1990[4] สำหรับบริบทไทย ปัญหาไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานเป็นประเด็นสำคัญในพื้นที่ภาคกลาง โดยการศึกษาในเขตสุขภาพที่ 4 จังหวัดพระนครศรีอยุธยา พบว่าพฤติกรรมการจัดการตนเอง การบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม รวมถึงการใช้ยา NSAIDs และยาสมุนไพร มีผลต่อการเกิดภาวะไตเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญ[5] สอดคล้องกับสถานการณ์ในจังหวัดลพบุรี ซึ่งข้อมูลจากระบบคลังข้อมูลสุขภาพ (HDC) ปีงบประมาณ 2568 รายงานผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนไตเรื้อรังมากกว่า 6,645 ราย โดยร้อยละ 62 อยู่ในระยะที่ 3 (CKD Stage 3: eGFR 30–59 mL/min/1.73 m²) ซึ่งเป็นช่วงที่ต้องการการดูแลเข้มข้นเพื่อชะลอการเสื่อมของไต ทั้งนี้ แนวทาง KDIGO 2024 เน้นย้ำว่าการจัดการด้วยยาไม่เพียงพอ แต่ต้องอาศัยโปรแกรมการจัดการตนเองเป็นรากฐานสำคัญ[6]

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy: HL) และการสนับสนุนทางสังคม (Social Support: SS) เป็นปัจจัยเชิงจิตสังคมที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง[7-9] อย่างไรก็ตาม การศึกษาส่วนใหญ่มักแยกกันวิเคราะห์ปัจจัยเหล่านี้ ส่งผลให้ขาดองค์ความรู้ในการบูรณาการทั้งสองปัจจัยเข้าด้วยกันในกรอบแนวคิดเดียว[10] โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะแทรกซ้อนโรคไตเรื้อรัง ซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุในพื้นที่ชนบทที่มีข้อจำกัดด้านรายได้และการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ ผู้วิจัยจึงมุ่งเน้นศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง

ของผู้ป่วยกลุ่มนี้ในจังหวัดลพบุรี โดยบูรณาการความรอบรู้ด้านสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคมเข้าด้วยกัน เพื่อสร้างองค์ความรู้เชิงประจักษ์ที่จะนำไปสู่การออกแบบโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมและยั่งยืนสำหรับระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิในพื้นที่ชนบทต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะแทรกซ้อนโรคไตเรื้อรัง จังหวัดลพบุรี

2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะแทรกซ้อนโรคไตเรื้อรัง จังหวัดลพบุรี

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Cross-Sectional Analytical Research) ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะแทรกซ้อนโรคไตเรื้อรัง จังหวัดลพบุรี

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะแทรกซ้อนโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ที่ขึ้นทะเบียนในระบบ Health Data Center (HDC) ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดลพบุรี จำนวน 6,645 ราย ขนาดกลุ่มตัวอย่างคำนวณด้วยโปรแกรม G*Power 3.1.9.4[11] กำหนด $\alpha = 0.05$, Power = 0.80, Effect size $f^2 = 0.15$[12] ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างขั้นต่ำ 157 ราย สำรองการสูญหายของข้อมูลร้อยละ 10 รวมเป็น 173 ราย ทั้งนี้ ตัวแปรอิสระคัดเลือกบนพื้นฐานกรอบแนวคิดเชิงทฤษฎีของ Nutbeam[13-14] การสนับสนุนทางสังคม 4 ด้านของ House[15] ร่วมกับปัจจัยส่วนบุคคลและคลินิก

สุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multistage Sampling) โดยขั้นที่ 1 แบ่งอำเภอ 11 แห่งเป็น 3 กลุ่มตามขนาด รพ.สต. ขั้นที่ 2 สุ่มอย่างง่ายกลุ่มละ 1 อำเภอ ได้แก่ อำเภอชัยบาดาล อำเภอพัฒนานิคม และอำเภอสระโบสถ์ และขั้นที่ 3 สุ่มอย่างมีระบบจากฐานข้อมูล HDC ของทั้ง 3 อำเภอ ได้กลุ่มตัวอย่างที่ผ่านเกณฑ์คัดเข้าและมีข้อมูลครบถ้วนสมบูรณ์สำหรับการวิเคราะห์ รวมทั้งสิ้น 173 ราย

เกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ ได้รับการวินิจฉัย T2DM ร่วม CKD Stage 3 (eGFR 30-59 mL/min/1.73 m^2) อายุ $\geq$ 40 ปี อาศัยในจังหวัดลพบุรี $\geq$ 1 ปี สื่อสารภาษาไทยได้ และยินยอมลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย เกณฑ์คัดออก ได้แก่ มีโรคทางจิตเวชหรือความบกพร่องทางสติปัญญา อยู่ระหว่างตั้งครรภ์ หรืออยู่ในภาวะวิกฤต

เครื่องมือในการวิจัย

เครื่องมือวิจัยเป็นแบบสอบถามที่พัฒนาจากการสังเคราะห์วรรณกรรม ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน (IOC $\geq$ 0.67) และทดสอบความเชื่อมั่นกับกลุ่มที่มีลักษณะใกล้เคียงกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย ก่อนเก็บข้อมูลจริง ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป จำนวน 10 ข้อ ครอบคลุมเพศ อายุ การศึกษา อาชีพ รายได้ ระยะเวลาป่วย และข้อมูลการรักษา

