วารสารวิชาการ

สาธารณสุขชุมชน

AJCPH

วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน Academic Journal of Community Public Health Volume 12 Number 2 APRIL – JUNE 2026

ISSN 2408-2686



วารสารวิชาการ สาธารณสุขชุมชน

Academic Journal of Community Public Health

Volume 12 Number 2 APRIL – JUNE 2026

วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน อยู่ในฐานข้อมูล TCI กลุ่มที่ 2

วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน

(Academic Journal of Community Public Health : AJCPH)

วัตถุประสงค์วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน

1. เพื่อรวบรวมและเผยแพร่ความรู้ทางการสาธารณสุขชุมชน นำไปสู่การสร้างนวัตกรรมและองค์ความรู้ใหม่
2. เพื่อส่งเสริมและสนับสนุนคุณภาพการวิจัยทางการสาธารณสุขชุมชน
3. เพื่อส่งเสริมการดำเนินงานทางวิชาการของเครือข่ายบริการปฐมภูมิ ทั้งในภาครัฐและเอกชน
4. เพื่อเป็นสื่อวิชาการด้านการสาธารณสุขชุมชน สำหรับสนับสนุนระบบบริการปฐมภูมิและสุขภาพชุมชน
5. เพื่อส่งเสริมคุณค่าและอัตลักษณ์ทางวิชาการของบุคลากรในเครือข่ายบริการปฐมภูมิ

ขอบเขตบทความตีพิมพ์

บทความตีพิมพ์ในวารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชนควรสอดคล้องกับขอบเขตงานด้านสาธารณสุข สำหรับศตวรรษที่ 21 ได้แก่

1. การติดตามสถานการณ์สุขภาพในชุมชนเพื่อค้นหาปัญหา
2. การวินิจฉัยปัญหา การสืบสวนปัญหาและอันตรายด้านสุขภาพ
3. การแจ้งข่าว และการให้ความรู้ด้านสุขภาพแก่ประชาชน
4. การมีส่วนร่วมของชุมชนในการแก้ปัญหาสุขภาพ
5. การพัฒนานโยบายและแผน
6. กฎหมายและระเบียบเพื่อป้องกันสุขภาพ และสร้างเสริมความปลอดภัย
7. การเชื่อมประสานประชาชนกับการบริการสุขภาพ
8. การพัฒนาศักยภาพของบุคลากรเพื่อให้มีความสามารถในการปฏิบัติงานอย่างมีคุณภาพ
9. การประเมินประสิทธิผลของโครงการ
10. การสร้างองค์ความรู้ใหม่ในการแก้ปัญหาสุขภาพ

สำนักงานกองบรรณาธิการ

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
เลขที่ 120 หมู่ 3 ชั้น 2 - 4 อาคารรวมหน่วยงานราชการ ศูนย์ราชการเฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา 5 ธันวาคม 2550 ถนนแจ้งวัฒนะ แขวงทุ่งสองห้อง เขตหลักสี่ กรุงเทพมหานคร 10210
E-mail: editorial.ajcph@gmail.com Website: https://he02.tci-thaijo.org/index.php/ajcph

คณะทำงานวารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน

คณะกรรมการที่ปรึกษา

ศาสตราจารย์ นพ.ประเวศ วะสี
นพ.ณรงค์ศักดิ์ อังคะสุวพลา
นพ.อำพล จินดาวัฒนะ
นพ.ชูชัย ศรชำนิ
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุปรีดา อดุลยานนท์
ปลัดกระทรวงสาธารณสุข
ผู้อำนวยการสถาบันพระบรมราชชนก
ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
รองศาสตราจารย์ นพ.สุรเกียรติ อาชานานุภาพ
นพ.สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ
นพ.วีระวัฒน์ พันธ์ครุฑ
ดร.นพ.โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์
พญ.สุพัตรา ศรีวณิชชากร
เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
ผู้อำนวยการวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร ทุกแห่ง

บรรณาธิการที่ปรึกษา

ศาสตราจารย์ ดร.นพ.ศาสตรี เสาวคนธ์	มหาวิทยาลัยบูรพา
ศาสตราจารย์ ดร.นพ.วีระศักดิ์ จงสู่วิวัฒน์วงศ์	มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
ศาสตราจารย์ ดร.สถิรกร พงศ์พานิช	จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
รองศาสตราจารย์ ดร.สุพัตรา ชาติบัญชาชัย	มหาวิทยาลัยขอนแก่น
รองศาสตราจารย์พิพัฒน์ ลักษมีจรัลกุล	มหาวิทยาลัยมหิดล
รองศาสตราจารย์ ดร.เฉลิมพล ตันสกุล	มหาวิทยาลัยชินวัตร
รองศาสตราจารย์ ดร.รัตนา สำโรงทอง	จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ภัทร แสนไชยสุริยา	มหาวิทยาลัยขอนแก่น
คณบดีคณะวิทยาการสุขภาพและการกีฬา	มหาวิทยาลัยทักษิณ
คณบดีสำนักวิชาสหเวชศาสตร์และสาธารณสุขศาสตร์	มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์
คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์	มหาวิทยาลัยนเรศวร
คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์	มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์	มหาวิทยาลัยบูรพา
คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์	มหาวิทยาลัยขอนแก่น
นายประพัทธ์ ใยบุญษ์	ประธานชมรมสาธารณสุขแห่งประเทศไทย
ดร.ธาดา วรรธนนนกุล	ประธานมูลนิธิเครือข่ายหมออนามัย
นายสำราญ อนุกูล	นายกสมาคมหมออนามัย
นายชูวิทย์ ธานี	นายกสมาคมวิชาชีพสาธารณสุข

กองบรรณาธิการ

บรรณาธิการบริหาร

รองศาสตราจารย์ ดร.วรพจน์ พรหมสัตยพรต	มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ผู้ช่วยศาสตราจารย์บุญเรือง ขาวนวล	มหาวิทยาลัยทักษิณ
นายปริญญา ระลึก	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

บรรณาธิการวิชาการ

รองศาสตราจารย์ ดร.สุมัทนา กลางคาร	มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

