



Health Literacy and Self-Management Among Older Persons with Gastrointestinal Cancer*

ความรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองในผู้สูงอายุ
โรคมะเร็งทางเดินอาหาร*

ขมิษฐา	เจริญโสภาคกุล**	Kamissara	Chareonsopakun**
ศิริรัตน์	ปานอุทัย***	Sirirat	Panuthai***
ณัฐยานี	สุวรรณคฤหาสน์****	Nattaya	Suwankruhasn****

Abstract

Self-management among older persons with gastrointestinal cancer, to help them control symptoms and live with their disease, is influenced by various factors. This descriptive research aimed to study health literacy and self-management, and the relationship between health literacy and self-management in older persons with gastrointestinal cancer. The sample consisted of 88 older persons who were diagnosed with gastrointestinal cancer and registered at Phayao hospital. Data were collected using a questionnaire on the health literacy of elders with gastrointestinal cancer, with a Cronbach's alpha coefficient of 0.85, and a questionnaire on the self-management of elders with gastrointestinal cancer, with a content validity index of 0.94 and a Pearson's correlation coefficient of 0.89. The data were then analyzed using descriptive statistics and Pearson's product-moment correlation coefficient.

The results showed that older persons with gastrointestinal cancer had a high level of health literacy and a good level of self-management. It was also found that health literacy and self-management showed a moderate positive correlation at a significant level ($r = 0.352, p < .01$).

The findings of this study can be used by health personnel for planning to promote health literacy and self-management in older persons with gastrointestinal cancer.

Key words: Health literacy; Self-management; Older persons with gastrointestinal cancer

* Master's thesis, Master of Nursing Science program in Gerontological Nurse Practitioner, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

** Graduate Student of Nursing Science program in Gerontological Nurse Practitioner, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

*** Corresponding author, Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University; e-mail; siriratpanuthai@hotmail.com

**** Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University



บทคัดย่อ

การจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคมะเร็งทางเดินอาหารจำเป็นต้องอาศัยปัจจัยด้านต่าง ๆ เพื่อควบคุมอาการของโรคและช่วยให้ดำเนินชีวิตร่วมกับภาวะความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นได้ การวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรู้ด้านสุขภาพ การจัดการตนเอง และความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคมะเร็งทางเดินอาหาร กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุโรคมะเร็งทางเดินอาหารที่ขึ้นทะเบียนเป็นผู้ป่วยของโรงพยาบาลพะเยาจำนวน 88 ราย เก็บข้อมูล โดยใช้แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุโรคมะเร็งทางเดินอาหารที่มีค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.85 และแบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคมะเร็งทางเดินอาหารที่มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.94 และค่าความเชื่อมั่นแบบความคงที่ ได้ค่า Pearson correlation coefficient เท่ากับ 0.89 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยสถิติ Pearson's product-moment correlation coefficient.

ผลการวิจัยพบว่าผู้สูงอายุโรคมะเร็งทางเดินอาหารมีความรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับสูง และการจัดการตนเองอยู่ในระดับดี โดยความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดการตนเองในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.352, p < .01$)

ผลการศึกษาครั้งนี้สามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับบุคลากรสุขภาพในการวางแผน ส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ และการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคมะเร็งทางเดินอาหาร

คำสำคัญ: ความรู้ด้านสุขภาพ การจัดการตนเอง ผู้สูงอายุโรคมะเร็งทางเดินอาหาร

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

** นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

*** ผู้เขียนหลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

e-mail: siriratpanuthai@hotmail.com

**** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่



ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคมะเร็งทางเดินอาหารเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญระดับโลก โดยเป็นทั้งสาเหตุการป่วยและสาเหตุการตายที่สำคัญของประชากรทุกกลุ่มวัย รวมถึงประชากรสูงอายุ จากสถานการณ์การป่วยและการเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งทางเดินอาหารในผู้สูงอายุมีอัตราที่สูง โดยในประเทศสหรัฐอเมริกาในปี 2017 ประชากรสูงอายุเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งในอัตราส่วนสูงถึง 1 ใน 5 โดยมีมะเร็งลำไส้ใหญ่เป็นอันดับ 2 ของการเสียชีวิตในผู้สูงอายุ ตามด้วยมะเร็งตับและตับอ่อน (American Cancer Society, 2020) สำหรับประเทศไทยโรคมะเร็งเป็นสาเหตุการตายอันดับ 1 ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2542 และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง พบผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปในเพศชายป่วยโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดีเป็นลำดับที่ 1 ร้อยละ 19.5 ลำดับที่ 2 คือ มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ร้อยละ 17.6 ช่วงอายุที่พบมากที่สุดคือ 60-75 ปี (National Cancer Institute, 2020) โรคมะเร็งทางเดินอาหารเป็นโรคที่มีความผิดปกติของเซลล์ในอวัยวะต่าง ๆ ของระบบทางเดินอาหาร แบ่งออกเป็น 5 ระยะ โดยในระยะเริ่มแรกยังไม่ปรากฏอาการแต่เป็นเซลล์ผิดปกติที่อาจจะกระจายไปยังเนื้อเยื่อปกติบริเวณนั้น จะแสดงอาการเมื่อมีการลุกลามแพร่กระจายของเซลล์มะเร็ง ซึ่งการรักษาโรคมะเร็งทางเดินอาหารประกอบด้วย การรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ร่วมกับการฉายแสงและการผ่าตัด โดยผู้ป่วยอาจต้องปรับวิถีการดำเนินชีวิตเพื่อให้สามารถจัดการความเจ็บป่วยของตนเองได้อย่างเหมาะสม เพื่อลดผลกระทบทั้งจากการเปลี่ยนแปลงจากโรคและผลกระทบจากการรักษา