ส่วนที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy: HL) จำนวน 35 ข้อ พัฒนาตามกรอบแนวคิด Nutbeam[13-14] ครอบคลุม 6 มิติ แบ่งเป็น Likert Scale 5 ระดับ จำนวน 25 ข้อ สำหรับมิติที่ 1 และมิติที่ 3-6 และแบบทดสอบถูก/ผิด (True/False) จำนวน 10 ข้อ สำหรับมิติที่ 2 ความรู้เชิงข้อเท็จจริง

ส่วนที่ 3 การสนับสนุนทางสังคม (Social Support: SS) จำนวน 20 ข้อ ประยุกต์ใช้กรอบแนวคิด House[15] ครอบคลุม 4 ด้าน ได้แก่ ด้านอารมณ์ ด้านปฏิบัติการ ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านการประเมินตนเอง ใช้ Likert Scale 5 ระดับ คะแนนรวม 20-100

ส่วนที่ 4 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง (Self-Care Behavior: SC) จำนวน 20 ข้อ พัฒนาจากแนวคิด Toobert[16] และ Riegel[17] ร่วมกับแนวทาง KDIGO 2024[6] ครอบคลุม 4 ด้าน ได้แก่ การควบคุมอาหาร กิจกรรมทางกาย ความสม่ำเสมอในการใช้ยา และการตรวจติดตามสุขภาพ วัดตามความถี่พฤติกรรมในรอบ 7 วันที่ผ่านมา คะแนนรวม 20-100

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บข้อมูลระหว่างเดือนมกราคม-มีนาคม 2569 โดยประสานงานกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขใน รพ.สต. 3 อำเภอ ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน และการรักษาความลับตามหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากนั้นให้ผู้ยินยอมลงนามก่อนเก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง ณ รพ.สต. ใช้เวลารายละ 30-40 นาที โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยที่ผ่านการอบรมมาตรฐานเดียวกัน หลังสัมภาษณ์ ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์และบันทึกข้อมูลด้วยตนเอง

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ ที่ระดับนัยสำคัญ $p < .05$ ดำเนินการ 2 ระดับ ได้แก่ ระดับที่ 1 สถิติเชิงพรรณนา รายงานความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานสำหรับตัวแปรทุกตัว และระดับที่ 2 สถิติเชิงอนุมาน ทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองด้วย Pearson's Correlation Coefficient โดยตัวแปรจัดกลุ่มสองค่า (เพศและการใช้อินซูลิน) ใช้สหสัมพันธ์แบบ point-biserial ส่วนตัวแปรจัดกลุ่มมากกว่าสองค่า (อาชีพและสถานภาพสมรส) แปลงเป็นตัวแปรหุ่น (dummy variable) ก่อนนำเข้าสมการ และวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองจากตัวแปรอิสระ 20 ตัวแปร ประกอบด้วยปัจจัยส่วนบุคคล 10 ตัวแปร ความรอบรู้ด้านสุขภาพ 6 มิติ และการสนับสนุนทางสังคม 4 ด้าน ด้วย Stepwise Multiple Regression (เกณฑ์คัดเข้า $p < .05$ คัดออก $p > .10$) โดยตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้น ได้แก่ Linearity, Normality of Residuals, Homoscedasticity และ Multicollinearity (VIF < 10) ทั้งนี้ เมื่อตรวจพบการละเมิดข้อตกลงด้าน Homoscedasticity จึงตรวจสอบความคงทนของสัมประสิทธิ์การถดถอยด้วยวิธี Bootstrap (BCa) จำนวน 1,000 รอบ (รายงานช่วงความเชื่อมั่น 95%)

ผลการวิจัย

ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 63.0) อายุเฉลี่ย 69.03 ปี (S.D. = 9.69) โดยร้อยละ 69.9 อยู่ในช่วงอายุ 60-79 ปี ระดับการศึกษาประถมศึกษา (ร้อยละ 88.5) ประกอบอาชีพรับจ้าง (ร้อยละ 52.0) และเกษตรกร (ร้อยละ 35.3) รายได้เฉลี่ย 4,294 บาท/เดือน (S.D. = 3,684) โดยร้อยละ 39.9 มีรายได้ต่ำกว่า 3,000 บาท/เดือน ระยะเวลาป่วยเฉลี่ย 13.25 ปี (S.D. = 7.36) โดยร้อยละ 45.7 ป่วยมา 15 ปีขึ้นไป รักษาด้วยยา (ร้อยละ 80.9) ร่วมกับการควบคุมอาหาร (ร้อยละ 57.2) และมีโรคความดันโลหิตสูงร่วม (ร้อยละ 91.3) และ BMI เฉลี่ย 26.13 kg/m² (S.D. = 5.03) โดยร้อยละ 58.4 อยู่ในเกณฑ์อ้วน (BMI ≥ 25)

Table 1: General characteristics of the sample (n = 173)