กองบรรณาธิการวิชาการ

ศาสตราจารย์ ดร.ณรงค์ศักดิ์ หนูสอน	มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม
รองศาสตราจารย์ ดร.ปุญญพัฒน์ ไชยเมล์	มหาวิทยาลัยทักษิณ
รองศาสตราจารย์ ดร.วรพจน์ พรหมสัตยพรต	มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
รองศาสตราจารย์ ดร.สมเกียรติยศ วรเดช	มหาวิทยาลัยทักษิณ
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รัชชานันท์ ศรีสุภักดิ์	มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ประจวบ แหลมหลัก	มหาวิทยาลัยพะเยา
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พิทยา ศรีเมือง	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธีรศักดิ์ พาจันทร์	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ปริญญา จิตอร่าม	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ บุญเรือง ขาวนวล	มหาวิทยาลัยทักษิณ
ดร.รัตนสิทธิ์ ทิพย์วงศ์	มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์
ดร.กรรณิกา เรืองเดช ชาวสวนศรีเจริญ	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง
ดร.บัณฑิต วรรณประพันธ์	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 นครราชสีมา
ดร.อรทัย ศรีทองธรรม	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 อุบลราชธานี
ดร.นภชา สิงห์วีรธรรม	มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ฝ่ายจัดการ

อ.ดร.ภัทรพล โพนไพรสันต์	มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร
นายปริญญา ระลึก	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
นายสมบัติ ขัดโพธิ์	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

บรรณาธิการแถลง

เรียน ผู้นิพนธ์ ผู้อ่าน วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน ทุกท่าน

วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน ได้ดำเนินการมาเป็น ปีที่ 12 พร้อมเผยแพร่ผลงาน วิชาการ ผลงานวิจัยที่มีคุณภาพ สอดคล้องกับเหตุการณ์ปัจจุบัน ที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ เช่น การเปลี่ยนแปลงภูมิอากาศ (Climate Change) โดยฉบับนี้ ประกอบด้วยเนื้อหา เกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการจัดบริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยศูนย์ป้องกันโรคไม่ติดต่อในชุมชน ผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมเพื่อการป้องกันโรคโควิด-19 ของผู้สูงอายุ ปัจจัยที่มีผลต่ออัตราการกรองของไตในผู้ที่มีภาวะโรคไตเรื้อรังพื้นที่ชุมชนลดเค็ม การพัฒนารูปแบบการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสุขภาพในชุมชน

ด้วยเนื้อหาและบทความได้ให้ความสำคัญกับคุณภาพของบทความ ซึ่งแต่ละบทความผ่านการพิจารณา ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ที่ไม่เกี่ยวข้องกับผู้นิพนธ์ เพื่อให้ผลงานมีคุณภาพ สำหรับวารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน (Academic Journal of Community Public Health: AJCPH) อยู่ในฐานข้อมูล TCI กลุ่มที่ 2 สาขาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี ขอขอบคุณผู้นิพนธ์ที่ ให้ความไว้วางใจในการให้ทางวารสารฯ เป็นสื่อในการเผยแพร่ผลงานของท่านสู่สาธารณะ จึงขอเชิญ ทุกท่านส่งบทความมาตีพิมพ์เพื่อเผยแพร่องค์ความรู้ที่เกิดจากการวิจัยทางด้านสาธารณสุขต่อไป

กองบรรณาธิการ

วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน

สารบัญ	หน้า Page	Contents
บทบรรณาธิการ		**Editorial statement**
1. การพัฒนารูปแบบการจัดบริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยศูนย์ป้องกันโรคไม่ติดต่อในชุมชน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอดอนมดแดง จังหวัดอุบลราชธานี สุภาพร บุญเชื้อ	11	1. Development of a behavior modification service model for risk groups of non-communicable chronic diseases by the Non-communicable Disease Prevention Center in the Community, Don Mot Daeng District Public Health Office, Ubon Ratchathani Province. Supaporn Boonchue
2. ผลของโปรแกรมการสนับสนุนและการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการชะลอไตเสื่อมและอัตราการกรองผ่านไตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะไตเสื่อมระยะที่ 3 โรงพยาบาลขุนตาล อำเภอขุนตาล จังหวัดเชียงราย รุ่งทิวา เงินแท้ ยาภรณ์ เพ็ญประไพ ช่อทิพย์ คูหา ภัสชลิตา อนุเคราะห์	23	2. Effects of a supporting and self-management program to behavior to delay progression and eGFR in patient with hypertension with stage 3 chronic kidney disease Khuntan hospital, Khuntan district, Chiang Rai province. Rungtiwa Ngoenthae Piyaporn Penprapai Chautip Kuha Phatchalita Anukroh
3.ผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมเพื่อการป้องกันโรคโควิด-19 ของผู้สูงอายุ จังหวัดระยอง นฤมล ศรีเสริม ไพบูลย์ พงษ์แสงพันธ์ ประยุกต์ เดชสุทธิกร ธรรมวัฒน์ อุปวงษาพัฒน์	38	3. EFFECT OF HEALTH PROMOTION PROGRAM ON PREVENTIVE BEHAVIORS OF COVID-19 AMONG OLDER ADULTS IN RAYONG PROVINCE Naruemon Sriserm Paiboon Pongsaengpan Prayook Detsuttikorn Dhammawat Ouppawongsapat
4. ผลของโปรแกรมการเพิ่มศักยภาพในการเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในตำบลบางเกลือ อำเภอบางปะกง จังหวัดฉะเชิงเทรา กัญญา เกสรพิกุล	46	4. The Effects of Stress Coping Skills Enhancement Program for Caregivers of Dependent Older People in Bang Kluear Subdistrict, Bang Pakong District, Chachoengsao Province. Kanya Kesornpikul