การจัดการตนเอง (self-management) เป็นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองเพื่อให้สามารถปฏิบัติตามแผนการรักษาโดยมีเป้าหมายคือการควบคุมการเจ็บป่วย (Lorig & Holman, 2003) โดยเน้นที่การจัดการ 3 ด้าน ได้แก่ 1) การจัดการด้านการรักษาหรือการจัดการทางการแพทย์ (medical management) โดยเป็นการจัดการที่สอดคล้องกับแผนการรักษาโรคมะเร็งทางเดินอาหาร ได้แก่ การจัดการด้านการฉายแสงและเคมีบำบัด และการจัดการด้านยารักษาโรคอื่น ๆ การจัดการด้านอาหารสำหรับผู้ป่วยมะเร็งทางเดินอาหาร การออกกำลังกาย การสังเกตอาการผิดปกติและการจัดการอาการ และการมาพบแพทย์ตามนัด เป็นต้น 2) การจัดการด้านบทบาทหน้าที่ (role management) เป็นการปรับเปลี่ยนบทบาทเดิม หรือสร้างบทบาทใหม่เมื่อบุคคลต้องเผชิญกับความเจ็บป่วยเรื้อรังเพื่อให้สามารถผนวกแผนการรักษาเข้าไว้ในบทบาทเดิมของตนเองได้อย่างดี 3) การจัดการด้านอารมณ์ (emotional management) เป็นการจัดการกับอารมณ์ที่เกิดขึ้นจากการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งทางเดินอาหาร เช่น ความโกรธ ความกลัว ความคับข้องใจ และภาวะซึมเศร้า เป็นต้น แต่จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าผู้ป่วยโรคมะเร็งทางเดินอาหารยังมีพฤติกรรมการจัดการตนเองที่ไม่เหมาะสม

การที่ผู้ป่วยโรคมะเร็งจะสามารถจัดการตนเองได้อย่างเหมาะสมขึ้นกับหลายปัจจัย ได้แก่ อายุ เพศ (Syed et al., 2016) รายได้ ระดับการศึกษา การรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Wu, Howell, Fang, Chen, & Yuan, 2020) และความรู้ด้านสุขภาพ (Papadakos et al., 2018) การที่บุคคลจะสามารถจัดการตนเองทั้ง 3 ด้าน ต้องอาศัยความรู้ด้านสุขภาพ (health literacy) ซึ่งเป็นทักษะทางปัญญาและทักษะทางสังคม ที่จำเป็นในการเข้าถึง และทำความเข้าใจข้อมูลด้านสุขภาพด้วยวิธีการต่าง ๆ รวมถึงการสื่อสารเพื่อให้ได้มาซึ่งข้อมูลด้านสุขภาพที่ถูกต้อง สามารถตัดสินใจเลือกใช้อ้างอิงข้อมูลด้านสุขภาพเพื่อนำประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และดำเนินชีวิตประจำวันของตนเองเพื่อให้มีสุขภาพดี (Nutbeam, 2000) ประกอบด้วยความรู้ด้านสุขภาพ 3 ระดับ ได้แก่ ความรู้ด้านสุขภาพระดับพื้นฐาน (basic/functional health literacy) เป็นทักษะในการอ่านและเขียนเพื่อให้สามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้ ความรู้ด้านสุขภาพระดับสื่อสารและปฏิสัมพันธ์ (communicative and interactive health literacy) เป็นทักษะทางปัญญาระดับสูงและทักษะในการอ่านเขียน และทักษะทางสังคมที่จำเป็นในการเข้าร่วมในกิจกรรมประจำวัน การสกัดข้อมูลและการให้ความหมายกับรูปแบบการสื่อสารที่หลากหลายและการประยุกต์ใช้ข้อมูลใหม่ ๆ เพื่อการปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อม และความรู้ด้านสุขภาพระดับวิจารณ์ญาณ (critical health literacy) เป็นทักษะทางปัญญาระดับสูงร่วมกับทักษะทางสังคมในการ



วิเคราะห์ข้อมูลและใช้ข้อมูลเพื่อการควบคุมเหตุการณ์หรือสถานการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิต (Nutbeam, 2000) จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองในผู้ป่วยมะเร็งของ ปาปาดาคอส และคณะ (Papadakos et al., 2018) พบความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยาและพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองด้วยการฉายรังสี ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังการฉายรังสี ($r = 0.29, p = .044$)

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคมะเร็ง พบองค์ความรู้เกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งกลุ่มอื่น ๆ แต่ไม่พบในกลุ่มผู้สูงอายุโรคมะเร็งทางเดินอาหาร ดังการทบทวนวรรณกรรมความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมจัดการตนเองในโรคมะเร็งของ ปาปาดาคอส และคณะ (Papadakos et al., 2018) ที่พบว่ามีจำนวน 2 บทความที่พบความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมจัดการตนเอง แต่เป็นการศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม และความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองในผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากที่ได้รับรังสีรักษา ซึ่งองค์ความรู้ดังกล่าวอาจไม่สามารถนำมาใช้เพื่ออธิบายความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคมะเร็งทางเดินอาหารได้ เนื่องจากความแตกต่างด้านโรคและการจัดการตนเอง ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคมะเร็งทางเดินอาหาร เพื่อนำมาเป็นข้อมูลสำหรับบุคลากรทางด้านสุขภาพในการวางแผนการส่งเสริมจัดการตนเองในผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งทางเดินอาหาร

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุโรคมะเร็งทางเดินอาหาร
2. เพื่อศึกษาการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคมะเร็งทางเดินอาหาร
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคมะเร็งทางเดินอาหาร