ตัวแปร	จำนวน(n)	ร้อยละ(%)	ตัวแปร	จำนวน(n)	ร้อยละ(%)
เพศ			**สถานภาพสมรส**		
ชาย	64	37.0	คู่/อยู่ด้วยกัน	117	67.6
หญิง	109	63.0	หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	47	27.2
อายุ (ปี) Mean = 69.03, S.D. = 9.69			โสด	9	5.2
40–59	27	15.6	**ระยะเวลาป่วยโรคเบาหวาน (ปี) Mean = 13.25, S.D. = 7.36**		
60–79	121	69.9	< 5	19	11.0
≥ 80	25	14.5	5–14	75	43.4
ระดับการศึกษาสูงสุด			≥ 15	79	45.7
ประถมศึกษา	153	88.5	**วิธีการรักษาโรคเบาหวาน**		
มัธยมศึกษา/อาชีวศึกษา	12	6.9	ยารับประทาน	140	80.9
อนุปริญญา/ปริญญาตรี	8	4.6	ฉีดอินซูลิน	39	22.5
อาชีพหลักในปัจจุบัน			การควบคุมอาหาร	99	57.2
รับจ้างทั่วไป	90	52.0	การออกกำลังกาย	35	20.2
เกษตรกร	61	35.3	**โรคความดันโลหิตสูงร่วม**		
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	17	9.8	มี	158	91.3
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	5	2.9	ไม่มี	15	8.7
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (บาท) Mean = 4,294, S.D. = 3,684			**ดัชนีมวลกาย (kg/m²) Mean = 26.13, S.D. = 5.03**		
< 3,000	69	39.9	ปกติ (< 23.0)	49	28.3
3,000–5,999	59	34.1	น้ำหนักเกิน (23.0–24.9)	23	13.3
≥ 6,000	45	26.0	อ้วน (≥ 25.0)	101	58.4

ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy: HL) และการสนับสนุนทางสังคม (Social Support: SS) อยู่ในระดับสูง (คะแนนเฉลี่ย 93.90 และ 79.92 ตามลำดับ) ขณะที่พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง (Self-Care Behavior: SC) อยู่ในระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 72.49) เมื่อพิจารณารายมิติของความรอบรู้ด้านสุขภาพ พบว่าทักษะการตัดสินใจมีคะแนนสูงสุด รองลงมาคือการรู้เท่าทันสื่อสุขภาพและการจัดการสุขภาพตนเอง ในขณะที่ความรู้เชิงข้อเท็จจริงเกี่ยวกับโรคเป็นมิติเดียวที่อยู่ในระดับต่ำ (เฉลี่ย 5.28 จาก 10 คะแนน) สำหรับการสนับสนุนทางสังคม การสนับสนุนด้านอารมณ์มีคะแนนสูงสุด ส่วนด้านการประเมินตนเองมีคะแนนต่ำสุด สำหรับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองรายด้าน พบว่า 2 ใน 4 ด้านอยู่ในระดับสูง ได้แก่ การควบคุมอาหารและการตรวจติดตามสุขภาพ ขณะที่ด้านกิจกรรมทางกายและความสม่ำเสมอในการใช้ยาอยู่ในระดับปานกลาง โดยด้านกิจกรรมทางกายมีความแปรปรวนสูงสุด (Table 2)

Table 2: Descriptive statistics for health literacy, social support, and self-care behaviors (N = 173)

ตัวแปร	Mean	S.D.	ระดับ
HL รวม (มิติ 1, 3–6)	**93.90**	**16.83**	**สูง**
HL1 การเข้าถึงข้อมูล	17.65	5.71	ปานกลาง
HL2 ความรู้เชิงข้อเท็จจริง	5.28	1.08	ต่ำ
HL3 ทักษะการสื่อสาร	17.78	5.08	ปานกลาง
HL4 การจัดการสุขภาพตนเอง	19.04	3.47	สูง
HL5 การรู้เท่าทันสื่อสุขภาพ	19.22	3.97	สูง
HL6 ทักษะการตัดสินใจ	20.21	3.66	สูง
SS รวม	**79.92**	**14.01**	**สูง**
SS1 ด้านอารมณ์	20.60	4.18	สูง
SS2 ด้านปฏิบัติการ	19.75	4.16	สูง
SS3 ด้านข้อมูลข่าวสาร	20.32	3.25	สูง
SS4 ด้านการประเมินตนเอง	19.25	3.99	สูง
SC รวม	**72.49**	**9.81**	**ปานกลาง**
SC1 การควบคุมอาหาร	19.43	3.61	สูง
SC2 กิจกรรมทางกาย	17.19	4.11	ปานกลาง
SC3 ความสม่ำเสมอในการใช้ยา	16.83	1.64	ปานกลาง
SC4 การตรวจติดตามสุขภาพ	19.04	3.68	สูง

ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง

ผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติใน 5 จาก 6 มิติ ยกเว้นมิติความรู้เชิงข้อเท็จจริงเกี่ยวกับโรคที่ไม่พบความสัมพันธ์ ($r = .059$, $p > .05$) โดยทักษะการตัดสินใจด้านสุขภาพมีค่าสัมพันธ์สูงสุด ($r = .757$, $p < .001$) ส่วนการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์เชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญครบทั้ง 4 ด้าน ($p < .001$) โดยด้านการประเมินตนเองมีค่าสัมพันธ์สูงสุด ($r = .650$) สำหรับปัจจัยส่วนบุคคลและคลินิก พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญใน 3 ตัวแปร ได้แก่ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ($r = .215$, $p < .01$) ระดับการศึกษา ($r = .192$, $p < .05$) และการมีโรคความดันโลหิตสูงร่วม ($r = -.199$, $p < .01$) ขณะที่เพศ อายุ อาชีพ สถานภาพสมรส การใช้อินซูลิน ระยะเวลาป่วย และดัชนีมวลกาย ไม่พบความสัมพันธ์ที่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) ผลดังกล่าวสะท้อนว่าปัจจัยทางจิตสังคม โดยเฉพาะความรอบรู้ด้านสุขภาพในมิติทักษะ มีบทบาทเด่นกว่าปัจจัยทางประชากรและคลินิกในการสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง (Figure 1)