สารบัญ	**หน้า** **Page**	**Contents**
5. การพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วมโดยรูปแบบโรงเรียนผู้สูงอายุร่มไทรทอง ตำบลหนองบัวบาน อำเภอรัตนบุรี จังหวัดสุรินทร์ มนชยา พนัส	59	5. Participatory Potential Development of the Elderly through the Rom Sai Thong Elderly School Model, Nong Bua Ban Sub-district, Rattanaburi District, Surin Province Monchaya phanat
6. การวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนากระบวนการสนับสนุนภาคประชาชนในการเสนอโครงการกองทุนสุขภาพท้องถิ่น : กรณีศึกษาองค์การบริหารส่วนตำบลวาริชภูมิ จังหวัดสกลนคร ไอลดา พลไชย ศศิวรรณ ทัศนเอี่ยม	70	6. An Action Research for Developing a Support Process for Civil Society in Proposing Projects to the Local Health Security Fund: A Case Study of Waritchaphum Subdistrict Administrative Organization, Sakon Nakhon Province. ilada Ponchai Sasiwan Tassana-iem
7.ผลของการฝึกการทรงตัวด้วยแผ่นฝึกการทรงตัวต่อความสามารถในการเดินของผู้ป่วยกระดูกสะโพกหัก โรงพยาบาลกระทุ่มแบน นิศามณี ดีจงเจริญ ธนากร ธนวัฒน์	82	7. Effect of balance training in walk ability of patients with hip fracture in Krathum Baen hospital. Nisamanee Deechongcharoen Thanakorn Thanawat
8.ปัจจัยที่มีผลต่ออัตราการกรองของไตในผู้ที่มีภาวะโรคไตเรื้อรังพื้นที่ชุมชนลดเค็ม จังหวัดอุทัยธานี เวชพร วังพลับ อิทธิพล ดวงจินดา	94	8. Factors Influencing the Glomerular Filtration Rate among People with Chronic Kidney Disease in Salt-reduction Communities, Uthai Thani Province. Wetchaporn Wangplap Aittiphol Duangchinda
9. การประเมินโครงการพัฒนาศักยภาพและส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ตำบลบ้านควน อำเภอหลังสวน จังหวัดชุมพร ชวิศา แสงผึ้ง อารยา ประเสริฐชัย ธีระวุธ ธรรมกุล	106	9. The Evaluation of Potential Development and Health Promotion of the Elderly Tumbon Bankuan, Amphoe Langsuan, Chumphon Province. Chawisa Sangphueng Araya Prasertchai Theerawut Thammakun

สารบัญ	หน้า Page	Contents
10.การพัฒนาโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำหรับการจัดเก็บรวบรวมข้อมูลการจัดซื้อในโรงพยาบาลเสาไห้เฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา สถิตย์ สงสนธิ	118	10. Development of a Computer Program for Collecting and Managing Procurement Data at Sao Hai Chalermphrakiat 80th Anniversary Hospital. Satit Songsonti
11. ความต้องการพัฒนาตนเองในการปฏิบัติตามองค์กรสมรรถนะสูง กระทรวงสาธารณสุข MoPH-4T ของบุคลากรสำนักงาน สาธารณสุขอำเภอ พื้นที่จังหวัดกาญจนบุรี ชวาลา ยิ่งทวีศักดิ์ อิทธิพล ดวงจินดา	131	11. Self-Development Needs in Compliance with the High Performance Organization, Ministry of Public Health MoPH-4t among the Personnel of the District Public Health Offices, Kanchanaburi Province. Chawala Yingthaweesak Aittiphol Duangchinda
12. การศึกษาปริมาณรังสีที่ผู้ป่วยได้รับจากการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ในโรงพยาบาลกันทรลักษ์ รุ่งทิพย์ ทรงกลด พีรพงษ์ แสงประดับ นงนุช พริ้งเพราะ กิตตินันท์ แซ่ลิ้ม	148	12. Radiation dose from Computed Tomography Scanning in Patients at Kantharalak Hospital. Roongthip Songklod Nongnuch Pringprao Peerapong Sangpradub Kittinan Saelim
13. การพัฒนารูปแบบการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสุขภาพในชุมชน ตำบลยางสว่าง อำเภอรัตนบุรี จังหวัดสุรินทร์ รวิชญ์ สีดาธรรม	162	13. Development of a fall prevention model in elderly people with diabetes With the participation of health network partners in the community Yang Sawang Subdistrict,Rattanaburi District, Surin. Province. Rawit Sida-tham
14. ประสิทธิผลของโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในเขตอำเภอเมือง จังหวัดลำปาง พัทธ์ธีรา เจียมศิริอังกูร เทียนทอง ต๊ะแก้ว	173	14. Effectiveness of motivational programs in enhancing the work performance of caregivers for dependent elderly in Mueang district, Lampang province. Patteera Chiamsiri-angkun Tienthong Takaew

สารบัญ	หน้า Page	Contents
15. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรปลูกทุเรียนในอำเภอท่าศาลา จังหวัดนครศรีธรรมราช มนธิชา ศรีนวล เพชรไพลิน จันทร์สุข รัชนี เสร่าดี สุวรรณา แซ่อุ้ย	187	15. Factors Associated with Preventive Behaviors of Pesticide Use among Durian Farmers in Tha Sala District, Nakhon Si Thammarat Province. Monthicha Srinual Phetphailin Chansuk Ratchanee Saroadee Suwanna Sae-ui
16. ผลของการเลิกสูบบุหรี่ในนักศึกษาที่บำบัดด้วยวิธีการให้คำปรึกษาร่วมกับการใช้ยาอมหญ้าดอกขาวในสถาบันอุดมศึกษา จังหวัดเพชรบูรณ์ ขวัญจิตต์ อนุกูลวัฒนา เพชรธยา แป้นวงษา กมล อยู่สุข	200	16. Effects of Smoking Cessation among University Students Treated with Motivational Counseling Combined with Vernonia cinerea Lozenges in Phetchabun Province, Thailand.
17. การศึกษาความคลาดเคลื่อนทางยาในแผนกผู้ป่วยในของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่ง หนึ่งในภาคเหนือ ของประเทศไทย ธรธรร ศิริโชติ เชษฐา สนิทนา ทศคม เลาหอุดมโชค ทิฆัมพร บำเริบ ธนิตา ตั้งจิตวิสุทธิ์ ธัญญสรณ์ จันทร์จุฬาลักษณ์ ทศพล บุตรมี กนกวรรณ แพรขาว ศักดิ์ชัย ไชยมหาพฤกษ์ ธัชชัย ศรีเสน	211	17. A Study of Medication Errors in the Inpatient Department of a Tertiary Hospital in Northern Thailand. Thornthan Sirichotti Chettha Sanitna Tosakom Laohaudomchok Thikumporn Bumrerb Thanita Tangchitvisut Thanyasorn Chanchulalak Totsapon Butmee Kanokwan Pairkaow Sakchai Chaiyamahapurk Thuchchai Srisen