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

ผู้สูงอายุโรคมะเร็งทางเดินอาหารต้องเผชิญกับผลกระทบจากการเจ็บป่วยที่เป็นโรคเรื้อรังและการรักษา ซึ่งต้องใช้ระยะเวลานาน ซึ่งการจัดการตนเองเป็นกระบวนการในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองเพื่อให้สามารถปฏิบัติตามแผนการรักษาโดยมีเป้าหมายเพื่อการควบคุมอาการเจ็บป่วย การจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคมะเร็งทางเดินอาหารที่เหมาะสมตามแนวคิดการจัดการตนเองของ ลอริก และ โฮลแมน (Lorig & Holman, 2003) ประกอบด้วย 1) การจัดการทางการแพทย์ 2) การจัดการบทบาท และ 3) การจัดการด้านอารมณ์ ซึ่งการจัดการตนเองทั้ง 3 ด้านเป็นทักษะที่ต้องอาศัยทักษะพื้นฐานคือความรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งเป็นทักษะทางปัญญา และทักษะทางสังคม ตามแนวคิดของ นัทบีม (Nutbeam, 2000) แบ่งความรู้ด้านสุขภาพเป็น 3 ด้านคือ 1) ความรู้ด้านสุขภาพระดับพื้นฐาน เป็นทักษะทางปัญญาระดับพื้นฐานคือการฟังพูด อ่านและเขียน 2) ความรู้ด้านสุขภาพระดับปฏิสัมพันธ์ เป็นทักษะการสื่อสาร และ 3) ความรู้ด้านสุขภาพระดับวิจารณ์ญาณ เป็นทักษะทางปัญญาขั้นสูงคือการคิดวิเคราะห์ และทักษะทางสังคมขั้นสูงคือการต่อรอง โน้มน้าวให้เกิดการเปลี่ยนแปลง เมื่อบุคคลมีความรู้ด้านสุขภาพจะช่วยให้บุคคลสามารถเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพ สามารถวิเคราะห์ข้อเท็จจริงของข้อมูลจนนำมาสู่การตัดสินใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจัดการตนเองในทุกด้าน



วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาความสัมพันธ์ (descriptive correlational research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคมะเร็งทางเดินอาหาร

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษานี้คือ ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งทางเดินอาหาร ได้แก่ มะเร็งหลอดอาหาร มะเร็งกระเพาะอาหาร มะเร็งของลำไส้เล็ก มะเร็งลำไส้ใหญ่ และมะเร็งตับ มะเร็งท่อน้ำดี มะเร็งตับอ่อน

กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งระบบทางเดินอาหารที่ขึ้นทะเบียนเป็นผู้ป่วยของโรงพยาบาลพะเยา

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีอำนาจในการทดสอบ (power analysis) โดยกำหนดค่าอำนาจการทดสอบ (power) ที่ 0.80 กำหนดค่าความเชื่อมั่นที่ 0.05 และค่าขนาดอิทธิพล (effect size) ที่ 0.30 ซึ่งเป็นค่าขนาดอิทธิพลระดับปานกลาง (Polit & Beck, 2016) จากการเปิดตารางสำเร็จรูปได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 88 ราย

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยสุ่มเลือกอำเภอในจังหวัดพะเยามา 4 อำเภอ และนำรายชื่อผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนเป็นผู้ป่วยของโรงพยาบาลพะเยามาจัดกลุ่มตามอำเภอที่คัดเลือก และสุ่มแบบไม่แทนที่เพื่อให้ได้จำนวน 88 ราย โดยยึดตามสัดส่วนประชากรในแต่ละอำเภอ ได้กลุ่มตัวอย่าง คือ อำเภอเมือง 43 ราย อำเภอดอกคำใต้ 27 ราย อำเภอแม่ใจ 10 ราย และอำเภอภูกามยาว 8 ราย โดยคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างมีดังนี้ 1) ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งระบบทางเดินอาหารไม่ต่ำกว่า 3 เดือน 2) มีสติปัญญาและการรับรู้ปกติ โดยมีคะแนนจากคัดกรองโดยใช้แบบประเมินสติปัญญาการรู้คิดฉบับสั้น ฉบับภาษาไทย ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ 8 คะแนนขึ้นไป 3) ไม่มีปัญหาสุขภาพทางจิต ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ 4) สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ โดยมีคะแนนที่ได้จากแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์ธเอลเอดีแอล (Barthel ADL Index) ของกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข 12 คะแนนขึ้นไป 5) สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยได้ และ 6) มีความสนใจและยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้

1.1 แบบประเมินสติปัญญาการรู้คิดฉบับสั้น (the short portable mental status questionnaire, SPMSQ) ของ ไพร์เฟอร์ (Pfeiffer, 1975) ฉบับภาษาไทยของ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ (Chiang Mai Provincial Public Health Office, 2018) มีข้อความ 10 ข้อ ซึ่งประกอบด้วยความรู้เกี่ยวกับวัน เวลา สถานที่ บุคคล การคิด คำนวณ การมีสมาธิจดจ่ออยู่กับสิ่งใดสิ่งหนึ่ง และการคิดตัดสินใจ ลักษณะคำตอบเป็นการตอบถูก ให้ 1 คะแนน และตอบผิดให้ 0 คะแนน คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0 -10 คะแนน

1.2 แบบประเมินความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวัน (Barthel ADL Index) (Department of Health Ministry of Public Health, 2014) มีข้อความ 10 ข้อ ประกอบด้วยความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมประจำวันในบ้าน ทั้งการอาบน้ำและการล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวด รับประทานอาหาร การใช้ห้องน้ำ การสวมใส่เสื้อผ้า การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน การขึ้นลงบันได การกลืนปัสสาวะ และการกลืนอุจจาระ ลักษณะคำตอบเป็นการทำได้เอง ทำได้บางส่วนแต่ต้องการความช่วยเหลือ หรือทำไม่ได้ด้วยตนเอง คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0-20 คะแนน



2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพปัจจุบัน ความเพียงพอของรายได้ ลักษณะการอยู่อาศัย ผู้ดูแลหลัก โรคประจำตัว ประวัติการใช้ยา ประวัติการรักษา ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยโรคมะเร็งทางเดินอาหาร ระยะของโรคมะเร็งทางเดินอาหาร และแหล่งข้อมูลสุขภาพ