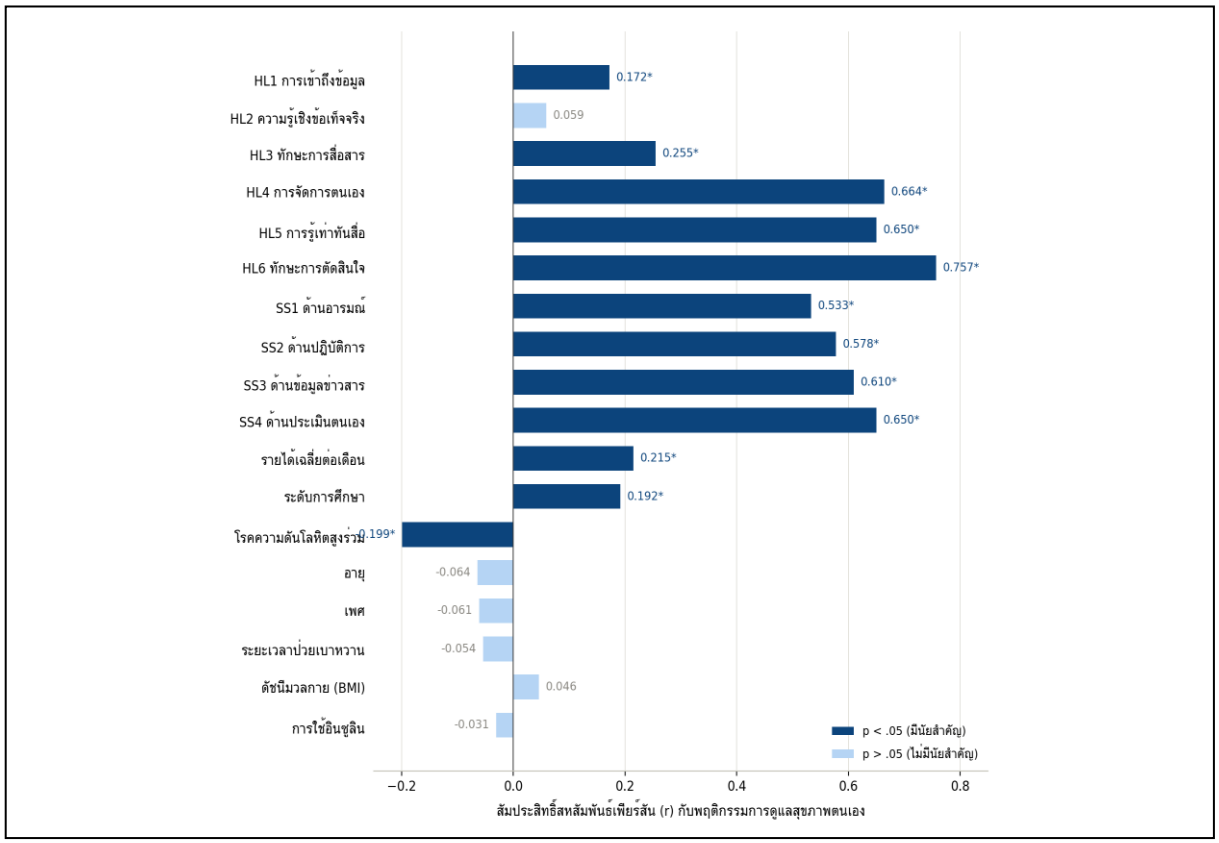

Figure 1: Pearson's correlation coefficients (r) between predictor variables and self-care behavior (N = 173). Dark bars indicate statistically significant correlations ($p < .05$); light gray bars indicate non-significant correlations. HL = Health Literacy dimension; SS = Social Support dimension.

ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง: การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน พบว่ามีตัวแปรเพียง 4 ตัวที่ผ่านเกณฑ์เข้าสมการพยากรณ์ เรียงตามลำดับการเข้า ได้แก่ ทักษะการตัดสินใจด้านสุขภาพ (HL6) การสนับสนุนทางสังคมด้านปฏิบัติการ (SS2) รายได้เฉลี่ยต่อเดือน และความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับโรค (HL2) ตัวแปรทั้ง 4 ร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองได้ร้อยละ 64.7 ($R^2 = .647$, Adjusted $R^2 = .638$, $F(4, 168) = 76.81$, $p < .001$) ที่น่าสนใจคือ ทักษะการตัดสินใจด้านสุขภาพเพียงตัวแปรเดียวสามารถอธิบายความแปรปรวนได้ถึงร้อยละ 57.3 ขณะที่ตัวแปรที่เหลืออีก 16 ตัวไม่ผ่านเกณฑ์เข้าสมการ ค่า VIF ของตัวแปรพยากรณ์ทั้ง 4 อยู่ระหว่าง 1.02-1.39 (ไม่พบปัญหา multicollinearity) การวิเคราะห์ Bootstrap (BCa) จำนวน 1,000 รอบ พบว่า ทักษะการตัดสินใจด้านสุขภาพ การสนับสนุนด้านปฏิบัติการ และรายได้ มีช่วงความเชื่อมั่น Bootstrap ไม่คร่อมศูนย์ จึงเป็นตัวพยากรณ์ที่มีความแกร่ง ขณะที่ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค (HL2) มีช่วงความเชื่อมั่น Bootstrap คร่อมศูนย์ (-0.15, 1.90) ซึ่งต่างจาก OLS CI ในตาราง บ่งชี้ว่าอิทธิพลของ HL2 ยังไม่มีความแกร่งเพียงพอเมื่อพิจารณาความทนทาน แม้มีนัยสำคัญที่ $p = .046$ โดยสมการพยากรณ์ในรูปคะแนนดิบ คือ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง (SC) = 21.23 + 1.655(HL6) + 0.607(SS2) + 0.0003(รายได้) + 0.849(HL2) ดังแสดงใน Table 3