สารบัญ	หน้า Page	Contents
18. การศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ บ้านป่าปุ๊ ตำบลผาบ่อง อำเภอเมือง จังหวัดแม่ฮ่องสอน วรัญญา มีวินัย เปรมยุดา นวนหนักแน่น วิลาวัลย์ รักไพรสายเพชร สุภัสสรา ดีโชคชัย วิโรจน์ วิถีนิติธรรม กุลภรณ์ สงบสันติสุข พัชรี วงศ์ฝั้น	220	18. A Study of Health Care Behaviors among Elderly People in Ban Pa Pu Village, Pha Bong Sub-district, Mueang District, Mae Hong Son Province. Waranya Miwinai Premyuda Nuannaknaen Wilawan Rakpraisaipet Supassara Deechokchai Wirot Witheenititham Kunlaporn Sa-ngobsantisuk Patcharee Vongfu
19. การพัฒนาแนวทางการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุในชุมชนโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในตำบลจารพัด อำเภอศีขรภูมิ จังหวัดสุรินทร์ พนาสวรรค์ แก้วปลั่ง	235	19. Development of Guidelines for Mental Health Promotion among the Elderly in the Community by Village Health Volunteers in Jaraphat Sub-district, Sikhoraphum District, Surin Province. Panasawarn Kaewplang
20. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาสีนวน อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม สุรศักดิ์ เทียบฤทธิ์ ณัฐพงษ์ อัญชลี พีรภัทร พิมพระทำ จันจิรา ภูนาใบ ขนิษฐา. ดีวังยาง	250	20. Factors Associated with Glycemic Control Among Type 2 Diabetes Patients in the Service Area of Na Si Nuan Subdistrict Health Promoting Hospital, Kantharawichai District, MahaSarakham. Surasak Thiabrithi Nattapong Anchalee Peerapat Phimphratham Janjira Poonabai Khanittha Deewangyang

Received: 10 Sep. 2025, Revised: 23 Dec. 2025
Accepted: 27 Jan. 2026

บทความวิจัย

การพัฒนารูปแบบการจัดบริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยศูนย์ป้องกันโรคไม่ติดต่อในชุมชน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอดอนมดแดง จังหวัดอุบลราชธานี

สุภาพร บุญเชื้อ[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดบริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในระยะที่ 1 ศึกษาบริบทและสภาพปัญหาการดูแลกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในศูนย์ป้องกันโรคไม่ติดต่อในชุมชน NCDs Prevention Center สำนักงานสาธารณสุขอำเภอดอนมดแดง จังหวัดอุบลราชธานี ระยะที่ 2 สร้างและพัฒนารูปแบบกลุ่มตัวอย่างคือตัวแทนผู้นำชุมชน คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จำนวน 70 คน ระยะที่ 3 ประเมินรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จำนวน 60 คน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบการมีส่วนร่วม แบบวัดพฤติกรรมของกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรัง แบบทดสอบความรู้ เกี่ยวกับโรคเรื้อรัง สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) ได้แก่ การทดสอบโดยใช้ Paired Sample t-test โดยศึกษาในระยะเวลา 24 สัปดาห์

ผลการวิจัยพบว่าระดับความรู้เกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อยู่ในระดับสูง หลังดำเนินการ ($\bar{x}$ = 11.6, S.D. = 1.8) สูงกว่าก่อนดำเนินการ ($\bar{x}$ = 7.3, S.D. = 2.1) พฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับสูง หลังดำเนินการ ($\bar{x}$ = 35.7, S.D. = 4.3) สูงกว่าก่อนดำเนินการ ($\bar{x}$ = 24.2, S.D. = 5.1) การสนับสนุนดูแลกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอยู่ในระดับสูง หลังดำเนินการ ($\bar{x}$ = 30.1, S.D. = 5.3) สูงกว่าก่อนดำเนินการ ($\bar{x}$ = 21.4, S.D. = 4.9) มีรูปแบบในการดำเนินกิจกรรม จัดอบรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ด้วยเทคนิค 3ส. 3อ. 1น. (สวดมนต์ สมาธิ สนทนาธรรม อาหาร อารมณ์ ออกกำลังกาย และนาฬิกาชีวิต การติดตามเยี่ยมบ้านโดยทีมสหวิชาชีพ ตรวจประเมินภาวะสุขภาพและส่งต่อเพื่อเข้ารับการรักษาจัดบริการช่องทางการส่งต่อเชื่อมประสานโรงพยาบาลแม่ข่าย และช่องทางรับกลับเพื่อดูแลในชุมชน โดยการดำเนินงานของศูนย์คนไทยห่างไกลโรค NCDs ซึ่งอยู่ภายใต้ศูนย์ป้องกันโรคไม่ติดต่อในชุมชน NCDs Prevention Center การประเมินตามรูปแบบก่อนและหลังดำเนินการมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติที่ระดับ 0.01

คำสำคัญ : การจัดบริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ศูนย์ป้องกันโรคไม่ติดต่อในชุมชน NCDs Prevention Center

[1*]นักสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอดอนมดแดง จังหวัดอุบลราชธานี

[*] Corresponding author E-mail: boonchuepoo@gmail.com

Original Article

Development of a behavior modification service model for risk groups of non-communicable chronic diseases by the Non-communicable Disease Prevention Center in the Community, Don Mot Daeng District Public Health Office, Ubon Ratchathani Province.

Supaporn Boonchue[1*]

Abstract

This action research aimed to develop a behavior modification service model for people at risk of chronic noncommunicable diseases. Phase 1 explored the context and problems of care for people at risk of chronic noncommunicable diseases at the NCD Prevention Center in the Don Mot Daeng District Public Health Office, Ubon Ratchathani Province. Phase 2 developed the model and included 70 samples of community leaders, district-level quality of life development committees, public health officials, and village health volunteers. Phase 3 evaluated the behavior modification model for 60 people at risk of chronic noncommunicable diseases. Data were analyzed using descriptive statistics, including percentages, means, and standard deviations, and compared participation. The model included a behavioral measure for people at risk of chronic diseases and a knowledge test about chronic diseases. Inferential statistics included a paired sample t-test. The study was conducted over a 24-week period.