2.2 แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุโรคมะเร็งทางเดินอาหาร ผู้วิจัยใช้แบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ของ อิชิกาวา, ทาเคอุชิ, และ ยาโน (Ishikawa, Takeuchi, & Yano, 2008) ซึ่งพัฒนาขึ้นตามแนวคิดของ นัทบีม (Nutbeam, 2000) แปลเป็นภาษาไทยโดย จริยา นพเคราะห์, โรจน์ จินตนาวัฒน์, และ ทศพร คำผลศิริ (Noppakroh, Cintanawat, & Khamphonsiri, 2020) โดยปรับคำว่าผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นผู้สูงอายุโรคมะเร็งทางเดินอาหาร ซึ่งมีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 14 ข้อ ประกอบด้วย ข้อคำถามเชิงบวก 9 ข้อ ซึ่งเป็นข้อคำถามเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพ ระดับการมีปฏิสัมพันธ์ร่วมกัน จำนวน 5 ข้อ ความรู้ด้านสุขภาพระดับวิจารณ์ญาณ จำนวน 4 ข้อ และข้อคำถามเชิงลบ ซึ่งเป็นข้อคำถามเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพระดับพื้นฐาน จำนวน 5 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราประมาณค่า (rating scale) 4 ระดับ ประกอบด้วย ไม่เคย นาน ๆ ครั้ง บางครั้ง และบ่อยครั้ง โดยมีการให้คะแนนข้อคำถามเชิงบวก เป็น 1, 2, 3 และ 4 ตามลำดับ ข้อคำถามเชิงลบให้คะแนนเป็น 4, 3, 2 และ 1 ตามลำดับ มีคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 14.00 – 56.00 คะแนน โดยแบ่งเป็นช่วงคะแนน 14.00 - 28.00 หมายถึง ระดับต่ำ, 28.01 - 42.00 หมายถึง ระดับปานกลาง และ 42.01 - 56.00 หมายถึง ระดับสูง ผ่านการทดสอบความเชื่อมั่นแบบความสอดคล้องภายใน (internal consistency) กับผู้สูงอายุโรคมะเร็งทางเดินอาหารที่มีคุณสมบัติคล้ายกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 ราย ได้ค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.85

2.3 แบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคมะเร็งทางเดินอาหาร ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเองผู้ที่เป็นโรคตับแข็งของ สุพัตรา เรืองสวัสดิ์, ประทุม สร้อยวงศ์, และ เบญจมาศ สุขสถิตย์ (Ruangsawat, Soiwong, & Suksathit, 2020) โดยปรับคำว่าผู้ที่เป็นโรคตับแข็งเป็นผู้สูงอายุโรคมะเร็งทางเดินอาหาร และปรับเนื้อหาให้สอดคล้องกับโรคมะเร็งทางเดินอาหาร และคงข้อคำถามเดิมทั้ง 33 ข้อ ประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเองทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ การจัดการด้านการปฏิบัติตามแผนการรักษา จำนวน 26 ข้อ การจัดการด้านบทบาท จำนวน 4 ข้อ และการจัดการด้านอารมณ์ จำนวน 3 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า มีตั้งแต่ 0-3 คะแนน คือ ไม่ปฏิบัติเลย (0 คะแนน) ปฏิบัติเป็นประจำทุกวัน/ทุกครั้ง (3 คะแนน) โดยคะแนนรวมพฤติกรรมการจัดการตนเองมีค่า 0 ถึง 99 คะแนน และคะแนนพฤติกรรมรายด้าน การจัดการด้านการปฏิบัติตามแผนการรักษามีค่า 0 ถึง 78 คะแนน การจัดการด้านบทบาท มีค่า 0 ถึง 12 คะแนน และการจัดการด้านอารมณ์ มีค่า 0 ถึง 9 คะแนน การแปลผลระดับของพฤติกรรมทั้งโดยรวม และรายด้าน แบ่งเป็น ระดับดี และระดับไม่ดี โดยพิจารณาคะแนนโดยรวม และรายด้านตั้งแต่ ร้อยละ 80 ขึ้นไป หมายถึง มีการปฏิบัติพฤติกรรมการจัดการตนเองโดยรวมในระดับดี ส่วนเกณฑ์รายด้านในระดับดี คือ คะแนน ≥ 62 , ≥ 10 และ ≥ 7 ในด้านการปฏิบัติตามแผนการรักษา ด้านการจัดการด้านบทบาท และด้านการจัดการด้านอารมณ์ตามลำดับ สำหรับการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการจัดการตนเองกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องผู้วิจัยใช้คะแนนรวมมีการปฏิบัติพฤติกรรมการจัดการตนเองโดยรวม แบบสอบถามผ่านการตรวจสอบความตรงตามด้านเนื้อหาโดยผู้ทรงวุฒิ 5 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (content validity index, CVI) เท่ากับ 0.94 และตรวจสอบความเชื่อมั่นแบบความคงที่ (stability) ด้วยวิธีการวัดซ้ำ (test-retest procedure) 2 ครั้ง ระยะเวลาห่างกัน 2 สัปดาห์ กับผู้สูงอายุโรคมะเร็งทางเดินอาหารที่มีคุณสมบัติคล้ายกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 ราย ได้ค่า Pearson correlation coefficient เท่ากับ 0.89



การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างโดยนำโครงร่างวิทยานิพนธ์และเอกสารข้อมูลการวิจัยเสนอต่อ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และได้รับเอกสารเลขที่ 079/2564 หลังได้รับการอนุญาตให้ดำเนินการวิจัยแล้ว ขออนุญาตเจ้าหน้าที่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อขอเก็บรวบรวมข้อมูล และอธิบายขั้นตอนต่าง ๆ ให้กลุ่มตัวอย่างทราบโดยละเอียด สิทธิในการตัดสินใจตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมในการทำวิจัยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อการรักษา และสามารถออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา เมื่อกลุ่มตัวอย่างตกลงเข้าร่วมวิจัย ให้ลงนามในใบยินยอมหรือพิมพ์ลายนิ้วมือเพื่อเข้าร่วมการวิจัยพร้อมทั้งมอบหนังสือเซ็นยินยอมให้กลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลจากการวิจัยทั้งหมดถูกเก็บเป็นความลับ ในระหว่างการสัมภาษณ์ สวมหน้ากากอนามัยตลอดเวลา จัดเตรียมอุปกรณ์ในการวัดอุณหภูมิร่างกาย และจัดเตรียมแอลกอฮอล์เจลไว้บริการ และมีการเว้นระยะห่างอย่างน้อย 2 เมตร เพื่อป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ตามมาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุข

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง หลังได้รับการรับรองด้านจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ผู้วิจัยทำหนังสือจากคณบดี คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ถึงนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพะเยา และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยโรงพยาบาลพะเยา เพื่อขออนุญาตในการดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าหอผู้ป่วยอายุรกรรมและศัลยกรรม หน่วยให้ยาเคมีบำบัดแบบไม่พักค้าง โรงพยาบาลพะเยา เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย จากนั้นสุ่มรายชื่อกลุ่มตัวอย่างจากทะเบียนรายชื่อที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งทางเดินอาหาร อธิบายรายละเอียดต่าง ๆ ของการทำวิจัย และสอบถามความสนใจและขอความยินยอมจากผู้สูงอายุ แล้วให้ลงนามหรือพิมพ์ลายนิ้วมือในเอกสารแสดงความยินยอม ใช้เวลาประมาณ 30 นาที สำหรับผู้ป่วยที่ไม่ได้มารับบริการที่โรงพยาบาลพะเยา ผู้วิจัยติดต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเพื่อขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูล และขออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการพาไปยังบ้านกลุ่มตัวอย่าง แล้วทำการคัดกรองระดับสติปัญญาและการรู้คิด และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ตามคุณสมบัติที่กำหนด และเก็บรวบรวมข้อมูลโดยเรียงลำดับเริ่มจากแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลความเจ็บป่วย แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพ และแบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคมะเร็งทางเดินอาหาร โดยผู้วิจัยอ่านข้อคำถามให้ฟังทีละข้อแล้วให้ผู้สูงอายุตอบโดยไม่มีการอธิบายเพิ่มเติม โดยระยะเวลาในการเก็บข้อมูลประมาณ 30 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลส่วนบุคคล คำนวณความรอบรู้ด้านสุขภาพ และคะแนนการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคมะเร็งทางเดินอาหาร วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) การแจกแจงความถี่ (frequency) ร้อยละ (percentage) ค่าเฉลี่ย (mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation) ทดสอบการแจกแจงคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพและคะแนนการจัดการตนเองด้วยสถิติ Kolmogorov-Smirnov พบว่ามีค่า Asymp Sig (2-tailed) เท่ากับ 0.001 แสดงว่าข้อมูลมีการแจกแจงแบบโค้งปกติ (normality) การทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเอง ด้วยสถิติ Pearson product-moment correlation) ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 กำหนดค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ตามเกนท์ (Burns & Grove, 2009)



ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลความเจ็บป่วย

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคมะเร็งทางเดินอาหาร และขึ้นทะเบียนเป็นผู้ป่วยของโรงพยาบาลพะเยา จังหวัดพะเยา จำนวน 88 ราย พบว่ากลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่ง (ร้อยละ 59.10) เป็นเพศชาย และมีอายุเฉลี่ย 67.85 ปี (SD = 4.87) โดยช่วงอายุที่พบมากที่สุดคืออายุ 60-69 ปี พบร้อยละ 67.00 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 86.40) มีระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษา ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 81.80) น้อยกว่าครึ่ง (ร้อยละ 44.32) ไม่ได้ประกอบอาชีพ กลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมด (ร้อยละ 95.50) มีรายได้เพียงพอ ส่วนใหญ่อาศัยอยู่กันหลายคนในครอบครัว (ร้อยละ 97.70) เกือบครึ่ง (ร้อยละ 47.70) มีบุตรเป็นผู้ดูแลหลัก กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 73.90) มีโรคประจำตัวร่วมอย่างน้อย 1 โรค ซึ่งโรคพบมากที่สุด ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 58.00) รองลงมาคือ โรคไขมันในเลือดสูง (ร้อยละ 35.20) และโรคเบาหวาน (ร้อยละ 28.40) กลุ่มตัวอย่างทุกคน (ร้อยละ 100.00) ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 98.90) มีการใช้ยาเคมีบำบัด รองลงมาคือ การฉายรังสี (ร้อยละ 14.80) ประมาณสองในสาม (ร้อยละ 65.90) เป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ รองลงมาคือ โรคมะเร็งกระเพาะอาหาร (ร้อยละ 21.60) น้อยกว่าครึ่ง (ร้อยละ 40.90) ที่ได้รับการวินิจฉัยโรคมะเร็งทางเดินอาหาร 3 เดือน มากกว่าครึ่ง (ร้อยละ 59.10) อยู่ระยะ 2 ของโรคมะเร็งทางเดินอาหาร ทุกคนได้รับข้อมูลด้านสุขภาพจากบุคลากรทางด้านสุขภาพ (ร้อยละ 100.00) มีส่วนน้อยที่ได้รับข้อมูลด้านสุขภาพจากอินเทอร์เน็ต (ร้อยละ 9.10) โทรทัศน์ (ร้อยละ 3.40) สื่อสิ่งพิมพ์ (ร้อยละ 2.30) ดังแสดงตารางที่ 2

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลการเจ็บป่วย (n = 88)

คุณลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	52	59.10
หญิง	36	40.90
อายุ (ปี) ($\bar{X}$ = 67.85, SD = 4.87)		
60-69	59	67.00
70-79	27	30.70
≥ 80	2	2.30
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	76	86.40
มัธยมศึกษา	8	9.10
ปริญญาตรี	4	4.50
สถานภาพสมรส		
คู่	72	81.80
หม้าย	13	14.80
โสด	2	2.30
หย่า	1	1.10
ลักษณะการอยู่อาศัย		
อยู่ร่วมกับบุคคลอื่น	86	97.70
อยู่เพียงลำพัง	2	2.30



ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลการเจ็บป่วย (n = 88) (ต่อ)

คุณลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
ผู้ดูแลหลัก		
บุตร	42	47.70
ภรรยา	20	22.70
สามี	13	14.80
อื่น ๆ	13	14.80
ประวัติการรักษา**		
การผ่าตัด	88	100.00
ยาเคมีบำบัด	87	98.90
การฉายรังสี	13	14.80
ระยะของโรคมะเร็งทางเดินอาหาร		
ระยะ 2	52	59.10
ระยะ 3	34	38.60
ระยะ 4	2	2.30
แหล่งข้อมูลสุขภาพ**		
บุคลากรทางการแพทย์(แพทย์ พยาบาล)	88	100.00
อินเทอร์เน็ต	8	9.10
โทรทัศน์	3	3.40
สื่อสิ่งพิมพ์ (หนังสือพิมพ์ วารสาร นิตยสาร)	2	2.30

หมายเหตุ. ** ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคมะเร็งทางเดินอาหาร

ข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคมะเร็งทางเดินอาหารของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 88 ราย พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้ด้านสุขภาพต่ำสุด 26 คะแนน สูงสุด 54 คะแนน มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ด้านสุขภาพเท่ากับ 43.51 คะแนน (SD = 6.30) อยู่ในระดับสูง เมื่อจำแนกระดับคะแนนความรู้ด้านสุขภาพตามเกณฑ์ที่ตั้งไว้ 3 ระดับ พบว่ามีกลุ่มตัวอย่างมีความรู้ด้านสุขภาพระดับสูงร้อยละ 54.50 รองลงมาระดับปานกลางร้อยละ 43.20 และระดับต่ำร้อยละ 2.30

ข้อมูลการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคมะเร็งทางเดินอาหารพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการจัดการตนเองโดยรวมอยู่ในระดับดี คะแนนต่ำสุด 67 คะแนน สูงสุด 93 คะแนน มีค่าเฉลี่ยคะแนนการจัดการตนเองโดยรวมเท่ากับ 80.61 (SD = 5.28) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าการจัดการตนเองด้านการปฏิบัติตามแผนการรักษามีค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 64.85 (SD = 5.09) อยู่ในระดับดี ด้านบทบาท 8.91 (SD = 0.39) และด้านอารมณ์ 6.85 (SD = 1.18) อยู่ในระดับไม่ดี ดังแสดงในตารางที่ 2



ตารางที่ 2 คะแนนที่เป็นไปได้ ช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ร้อยละ และระดับของความรอบรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองของกลุ่มตัวอย่าง (n = 88)

ตัวแปร	คะแนนที่เป็นไปได้	ช่วงคะแนน (ต่ำสุด-สูงสุด)	คะแนนที่ได้ $\bar{X}$ (SD)	ระดับ	ความถี่ (ร้อยละ)
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	14.00-56.00	26.00-54.00	43.51 (6.3)	ระดับสูง	
ระดับต่ำ	14.00-28.00				2 (2.30)
ระดับปานกลาง	28.01-42.00				38 (43.20)
ระดับสูง	42.01-56.00				48 (54.50)
การจัดการตนเอง	00.00-99.00	67.00-93.00	80.61 (5.2)	ระดับดี	
ด้านการปฏิบัติ	00.00-78.00	51.00-77.00	64.85 (5.0)	ระดับดี	64 (72.70)
การรักษา					
ด้านบทบาท	00.00-12.00	07.00-09.00	8.91 (0.39)	ระดับไม่ดี	88 (100.00)
ด้านอารมณ์	00.00-09.00	02.00-09.00	6.85 (1.18)	ระดับไม่ดี	60 (68.20)

ส่วนที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคมะเร็งทางเดินอาหาร

ผลการศึกษาพบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดการตนเองในระดับปานกลาง ($r = 0.352$, $p < 0.01$)

การอภิปรายผล

1. ความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุโรคมะเร็งทางเดินอาหาร

ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับสูง (ตารางที่ 2) กล่าวได้ว่าผู้สูงอายุโรคมะเร็งทางเดินอาหารมีทักษะในการเข้าถึง เข้าใจ และเลือกใช้ข้อมูลทางด้านสุขภาพเพื่อการปรับใช้ในชีวิตประจำวันของตนเองเพื่อให้มีสุขภาพดี ซึ่งอาจเป็นผลจากกลุ่มตัวอย่างส่วนมาก ร้อยละ 67.00 (ตารางที่ 1) อายุ 60-69 ปี เป็นวัยที่ระบบประสาทสัมผัส ทั้งการมองเห็น การพูดและการฟัง การรับรส และการได้กลิ่น ยังทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ช่วยให้กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพได้ดี สอดคล้องกับผลการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับพื้นฐาน การตัดสินใจรับเคมีบำบัด และผลลัพธ์ในผู้ป่วย มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก พบกลุ่มตัวอย่างอายุ 65 ปีขึ้นไปร้อยละ 70 มีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับเพียงพอ (adequate health literacy) (Busch, Martin, DeWalt, & Sandler, 2015) กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 86.40 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ซึ่งการที่ผู้สูงอายุมีการศึกษาส่งผลให้สามารถอ่าน เขียน เอกสารของทางโรงพยาบาล เช่น ฉลากยา แผ่นพับ เอกสารนัดหมายต่าง ๆ ของโรงพยาบาล หรือ เอกสารให้ความรู้เพิ่มเติมเกี่ยวกับโรคเรื้อรังที่เป็นอยู่ได้ ร้อยละ 81.80 มีสถานภาพสมรสคู่ และร้อยละ 97.70 ได้อาศัยอยู่ร่วมกับสมาชิกในครอบครัว อธิบายได้ว่า การมีคู่สมรสจะสามารถช่วยให้ผู้สูงอายุพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็น รวมทั้งคนในครอบครัวมีส่วนส่งเสริมสนับสนุนให้บุคคลได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ ร้อยละ 100 มีการเข้าถึงแหล่งข้อมูลด้านสุขภาพจากบุคลากรด้านสุขภาพซึ่งเป็นผู้ที่มีความเชี่ยวชาญด้านสุขภาพจึงเป็นแหล่งข้อมูลด้านสุขภาพที่น่าเชื่อถือเพื่อให้ข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างพิจารณาเลือกอย่างเหมาะสมกับโรคเรื้อรังของผู้ป่วยในแต่ละราย ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพมากขึ้นได้ นอกจากนั้นการศึกษาครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างเกือบครึ่งไม่ได้