Table 3: Results of stepwise multiple regression analysis (N = 173)

ตัวแปร	B	SE	95% CI	β	t	p	R^2	ΔR^2	VIF
HL6 ทักษะการตัดสินใจด้านสุขภาพ	1.655	0.145	1.368, 1.941	.617	11.41	<.001	.573	.573	1.39
SS2 การสนับสนุนด้านปฏิบัติการ	0.607	0.126	0.358, 0.857	.257	4.81	<.001	.625	.052	1.36
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน	0.0003	0.0001	0.000, 0.001	.118	2.54	.012	.638	.013	1.03
HL2 ความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับโรค	0.849	0.421	0.017, 1.681	.093	2.01	.046	.647	.009	1.02

Note: constant = 21.23; $F(4, 168) = 76.81$, $p < .001$; $R = .804$; Adjusted $R^2 = .638$; VIF 1.02–1.39; เกณฑ์เข้า/ออก $p < .05$ / $p > .10$

อภิปรายและสรุปผล

ทักษะการตัดสินใจด้านสุขภาพเป็นปัจจัยหลักที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง

ทักษะการตัดสินใจด้านสุขภาพเป็นปัจจัยพยากรณ์ที่มีอำนาจสูงสุด (β = .617, p < .001) และเมื่อเป็นตัวแปรเดียวสามารถอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองได้ถึงร้อยละ 57.3 ผลนี้ตรงกับแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับสูง (Critical Health Literacy) ของ Nutbeam และ Lloyd[18] ที่ว่าความสามารถในการวิเคราะห์ ประเมิน และตัดสินใจในสถานการณ์สุขภาพมีผลต่อการเปลี่ยนพฤติกรรมมากกว่าความรู้พื้นฐาน Billany และคณะ[7] ก็รายงานว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับสูงสัมพันธ์กับการจัดการตนเองและผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดีในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังเช่นกัน ขณะที่ Ong-Artborirak[8] พบความสัมพันธ์เชิงบวกในทำนองเดียวกันกับพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้สูงอายุเบาหวานชนิดที่ 2 ของไทย

ในทางกลับกัน มิติความรู้เชิงข้อเท็จจริงเกี่ยวกับโรคซึ่งอยู่ในระดับต่ำ (เฉลี่ย 5.28 จาก 10 คะแนน) กลับไม่มีความสัมพันธ์เชิงเดี่ยวกับพฤติกรรม (r = .059, p > .05) การที่มิตินี้เข้าสมการด้วยสัมประสิทธิ์ขนาดเล็ก (β = .093) จึงเป็นผลจากการกดทับทางสถิติ (suppression effect) มากกว่าความสัมพันธ์อิสระที่แท้จริง สะท้อนช่องว่างระหว่างความรู้กับการปฏิบัติ กล่าวคือความรู้เชิงข้อเท็จจริงเพียงอย่างเดียวไม่เพียงพอต่อการขับเคลื่อนพฤติกรรม ขณะที่พฤติกรรมโดยรวมยังอยู่ในระดับปานกลาง ทักษะการนำความรู้ไปใช้ผ่านการตัดสินใจรายวันต่างหากที่น่าจะเป็นกลไกสำคัญกว่า ใกล้เคียงกับข้อค้นพบของวรรณา แกมคำ[19] ที่พบว่าโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงได้ในชุมชนชนบทจังหวัดชัยภูมิ ซึ่งมีบริบทใกล้เคียงกับการศึกษานี้

ลักษณะเฉพาะของบทบาทการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง

ผลการวิเคราะห์พบว่า ลำดับคะแนนเฉลี่ยของมิติการสนับสนุนทางสังคม (SS) ไม่สอดคล้องกับขนาดความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง: SS1 (ด้านอารมณ์) มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด (Mean = 20.60, S.D. = 4.18) แต่มีค่าสหสัมพันธ์ต่ำสุด (r = .533) ขณะที่ SS4 (ด้านการประเมินตนเอง) มีคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด (Mean = 19.25, S.D. = 3.99) แต่มีค่าสหสัมพันธ์สูงสุด (r = .650) ซึ่งชี้ว่าปริมาณการรับรู้การสนับสนุนไม่สอดคล้องกับบทบาทเชิงพยากรณ์ของแต่ละด้าน เมื่อนำตัวแปรอื่นเข้าควบคุมในการวิเคราะห์เชิงพยากรณ์ มีเพียงการสนับสนุนเชิงปฏิบัติการ (SS2; Mean = 19.75) เท่านั้นที่เป็นตัวพยากรณ์สำคัญ (β = .257, p < .001) ส่วนมิติอื่นไม่เพิ่มอำนาจพยากรณ์อย่างมีนัยสำคัญ อาจมีสาเหตุจากความซ้ำซ้อนระหว่างมิติ (multicollinearity)

การรับรู้ระดับการสนับสนุนทางสังคมที่ผู้ป่วยรายงานไม่สะท้อนบทบาทต่อพฤติกรรมโดยตรง และการสนับสนุนเชิงปฏิบัติการเป็นมิติที่มีบทบาทเชิงพยากรณ์ชัดเจนที่สุด ผลสอดคล้องกับงานวิจัยก่อนหน้า[9, 20] ที่พบว่าการให้ข้อมูลย้อนกลับและความช่วยเหลือเชิงปฏิบัติสัมพันธ์