The research results found that the knowledge level about chronic non-communicable diseases was at a high level after the implementation ($\bar{x}$ = 11.6, S.D. = 1.8) higher than before the implementation ($\bar{x}$ = 7.3, S.D. = 2.1). Self-care behaviors were at a high level after the implementation ($\bar{x}$ = 35.7, S.D. = 4.3) higher than before the implementation ($\bar{x}$ = 24.2, S.D. = 5.1). Support for the group at risk of chronic non-communicable diseases was at a high level after the implementation ($\bar{x}$ = 30.1, S.D. = 5.3) higher than before the implementation ($\bar{x}$ = 21.4, S.D. = 4.9). There was a format for conducting activities, organizing training to change health behaviors with the 3S, 3A, 1N technique (chanting, meditation, religious discussion, food, emotions, exercise, and biological clock), home follow-up visits by a multidisciplinary team, and health assessment. And refer for treatment, arrange for referral channels to connect with the host hospital and return channels for care in the community by the operations of the Thai People Away from NCDs Center, which is under the NCDs Prevention Center in the Community. The evaluation according to the format before and after the operation has a statistically significant difference at the 0.01 level.

Keywords: Behavior Modification Services for Noncommunicable Disease Risk Groups, Noncommunicable Disease Prevention Centers in the Community, NCDs Prevention Center

[1*] Public Health Specialist, Don Mot Daeng District Public Health Office, Ubon Ratchathani Province

[*] Corresponding author E-mail: boonchuepoo@gmail.com

บทนำ

โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-Communicable Diseases: NCDs) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของโลกและของประเทศไทยในปัจจุบัน โดยองค์การอนามัยโลก ระบุว่าโรคเรื้อรังเป็นสาเหตุการเสียชีวิตกว่า 74% ของการตายทั้งหมดทั่วโลก หรือประมาณ 41 ล้านคนต่อปี โดยโรคสำคัญ ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด มะเร็ง เบาหวาน และโรคระบบทางเดินหายใจเรื้อรัง ซึ่งล้วนมีปัจจัยเสี่ยงร่วมจากพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การสูบบุหรี่ การบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม การขาดกิจกรรมทางกาย และการดื่มแอลกอฮอล์ในปริมาณมาก และโรคหัวใจและหลอดเลือด มะเร็ง เบาหวาน และโรคระบบทางเดินหายใจเรื้อรัง ยังคงเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตและภาระโรคโดยรวม คิดเป็นประมาณ สามในสี่ของการเสียชีวิตทั่วโลก (มากกว่า 70%) และประมาณ ประมาณ 43 ล้านการเสียชีวิตในปี 2021 ซึ่งสะท้อนว่าภาระยังสูงและเพิ่มขึ้นในหลายภูมิภาค (World Health Organization,2024)[10]

สถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรังในประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2568 โรคไม่ติดต่อเรื้อรังยังคงเป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิต โดยคิดเป็นประมาณ 71–76% ของการเสียชีวิตทั้งหมดของประชากรไทย หรือราว 400,000 รายต่อปี โรคหัวใจและหลอดเลือด มะเร็ง และเบาหวานเป็นกลุ่มโรคที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในกลุ่มวัยทำงานและผู้สูงอายุซึ่งส่งผลต่อภาระค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลและผลกระทบทางเศรษฐกิจของประเทศ ข้อมูลจากสหพันธ์เบาหวานนานาชาติ (International Diabetes Federation: IDF, 2024)[9] ระบุว่า ประเทศไทยมีผู้ป่วยเบาหวานในผู้ใหญ่ประมาณ 10.2% ของประชากร สถานการณ์การป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อ จังหวัดอุบลราชธานี พบว่ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้น แบ่งรายโรคได้ดังนี้ อัตราป่วยรายใหม่ของโรคเบาหวานต่อประชากรแสนคน ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 – 2568 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น คือ 690.62, 743.64 และ 425.74 อัตราต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ อัตราป่วยรายใหม่ของโรคความดันโลหิตสูงต่อประชากรแสนคน ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 – 2568 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น คือ 1,274.62 , 1,354.39 และ 957.62 อัตราต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ

อำเภอดอนมดแดง จังหวัดอุบลราชธานี มีสถานการณ์การป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ผู้ป่วยรายใหม่โรคเบาหวาน ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 – 2568 คือ 731.59, 764.67 และ 831.73 อัตราต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ อัตราป่วยรายใหม่ของโรคความดันโลหิตสูงต่อประชากรแสนคน ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 – 2568 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นคือ 1,128.63 , 1,241.34 และ 1,362.65 ตามลำดับ โดยในปีงบประมาณ 2568 พบกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานจำนวน 179 ราย และกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 199 ราย ซึ่งปัจจัยเสี่ยงดังกล่าวมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะ ภาวะอ้วนและพฤติกรรมการบริโภคที่ไม่เหมาะสม จากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย พบว่า ประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปมีภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนรวมกันกว่า 37%, ขณะที่มีเพียงร้อยละ 26 ที่มีกิจกรรมทางกายเพียงพอตามเกณฑ์ของ WHO ปัจจัยเสี่ยงเหล่านี้มีความสัมพันธ์เชิงซ้อนกับสภาพแวดล้อมทางสังคมและเศรษฐกิจ เช่น ความหนาแน่นของเมือง การเข้าถึงอาหารที่ไม่ดีต่อสุขภาพ และวิถีชีวิตแบบนั่งนิ่ง (sedentary lifestyle) ซึ่งกำลังกลายเป็นปัญหาสำคัญในสังคมไทย ดังนั้น การศึกษาปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง เพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนเชิงนโยบาย การป้องกัน และการส่งเสริมสุขภาพของประชาชนให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีอย่างยั่งยืน การดำเนินการจัดตั้งศูนย์คนไทยห่างไกลโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชน เป็นการบูรณาการในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชน ซึ่งเป็นนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขให้ทุกอำเภอในประเทศไทยดำเนินการจัดตั้งศูนย์ดังกล่าว และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอดอนมดแดง ได้จัดบริการศูนย์ป้องกันโรคไม่ติดต่อในชุมชน เพื่อเป็นการบูรณาการดำเนินงานเชื่อมประสานจัดบริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกลุ่มเสี่ยงโรคจากการบริการเดิมที่ประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชนในโรงพยาบาลส่งเสริม

สุขภาพตำบลในพื้นที่ ซึ่งการทำวิจัยในครั้งนี้เป็นการเพิ่มเติมในส่วนที่ขาดรูปแบบบริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรังภายใต้บริบทของการเปลี่ยนแปลงด้านสาธารณสุขซึ่งผลจากการพัฒนารูปแบบการจัดบริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรังจะเป็นการเชื่อมประสานระบบการดำเนินงานทั้งโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่ถ่ายโอนสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดอุบลราชธานีและโรงพยาบาลดอนมดแดง เพื่อให้ได้รูปแบบที่เหมาะสมในการดูแลสุขภาพประชาชนในพื้นที่ต่อไป