ประกอบอาชีพ ร้อยละ 44.32 แต่ส่วนใหญ่มีรายได้เพียงพอ (ร้อยละ 95.50) ซึ่งการไม่ได้ประกอบอาชีพทำให้กลุ่มตัวอย่างมีเวลาในการทำกิจกรรมต่าง ๆ รวมถึงการมีเวลาในการแสวงหาข้อมูลด้านสุขภาพเพื่อการดูแลตนเอง ดังการศึกษาความรู้ด้านสุขภาพระดับพื้นฐาน การตัดสินใจรับเคมีบำบัดและผลลัพธ์ในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีความรู้ด้านสุขภาพระดับพื้นฐานไม่เพียงพอจะเป็นผู้ที่มีรายได้ต่ำกว่าผู้ที่มีความรู้ด้านสุขภาพที่เพียงพอ (Busch et al., 2015) และกลุ่มตัวอย่างได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งทางเดินอาหารในช่วง 3-6 เดือนและอยู่ระหว่างการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดหรือฉายแสง ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยไม่นานผู้ป่วยยังมีความสนใจในความเจ็บป่วยของตนเอง ทำให้มีผลต่อการรับข้อมูลและความสัมพันธ์กับความฉลาดทางสุขภาพ (Rattanawarang & Chantha, 2018) นำไปสู่การดูแลสุขภาพภาพของตนเองที่ดีได้

2. การจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคมะเร็งทางเดินอาหาร

จากผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองโดยรวมอยู่ในระดับดี สามารถอธิบายได้ว่าผู้สูงอายุโรคมะเร็งทางเดินอาหารมีการจัดการตนเองด้านความเจ็บป่วยทั้งทางร่างกาย อารมณ์ จิตใจ และมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดำเนินชีวิตของตนเองให้มีความถูกต้อง เหมาะสม ตามแผนการรักษาของโรค พบกลุ่มตัวอย่าง (ร้อยละ 67.00) อยู่ในวัยผู้สูงอายุตอนต้น ซึ่งเป็นวัยที่ร่างกายมีการเปลี่ยนแปลงในทางเสื่อมของระบบต่าง ๆ ของร่างกายไม่มาก ผู้ป่วยโรคมะเร็งจะสามารถจัดการตนเองได้อย่างเหมาะสมขึ้นกับหลายปัจจัย โดยปัจจัยด้านอายุมีความสัมพันธ์กับการจัดการตนเอง อายุที่มากขึ้นการจัดการตนเองจะดีขึ้น (Syed et al., 2016) และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 81.80 มีสถานภาพสมรสคู่ (ตารางที่ 1) ซึ่งคู่สมรสจะมีบทบาทที่สำคัญในการส่งเสริม สนับสนุน สร้างแรงจูงใจและกำลังใจ ทั้งการช่วยสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร หรือการสนับสนุนช่วยเหลือด้านสิ่งต่าง ๆ และมีความเชื่อมั่นมากขึ้นในการที่จะปฏิบัติพฤติกรรมการจัดการตนเองให้ผลสำเร็จอีกทั้งเพิ่มศักยภาพของผู้สูงอายุโรคมะเร็งทางเดินอาหารให้มีการจัดการตนเองที่ดีขึ้น (Sirirung, Puwarawuttipanit, & Koositamongkol, 2022) ส่วนปัจจัยด้านระยะเวลาการเจ็บป่วยที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีระยะเวลาการเจ็บป่วยน้อยกว่า 6 เดือน ซึ่งอาจเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมีการจัดการตนเองระดับดี เนื่องจากการที่ผู้สูงอายุโรคมะเร็งระบบทางเดินอาหารเพิ่งได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งทางเดินอาหาร ทำให้มีความสนใจสนใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเองเพื่อเป้าหมายของการมีสุขภาพที่ดีขึ้น ดังนั้นระยะเวลาเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ผู้ที่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยน้อยกว่า 1 ปี มีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่าผู้ที่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยเกิน 1 ปี (Al-Harithy & Wazqar, 2021)

3. ความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคมะเร็งทางเดินอาหาร

จากผลการศึกษาพบว่า ความรู้ด้านสุขภาพกับการจัดการตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ในระดับปานกลาง ($r = 0.352$) อธิบายได้ว่าเมื่อผู้สูงอายุโรคมะเร็งทางเดินอาหารมีทักษะระดับพื้นฐาน สามารถในการอ่าน การเขียนหนังสือได้ มีความสามารถในการเข้าถึง ทำความเข้าใจ และใช้ข้อมูลทางสุขภาพ สามารถวิเคราะห์ ตัดสินใจ และนำมาปรับใช้จัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้ด้วยตนเองส่งผลให้ผู้สูงอายุโรคมะเร็งทางเดินอาหารจะมีการจัดการตนเองที่ดี ทั้งในด้านการจัดการกับบทบาทหน้าที่ การจัดการทางการแพทย์ และการจัดการกับอารมณ์ได้อย่างถูกต้องเหมาะสมกับโรคมะเร็งทางเดินอาหาร การมีทักษะความรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับสูง จะส่งผลให้มีพฤติกรรมการจัดการตนเองที่ดี จากการทบทวนวรรณกรรมถึงความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สุขภาพและพฤติกรรมการจัดการตนเองในโรคมะเร็ง พบความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยา และพฤติกรรมการดูแลตนเองด้วยการฉายรังสี (Papadakos et al., 2018) ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยที่พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ด้านสุขภาพสูง และค่าเฉลี่ยคะแนนการจัดการตนเองโดยรวมอยู่ในระดับดี (ตารางที่ 2) และมีความสัมพันธ์กับความรู้ด้านสุขภาพ