กับการจัดการตนเองมากกว่าการสนับสนุนเชิงอารมณ์ ดังนั้น โปรแกรมส่งเสริมการสนับสนุนทางสังคมจึงควรเน้นการพัฒนาบทบาทครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขในการให้ข้อมูลย้อนกลับและความช่วยเหลือเชิงปฏิบัติอย่างเป็นระบบ แทนการมุ่งเฉพาะการให้กำลังใจเพียงอย่างเดียว

ปัจจัยส่วนบุคคลและคลินิก: บทบาทของรายได้และการไม่ปรากฏของปัจจัยทางประชากร

ในกลุ่มปัจจัยส่วนบุคคลและคลินิก รายได้เฉลี่ยต่อเดือนเป็นปัจจัยเดียวที่เข้าสู่สมการพยากรณ์ (β = .118, p = .012; r = .215, p < .01) สะท้อนว่าข้อจำกัดทางเศรษฐกิจมีผลต่อความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเอง โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุรายได้น้อย (ร้อยละ 39.9 มีรายได้ต่ำกว่า 3,000 บาทต่อเดือน) เนื่องจากการดูแลตนเองในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีโรคไตเรื้อรังต้องอาศัยทรัพยากร ทั้งการบริโภคอาหารที่เหมาะกับโรคไต การเดินทางมารับบริการตามนัด และการมียาและอุปกรณ์ติดตามอาการอย่างต่อเนื่อง รายได้ที่จำกัดจึงเป็นอุปสรรคเชิงโครงสร้างต่อการปฏิบัติพฤติกรรม

ในทางตรงข้าม เพศ อายุ อาชีพ ระยะเวลาป่วย และดัชนีมวลกาย ไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญและไม่เข้าสมการ ส่วนระดับการศึกษาและการมีโรคความดันโลหิตสูงร่วม แม้มีความสัมพันธ์เชิงเดี่ยวอย่างมีนัยสำคัญ (r = .192 และ -0.199 ตามลำดับ) แต่ไม่เพิ่มอำนาจการพยากรณ์เมื่อควบคุมตัวแปรอื่น แสดงว่าในกลุ่มผู้ป่วยที่ค่อนข้างเป็นเนื้อเดียวกัน ปัจจัยขับเคลื่อนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองคือทักษะทางจิตสังคม (ความรอบรู้ด้านสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคม) ร่วมกับเงื่อนไขทางเศรษฐกิจ มากกว่าลักษณะทางประชากรหรือสถานะทางคลินิก จึงมีนัยเชิงนโยบายว่าโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมไม่ควรมุ่งเฉพาะการคัดกรองตามลักษณะประชากร แต่ควรลงทุนพัฒนาทักษะทางจิตสังคมที่ปรับเปลี่ยนได้ ควบคู่กับการลดอุปสรรคทางเศรษฐกิจ สอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของ Riski และคณะ[10] ที่ระบุว่าปัจจัยทางจิตสังคมเป็นกลุ่มที่ปรับเปลี่ยนได้และให้ผลตอบแทนทางสุขภาพสูงในการแทรกแซงพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

คุณค่าของกรอบแนวคิดบูรณาการและช่องว่างของกิจกรรมทางกาย

จุดเด่นของการวิจัยนี้คือการบูรณาการความรอบรู้ด้านสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคมในกรอบแนวคิดเดียวกัน โดยตัวแปรพยากรณ์ทั้ง 4 ตัว (ความรอบรู้ด้านสุขภาพ 2 มิติ การสนับสนุนทางสังคม 1 ด้าน และรายได้) อธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองได้ถึงร้อยละ 64.7 สูงกว่างานวิจัยที่ศึกษาปัจจัยกลุ่มเดียวอย่างชัดเจน เช่น Ramli และคณะ[20] ที่ศึกษาเฉพาะปัจจัยทางคลินิกและความเครียดจากโรคในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีโรคไตเรื้อรัง ได้ R^2 เพียง 0.106 จึงยืนยันคุณค่าของการพิจารณาความรอบรู้ด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และเงื่อนไขทางเศรษฐกิจร่วมกัน สำหรับพฤติกรรมเป้าหมาย แม้คะแนนโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ด้านกิจกรรมทางกายเป็นหนึ่งในสองด้านที่อยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 17.19) และมีความแปรปรวนสูงสุดใน

บรรดาพฤติกรรมรายด้าน (S.D. = 4.11) สะท้อนความไม่สม่ำเสมอของการปฏิบัติและความท้าทายเฉพาะของผู้สูงอายุที่มีโรคร่วม ซึ่งอาจเกิดจากข้อจำกัดทางกายภาพ ความเชื่อด้านสุขภาพ และการขาดสภาพแวดล้อมที่เอื้ออำนวยในชุมชนชนบท การออกแบบโปรแกรมสำหรับกลุ่มนี้จึงควรให้ความสำคัญกับการพัฒนากิจกรรมทางกายที่เหมาะกับสภาพร่างกายและบริบทชุมชนเป็นการเฉพาะ ควบคู่กับการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพและการสนับสนุนด้านปฏิบัติการ