วัตถุประสงค์

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ตั้งวัตถุประสงค์ไว้ดังนี้

1. เพื่อศึกษาบริบทและสภาพปัญหาการดูแลกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในศูนย์ป้องกันโรคไม่ติดต่อในชุมชน NCDs Prevention Center สำนักงานสาธารณสุขอำเภอดอนมดแดง จังหวัดอุบลราชธานี
2. เพื่อศึกษาการพัฒนารูปแบบการจัดบริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
3. เพื่อศึกษาผลการดำเนินงานตามการพัฒนารูปแบบการจัดบริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้ประยุกต์ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (PAR) ผสมผสานเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ (mixed-methods) ใช้กระบวนการ PAOR ของ Kemmis and McTaggart ประกอบด้วยการวางแผน (Planning) การปฏิบัติตามแผน (Action) การสังเกตผล (Observation) การสะท้อนผล (Reflection) เพื่อศึกษาการพัฒนารูปแบบการจัดบริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยศูนย์ป้องกันโรคไม่ติดต่อในชุมชน อำเภอดอนมดแดง จังหวัดอุบลราชธานี

ช่วงเวลาในการดำเนินการวิจัย เดือนมีนาคม - กันยายน 2568

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้แบ่งประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่กลุ่มผู้เข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการวิจัย ในขั้นการวางแผน (Planning) และขั้นการสะท้อนผล (Reflection) และกลุ่มผู้เข้าร่วมเพื่อประเมินผลการพัฒนารูปแบบการจัดบริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยศูนย์ป้องกันโรคไม่ติดต่อในชุมชน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอดอนมดแดง จังหวัดอุบลราชธานี ในขั้นลงมือปฏิบัติ (Action) และขั้นสังเกตการณ์ (Observation) (Kemmis & McTaggart,1992)[8] ดังนี้

ประชากร แบ่งเป็น 2 ส่วน ดังนี้

1. กลุ่มประชากรผู้เข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการวิจัย ได้แก่ กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน ประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านระดับตำบล คณะกรรมการดำเนินงาน ติดตาม และประเมินผลระบบบริการปฐมภูมิ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ คณะอนุกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ประเด็นการป้องกันควบคุมโรคเรื้อรังรวม กลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วยโรคเรื้อรัง และ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข 292 คน
2. กลุ่มผู้เข้าร่วมเพื่อประเมินผลการพัฒนารูปแบบการจัดบริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยศูนย์ป้องกันโรคไม่ติดต่อในชุมชน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอดอนมดแดง จังหวัดอุบลราชธานี ได้แก่ กลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 661 คน

กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ทำการกำหนดกลุ่มตัวอย่าง ตามประเภทของประชากร ดังนี้

1. กลุ่มผู้เข้าร่วมในกระบวนการวิจัย คัดเลือกผู้เข้าร่วมโดยวิธีเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) เพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างที่สามารถให้ข้อมูลที่ตรงกับวัตถุประสงค์การวิจัย ได้แก่ กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน ประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านระดับตำบล คณะกรรมการดำเนินงาน ติดตาม และประเมินผลระบบบริการปฐมภูมิ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ คณะอนุกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ประเด็นการป้องกันควบคุมโรคเรื้อรัง กลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วยโรคเรื้อรัง และ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข รวมจำนวน 70 คน ดังนี้
2. กลุ่มผู้เข้าร่วมเพื่อประเมินผลการพัฒนารูปแบบการจัดบริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยศูนย์ป้องกันโรคไม่ติดต่อในชุมชน มีเกณฑ์ในการคัดเลือก (สำนักโรคไม่ติดต่อ,2566)[4] จำนวน 60 คน

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria)

1. เป็นกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรัง ประกอบด้วย กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานซึ่งมีระดับน้ำตาลในเลือดก่อนรับประทานอาหารเช้าตั้งแต่ 126 mg/dl ขึ้นไป กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งมีค่าความดันโลหิต ระหว่าง 140-159 / 90-99 มิลลิเมตรปรอท กลุ่มเสี่ยงโรคอ้วน ผู้ที่มี ค่าดัชนีมวลกาย BMI ระหว่าง 23.0-24.9 กิโลกรัม/ตารางเมตร
2. เป็นกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรัง ที่มารับการคัดกรองในศูนย์ป้องกันโรคไม่ติดต่อในชุมชน NCDs Prevention Center ของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอดอนมดแดง จังหวัดอุบลราชธานี
3. เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
4. กลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ ด้วยความสมัครใจ และไม่มีข้อบกพร่องด้านภาษา และการสื่อสาร

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria)

1.กลุ่มตัวอย่างขอถอนตัวออกระหว่างการศึกษาวิจัย
2. กลุ่มตัวอย่างย้ายที่อยู่

ขั้นตอนดำเนินการวิจัย

1. บริบทและสภาพปัญหาการดูแลกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในศูนย์ป้องกันโรคไม่ติดต่อในชุมชน NCDs Prevention Center สำนักงานสาธารณสุขอำเภอดอนมดแดง จังหวัดอุบลราชธานี
2. ระยะปฏิบัติการประชุมระดมสมองจากทุกภาคส่วนในอำเภอดอนมดแดง ได้แก่กลุ่มผู้นำชุมชน กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน ประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านระดับตำบล ตัวแทนคณะกรรมการดำเนินงาน ติดตาม และประเมินผลระบบบริการปฐมภูมิ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ คณะอนุกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ประเด็นการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ตัวแทนกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ตัวแทนเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ดำเนินการประชุมและทำการสนทนากลุ่มรวมทั้งสิ้นจำนวน 70 คน โดยใช้แนวคิดตามนโยบายการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)ในการดำเนินงาน รวมถึงนโยบายการดำเนินงานด้านโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของกระทรวงสาธารณสุข การสนับสนุนการมีส่วนร่วมของประชาชนในการแก้ไขปัญหา นำรูปแบบที่สร้างขึ้นปรึกษาผู้เชี่ยวชาญในการวิเคราะห์และปรับปรุงแก้ไขเพื่อมีความหมาะสมกับกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ต่อไป