ทางบวกกับการจัดการตนเองในระดับปานกลาง ส่วนผู้สูงอายุที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองอยู่ในระดับปานกลาง และระดับต่ำ (ตารางที่ 2) อาจเป็นผลมาจากมีกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุตอนกลางร้อยละ 30.70 ผู้สูงอายุตอนปลาย ร้อยละ 2.30 เรียนระดับประถมศึกษา ร้อยละ 86.40 ปัจจัยที่แก้ไขไม่ได้เหล่านี้อาจเป็นข้อจำกัดในการสร้างทักษะการเรียนรู้ การเข้าใจ เข้าถึงข้อมูลสุขภาพ ส่งผลให้ความรอบรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองในผู้สูงอายุที่เป็นโรคมะเร็งทางเดินอาหารมีความสัมพันธ์ทางบวก ในระดับปานกลาง

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับบุคลากรทางสุขภาพในการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุที่เป็นโรคมะเร็งทางเดินอาหารสามารถจัดการตนเองในการควบคุมตัวโรคได้
2. เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับผู้บริหารทางการแพทย์ในการส่งเสริม สนับสนุน จัดกิจกรรมเพื่อเสริม สร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองให้กับผู้สูงอายุโรคมะเร็งทางเดินอาหารได้

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาปัจจัยทำนายการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคมะเร็งทางเดินอาหาร เช่น แรงสนับสนุนทางสังคม การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การรับรู้ภาวะสุขภาพ การรู้สึกรู้สีก่อนในตนเอง เป็นต้น
2. ควรศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคมะเร็งทางเดินอาหารในผู้สูงอายุกลุ่มอื่น เช่น ผู้สูงอายุโรคมะเร็งทางเดินอาหารที่มีรายได้ไม่เพียงพอ สถานภาพโสด เพื่อขยายผลของการศึกษา

References

- Al-Harithy, F. M., & Wazqar, D. Y. (2021). Factors associated with self-management practices and self-efficacy among adults with cancer under treatment in Saudi Arabia. *Journal of Clinical Nursing*, 30(21-22), 3301–3313. doi: 10.1111/jocn.15843
- American Cancer Society. (2020). *American cancer society guideline for colorectal cancer screening*. Retrieved from <https://www.cancer.org>
- Burns, N., & Grove, S. K. (2009). *The practice of nursing research: Appraisal, synthesis, and generation of evidence* (6th ed.). Philadelphia: Elsevier Saunders.
- Busch, E. L., Martin, C., DeWalt, D. A., & Sandler, R. S. (2015). Functional health literacy, chemotherapy decisions, and outcomes among a colorectal cancer cohort. *Cancer Control: Journal of the Moffitt Cancer Center*, 22(1), 95-101. doi: 10.1177/107327481502200112
- Chiang Mai Provincial Public Health Office. (2018). *Health screening guide for the elderly*. Retrieve from https://www.chiangmaihealth.go.th/cmpho_web/main_section.php?info_id=4197 (in Thai)
- Department of Health Ministry of Public Health. (2014). *Elderly screening/assessment manual*. Nonthaburi: Office of the publishing house of the war veteran organization. (in Thai)
- Department of Health Ministry of Public Health. (2017). *Conceptual model of health literacy*. Retrieve from http://planning.anamai.moph.go.th/download/D_DataMarts/Change/HL.pdf (in Thai)
- Ishikawa, H., Takeuchi, T., & Yano, E. (2008). Measuring functional, communicative, and critical health literacy among diabetic patients. *Diabetes Care*, 31(5), 874-879.



- Lorig, K. R., & Holman, H. R. (2003). Self-management education: History, definition, outcomes, and mechanisms. *Annals of Behavioral Medicine*, 26(1), 1-7.
- National Cancer Institute. (2020). *Report on cancer registration at the hospital Level 2019*. Retrieve from https://www.nci.go.th/e_book/hosbased_2563/index.html (in Thai)
- Noppakroh, J., Chintanawat, R., & Khampolsiri, T. (2020). Health literacy and self-management in older persons with type 2 diabetes mellitus. *Nursing Journal*, 47(2), 251-261. (in Thai)
- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, 15(3), 259-267.
- Papadakos, J. K., Hasan, S. M., Barnsley, J., Berta, W., Fazelzad, R., Papadakos, C. J., ... Howell, D. (2018). Health literacy and cancer self-management behaviors: A scoping review. *Cancer*, 124(21), 4202-4210. doi: 10.1002/cncr.31733
- Pfeiffer, E. (1975). A short portable mental status questionnaire for the assessment of organic brain deficit in elderly patients. *Journal of the American Geriatrics Society*, 23(10), 433-441.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2016). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice*. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins.
- Rattanawarang, W., & Chantha, W. (2018). Health literacy of self-care behaviors for blood glucose control in patients with type 2 diabetes, Chai Nat Province. *The Journal of Baromarajonani College*, 24(2), 34-51. (in Thai)
- Ruangawat, S., Soivong, P., & Suksatit, B. (2020). Factors related to self-management behaviors among persons with cirrhosis. *Journal of Health and Nursing Research*, 36(3), 123-132. (in Thai)
- Srirung, W., Puwarawuttipanit, W., & Koositamongkol, S. (2022). Factors influencing self-management behavior among ischemic stroke patients. *Nursing Science Journal of Thailand*, 40(2), 108-123. (in Thai)
- Syed, I. A., Nathan, P. C., Barr, R., Rosenberg-Yunger, Z. R., D'Agostino, N. M., & Klassen, A. F. (2016). Examining factors associated with self-management skills in teenage survivors of cancer. *Journal of Cancer Survivorship*, 10(4), 686-691. doi: 10.1007/s11764-016-0514-y
- Wu, F., Howell, D., Fang, Q., Chen, J., & Yuan, C. (2020). Trajectory patterns and factors influencing self-management behaviors in Chinese patients with breast cancer. *Cancer Nursing*, 43(2), e105-e112. doi: 10.1097/ncc.0000000000000681