ข้อจำกัดการวิจัย

การศึกษานี้มีข้อจำกัดที่ควรพิจารณาในการตีความผล **ประการแรก** รูปแบบภาคตัดขวาง (cross-sectional) ระบุได้เพียงความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร ไม่สามารถสรุปความเป็นเหตุเป็นผล (causality) ได้ จึงควรยืนยันด้วยการศึกษาระยะยาวหรือเชิงทดลองในอนาคต **ประการที่สอง** กลุ่มตัวอย่างมาจากจังหวัดลพบุรีเพียงจังหวัดเดียว การนำผลไปใช้กับพื้นที่อื่นจึงควรคำนึงถึงความแตกต่างของบริบท **ประการที่สาม** อัตราส่วนกลุ่มตัวอย่างต่อตัวแปรทำนาย (subjects-to-predictors ratio = 173/20 = 8.65) ต่ำกว่าเกณฑ์ที่แนะนำสำหรับการทดสอบโมเดลถดถอยพหุคูณโดยรวม ($N \geq 50 + 8m$) ตามแนวทางของ Green[21] แม้การใช้การถดถอยแบบขั้นตอนจะทำให้แบบจำลองสุดท้ายเหลือตัวแปรพยากรณ์เพียง 4 ตัว (อัตราส่วน $\approx$ 43 ต่อตัวแปร) ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์ขั้นต่ำทั้งสำหรับการทดสอบโมเดลโดยรวมและตัวพยากรณ์รายตัวมากก็ตาม แต่ค่าประมาณบางตัวอาจมีความแปรปรวน จึงควรยืนยันผลในกลุ่มตัวอย่างที่ใหญ่ขึ้น **ประการที่สี่** วัดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองด้วยการรายงานตนเอง และไม่ได้เก็บผลลัพธ์ทางคลินิก (เช่น HbA1c และการเปลี่ยนแปลงของ eGFR) ที่สะท้อนผลลัพธ์สุขภาพโดยตรง การศึกษาในอนาคตจึงควรบูรณาการตัวชี้วัดทางคลินิกเพื่อยืนยันความเชื่อมโยงระหว่างพฤติกรรมกับผลลัพธ์สุขภาพ

สรุปผล

การวิจัยนี้พบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยทางจิตสังคมที่มีผลสำคัญต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะแทรกซ้อนโรคไตเรื้อรัง ในชุมชนชนบทจังหวัดลพบุรี โดยตัวแปรพยากรณ์ 4 ตัว ได้แก่ ทักษะการตัดสินใจด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมด้านปฏิบัติการ รายได้ และความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับโรค อธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมได้ร้อยละ 64.7 โดยทักษะการตัดสินใจด้านสุขภาพมีบทบาทสูงสุดและเพียงตัวแปรเดียวอธิบายได้ถึงร้อยละ 57.3 ส่วนกลุ่มปัจจัยส่วนบุคคลและคลินิก มีเพียงรายได้เท่านั้นที่มีผลขณะที่เพศ อายุ และดัชนีมวลกายไม่มีบทบาทเชิงพยากรณ์ นอกจากนี้ยังพบความไม่สอดคล้องระหว่างระดับการรับรู้กับบทบาทเชิงพยากรณ์ของการสนับสนุนทางสังคม โดยการสนับสนุนด้านปฏิบัติการมีบทบาทต่อพฤติกรรมมากกว่าการสนับสนุนด้านอารมณ์ การบูรณาการความรอบรู้ด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และเงื่อนไขทางเศรษฐกิจในกรอบแนวคิดเดียวกันจึงให้อำนาจการอธิบายพฤติกรรมสูงกว่าการศึกษาตัวแปรแยกกัน และเป็นฐานสำคัญสำหรับการ

ออกแบบโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองในระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและการปฏิบัติ

หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิควรพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองที่บูรณาการความรอบรู้ด้านสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคมในกรอบเดียวกัน โดยใช้ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับโรคเบาหวานและโรคไตเรื้อรังเป็นรากฐาน เนื่องจากความรู้เชิงข้อเท็จจริงเป็นมิติเดียวที่อยู่ในระดับต่ำ (เฉลี่ย 5.28 จาก 10 คะแนน) ควบคู่กับการพัฒนาทักษะการตัดสินใจในสถานการณ์สุขภาพรายวันและการรู้เท่าทันสื่อสุขภาพ ผ่านเทคนิค Teach-back และกรณีศึกษาจากบริบทจริง เพื่อให้ผู้ป่วยนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ได้จริง พร้อมทั้งปรับบทบาทของครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จากการสนับสนุนด้านอารมณ์ไปสู่การสนับสนุนด้านปฏิบัติการ ได้แก่ การให้ข้อมูลย้อนกลับ การติดตามเยี่ยมบ้าน และการช่วยเหลือเชิงปฏิบัติด้านโภชนาการและการรับประทานยา นอกจากนี้ ควรพัฒนาโปรแกรมการออกกำลังกายเฉพาะกลุ่มที่เหมาะสมกับสภาพร่างกายของผู้สูงอายุที่มีโรคร่วมและบริบทชุมชนชนบท เนื่องจากกิจกรรมทางกายเป็นพฤติกรรมที่อยู่ในระดับปานกลางและมีความแปรปรวนสูงสุดในบรรดาพฤติกรรมรายด้าน

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยต่อเนื่อง

ควรพัฒนาการวิจัยกึ่งทดลองหรือ Randomized Controlled Trial เพื่อทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรมที่บูรณาการการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองและผลลัพธ์ทางคลินิก (HbA1c และ eGFR) รวมทั้งศึกษาตัวแปรกำกับ เช่น ภาวะซึมเศร้าและการรับรู้ความสามารถตนเอง และขยายการศึกษาไปยังบริบทอื่นเพื่อทดสอบความสามารถในการนำผลไปใช้ทั่วไป