3. ประเมินผลการดำเนินงานตามการพัฒนารูปแบบการจัดบริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยศูนย์ป้องกันโรคไม่ติดต่อในชุมชน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอดอนมดแดง จังหวัดอุบลราชธานี เปรียบเทียบหลังจากเข้าร่วมกิจกรรม สรุปประสิทธิภาพของรูปแบบการดูแลสุขภาพร่วมกับภาคีเครือข่ายในชุมชน

ขั้นเตรียมการ

ประสานกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 60 คน ในการเข้าร่วมกิจกรรมเพื่อประมินรูปแบบการจัดบริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยศูนย์ป้องกันโรคไม่ติดต่อในชุมชน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอดอนมดแดง จังหวัดอุบลราชธานี เตรียมวัสดุ อุปกรณ์ที่ใช้ในการทำกิจกรรมกลุ่ม เตรียมเอกสารแบบสอบถามในการเก็บข้อมูลก่อนดำเนินการ

ขั้นดำเนินการ

สัปดาห์ที่ 1 สัปดาห์ที่ 1 การเสริมสร้างความรู้เกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยการบรรยายประกอบสื่อ การค้นพบความจริง วิเคราะห์พฤติกรรมของตนเอง

สัปดาห์ที่ 2 การจัดกิจกรรมตามปัจจัยทางด้านพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ซึ่งประกอบด้วย การสวดมนต์ การปฏิบัติสมาธิ การสนทนาธรรม อาหาร อารมณ์ ออกกำลังกาย และนาฬิกาชีวิต

สัปดาห์ที่ 3 กิจกรรมการตัดสินใจเลือกปฏิบัติเกี่ยวกับการจัดการพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เพิ่มความสามารถในตนเอง และการรับรู้ถึงประโยชน์ในการปฏิบัติตนที่เหมาะสมจนเป็นลีลาชีวิต(Life Style)

สัปดาห์ที่ 4 กิจกรรมการแก้ไขปัญหาในกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสมในการจัดการตนเอง จนเป็นวิถีชีวิต (Way of Life)

สัปดาห์ที่ 5 กิจกรรมการสนับสนุนดูแลในกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

สัปดาห์ที่ 6-23 กระตุ้นเตือนกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเกี่ยวกับการดูแลตนเองโดยใช้แรงสนับสนุนทางสังคมผู้วิจัยและทีมเยี่ยมบ้านหมอครอบครัว (Family Care Team) เป็นการบริการสาธารณสุขเชิงรุก กระตุ้นเตือนเรื่องการจัดการปัญหาความต้องการ การเยี่ยมบ้านรายบุคคล ติดตามทางโทรศัพท์ และกระตุ้นเตือนการลงข้อมูลสมุดประจำตัวของกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังให้ถูกต้อง

สัปดาห์ที่ 24 สรุป และเก็บรวบรวมข้อมูลหลังการทำวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลลักษณะทั่วไปทางประชากรของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ศาสนา อาชีพ ความเสี่ยงต่อโรคเรื้อรัง

ส่วนที่ 2 แบบวัดความรู้เกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง(โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และโรคอ้วน) เป็นแบบสอบถามแบบคำถามปลายปิด แบบเลือกตอบ 2 คำตอบ คือใช่ กับไม่ใช่ ข้อคำถามแบ่งออกเป็น 6 ด้าน

ส่วนที่ 3 แบบวัดพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรัง ประกอบไปด้วย 7 ด้านได้แก่ ด้วยเทคนิค 3ส. 3อ. 1น. (สวดมนต์ สมาธิ สนทนาธรรม อาหาร อารมณ์ ออกกำลังกาย และนาฬิกาชีวิต)[5] จำนวน 25 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบปลายปิดให้ เลือกตอบตามความเป็นจริง แบบ 3 ตัวเลือก ได้แก่ ปฏิบัติเป็นประจำปฏิบัติเป็นบางครั้ง ไม่ปฏิบัติ

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการสนับสนุนการดูแลกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรัง ประกอบไปด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับคำถามเป็นแบบปลายปิดตามแนวคิดแรงสนับสนุนทางสังคม ประกอบไปด้วย 4 ด้าน ได้แก่การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร การสนับสนุนด้านจิตใจ การสนับสนุน ด้านเครื่องมือ อุปกรณ์ งบประมาณ และการสนับสนุนด้านการดูแลสุขภาพ

เครื่องมือวัดเชิงคุณภาพ ได้แก่

1.แบบบันทึกการประชุมเชิงปฏิบัติการในกลุ่มผู้เข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการวิจัย

2.แบบบันทึกการสังเกตการประชุมในกลุ่มผู้เข้ามามีส่วนการวิจัย เป็นการสังเกตแบบมีส่วนร่วม

3. แบบบันทึกข้อมูลการตรวจสุขภาพกลุ่มเสี่ยง (โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และโรคอ้วน)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือในการวิจัย

การหาความตรงและความเที่ยงตรงแบบสอบถาม มี 3 ขั้นตอน ดังนี้

1. ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่สร้างเสร็จไปหาความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยให้คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์และผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 คน ตรวจสอบความถูกต้องและประเมินความสอดคล้องระหว่างคำถามวัตถุประสง (IOC: Item Objective Congruence Index) ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องเท่ากับ 0.87 โดยพิจารณาแก้ไขตามที่ผู้เชี่ยวชาญให้ข้อเสนอแนะแก้ไขเพิ่มเติม และตรวจสอบอีกครั้งโดยคณะกรรมการที่ปรึกษาวิจัย

2. ทำการทดสอบคุณภาพเครื่องมือ (Try out) โดยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับกลุ่มที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 50 คน ซึ่งเป็นประชาชนใน อำเภอม่วงสามสิบ จังหวัดอุบลราชธานี เพื่อหาข้อบกพร่องของเครื่องมือทั้งด้านภาษา และการสื่อความหมาย ให้เข้าใจตรงกันแล้วนำแบบสอบถามมาปรับปรุงให้มีความเหมาะสมเมื่อนำมาใช้จริง

3. การนำเครื่องมือมาคำนวณหาความเชื่อมั่น (Reliability) โดยวิธีการหาสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) พบว่า ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นของแบบทดสอบมีค่าเท่ากับ 0.863