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณารับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลพบุรี รหัสโครงการ LBEC 014/2568 ได้รับการรับรองเมื่อวันที่ 1 ธันวาคม 2568

เอกสารอ้างอิง

1. Genitsaridi I, Salpea P, Salim A, Sajjadi SF, Tomic D, James S, et al. 11th edition of the IDF Diabetes Atlas: Global, regional, and national diabetes prevalence estimates for 2024 and projections for 2050. Lancet Diabetes Endocrinol 2026;14(2):149–56. DOI:10.1016/S2213-8587(25)00299-2

2. Aekplakorn W, Chariyalertsak S, Bumrerraj S, Assanangkornchai S, Taneepanichskul S, Neelapaichit N, et al. Diabetes trends and determinants among Thai adults from 2004 to 2020. Sci Rep 2025;15(1):31620. DOI:10.1038/s41598-025-17619-5
3. GBD 2023 Chronic Kidney Disease Collaborators. Global, regional, and national burden of chronic kidney disease in adults, 1990-2023, and its attributable risk factors: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2023. Lancet 2025;406(10518):2461-82. DOI:10.1016/S0140-6736(25)01853-7
4. He Y, Wang X, Li L, Liu M, Wu Y, Chen R, et al. Global, regional, and national prevalence of chronic type 2 diabetic kidney disease from 1990 to 2021: A trend and health inequality analyses based on the Global Burden of Disease Study 2021. J Diabetes 2025;17(5):e70098. DOI:10.1111/1753-0407.70098
5. อภิชัย คุณีพงษ์, พัฒนา พรหมณี, มาโนชญ์ ชายครอง. การพัฒนาแนวทางการป้องกันการเกิดภาวะไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวาน อำเภอพระนครศรีอยุธยา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา. Journal of Roi Kaensarn Academi 2566;8(5):206-21. https://so02.tci-thaijo.org/index.php/JRKSA/article/view/260863
6. Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) CKD Work Group. KDIGO 2024 clinical practice guideline for the evaluation and management of chronic kidney disease. Kidney Int 2024;105(4S):S117–S314. DOI:10.1016/j.kint.2023.10.018
7. Billany RE, Thopte A, Adenwalla SF, March DS, Burton JO, Graham-Brown MPM. Associations of health literacy with self-management behaviours and health outcomes in chronic kidney disease: a systematic review. J Nephrol 2023;36(5):1267-81. DOI:10.1007/s40620-022-01537-0
8. Ong-Artborirak P, Seangpraw K, Boonyathee S, Auttama N, Winaiprasert P. Health literacy, self-efficacy, self-care behaviors, and glycemic control among older adults with type 2 diabetes mellitus: a cross-sectional study in Thai communities. BMC Geriatr 2023;23(1):297. DOI:10.1186/s12877-023-04010-0
9. Qi X, Xu J, Chen G, Liu H, Liu J, Wang J, et al. Self-management behavior and fasting plasma glucose control in patients with type 2 diabetes mellitus over 60 years old: multiple effects of social support on quality of life. Health Qual Life Outcomes 2021;19(1):254. DOI:10.1186/s12955-021-01881-y

10. Riski M, Puspitasari IM, Rahayu C, Alfian SD. Factors associated with self-care behavior in patients with chronic kidney disease: a systematic review. BMC Nephrol 2025;26(1):210. DOI:10.1186/s12882-025-04137-9
11. Faul F, Erdfelder E, Buchner A, Lang AG. Statistical power analyses using G*Power 3.1: tests for correlation and regression analyses. Behav Res Methods 2009;41(4):1149-60. DOI:10.3758/BRM.41.4.1149
12. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. 2nd ed. Hillsdale, NJ : Lawrence Erlbaum Associates, 1988.
13. Nutbeam D. The evolving concept of health literacy. Soc Sci Med 2008;67(12):2072-8. DOI:10.1016/j.socscimed.2008.09.050
14. Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. Health Promot Int 2000;15(3):259-67. DOI:10.1093/heapro/15.3.259
15. House JS. Work stress and social support. Reading, Mass. : Addison-Wesley, 1981.
16. Toobert DJ, Hampson SE, Glasgow RE. The summary of diabetes self-care activities measure: Results from 7 studies and a revised scale. Diabetes Care 2000;23(7):943-50. DOI:10.2337/diacare.23.7.943
17. Riegel B, Jaarsma T, Strömberg A. A middle-range theory of self-care of chronic illness. ANS Adv Nurs Sci 2012;35(3):194-204. DOI:10.1097/ANS.0b013e318261b1ba
18. Nutbeam D, Lloyd JE. Understanding and responding to health literacy as a social determinant of health. Annu Rev Public Health 2021;42:159-73. DOI:10.1146/annurev-publhealth-090419-102529
19. วรรณา แกมคำ. ประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มเสี่ยง ตำบลโนนคูณ อำเภอคอนสาร จังหวัดชัยภูมิ. ชัยภูมิเวชสาร 2568;45(2):e16665. https://thaidj.org/index.php/CMJ/article/view/16665
20. Ramli SA, Draman N, Muhammad J, Mohd Yusoff SS. Diabetes self-care and its associated factors among type 2 diabetes mellitus with chronic kidney disease patients in the East Coast of Peninsular Malaysia. PeerJ 2024;12:e18303. DOI:10.7717/peerj.18303
21. Green SB. How many subjects does it take to do a regression analysis. Multivariate Behav Res 1991;26(3):499–510. DOI:10.1207/s15327906mbr2603_7