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ในการดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยได้เสนอเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ในวันที่ 30 เมษายน 2568 เอกสารรับรองที่ SSJ.UB 2568 – 04.024

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลมีลำดับขั้นตอนต่อไปนี้

1. ตรวจความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม

2. นำข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามไปวิเคราะห์โดยวิธีการทางสถิติด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์โดยใช้สถิติวิเคราะห์ดังนี้

2.1 ข้อมูลทั่วไป ใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistic) ประกอบด้วย ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Arithmetic Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด(Minimum,Maximum)[7]

2.2 การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย ความรู้ พฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรัง การสนับสนุนการดูแลกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรัง ภายในกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ด้วยสถิติ Dependent t-test

ผลการวิจัย

1.บริบทและสภาพปัญหาการดูแลกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในศูนย์ป้องกันโรคไม่ติดต่อในชุมชน NCDs Prevention Center สำนักงานสาธารณสุขอำเภอดอนมดแดง จังหวัดอุบลราชธานี มีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่ ซึ่งถ่ายโอนสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 4 แห่ง(ร้อยละ100) ซึ่งการเปิดให้บริการรักษาพยาบาล ส่งเสริม สุขภาพ ฟื้นฟูสภาพ และควบคุมป้องกันโรค และมีผลจากการดำเนินงานของศูนย์ป้องกันโรคไม่ติดต่อในชุมชน

NCDs Prevention Center สำนักงานสาธารณสุขอำเภอดอนมดแดง จังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งมีพื้นที่รับผิดชอบ จำนวน 47 หมู่บ้าน 8,146 หลังคาเรือน ประชากรทั้งหมด 27,146 คน มีการจัดบริการในศูนย์ป้องกันโรคไม่ติดต่อในชุมชน NCDs Prevention Center วางแผนการทำงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยฝ่ายงานควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในปีงบประมาณ 2568 พบว่ามีผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมด 1,696 คน ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จำนวน 2,926 คน พบกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานจำนวน 179 ราย และกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 199 ราย โดยมีการจัดทำแผนงานโครงการงบประมาณจากเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอดอนมดแดง

2. ให้บริการคัดกรองความเสี่ยง ประสานส่งต่อ จัดอบรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ในปีงบประมาณ 2568 ตรวจคัดกรองกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในพื้นที่ในประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไป จำนวน 8,674 คน คิดเป็นร้อยละ 100 พบกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานจำนวน 179 ราย และกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 199 ราย ซึ่งมีการจัดอบรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ที่มีความเสี่ยงโดยวิทยากรจากศูนย์ศูนย์ป้องกันโรคไม่ติดต่อในชุมชน NCDs Prevention Center สำนักงานสาธารณสุขอำเภอดอนมดแดง จังหวัดอุบลราชธานี โดยมีการจัดอบรมทั้งในและนอกสถานที่โดยประสานการดำเนินงานกับสถานีสุขภาพในชุมชนหรือ Health Station ไตรมาสละ 1 ครั้ง/ปี และมีการส่งต่อผู้ที่มีความเสี่ยงและไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เพื่อเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลดอนมดแดง จังหวัดอุบลราชธานี ต่อไป

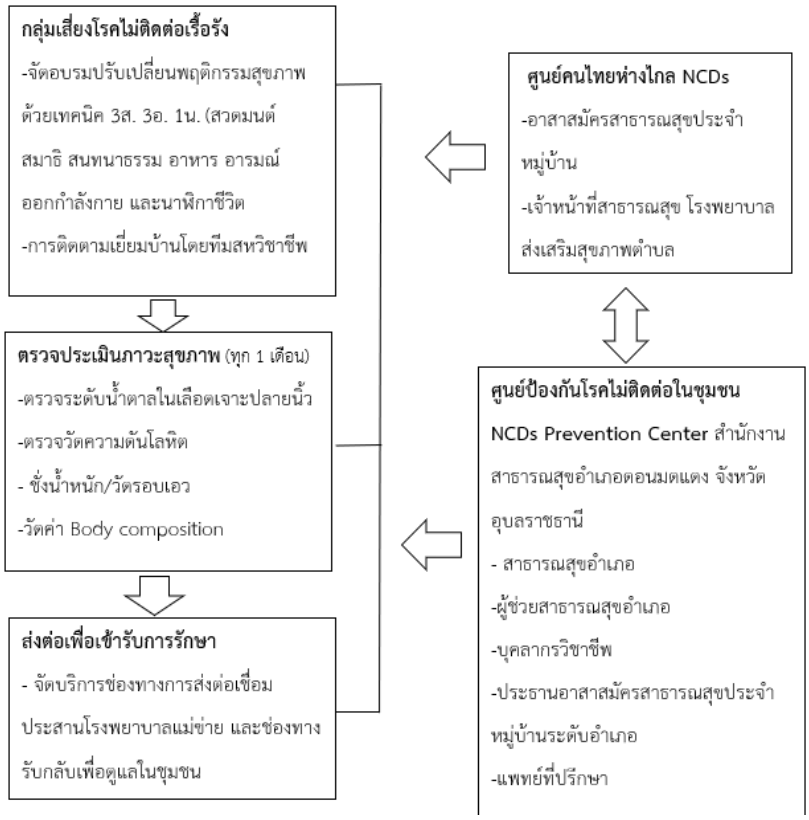
3. เป็นศูนย์ข้อมูล NCDs ข้อมูลการให้บริการ ศูนย์ป้องกันโรคไม่ติดต่อในชุมชน NCDs Prevention Center สำนักงานสาธารณสุขอำเภอดอนมดแดง จังหวัดอุบลราชธานี จัดทำฐานข้อมูลการดำเนินงานและเชื่อมโยงข้อมูลในระบบรายงานการสำรวจและคัดกรองสภาวะสุขภาพ ประเด็นโรคไม่ติดต่อ ผ่าน Application smart อสม.และใช้โปรแกรม“สอน บัดดี้ หรือ Buddy Care เป็นโปรแกรมเยี่ยมบ้าน ออกแบบมาให้บริการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (Home Service) หรือให้บริการเชิงรุกแก่ประชาชนผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

4. สนับสนุนการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เช่น วิชาการฝึกอบรม พี่เลี้ยงที่ปรึกษา ดูแลอุปกรณ์เครื่องมือ

5. สร้างความร่วมมือ เครือข่ายหน่วยบริการ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ภาคีเครือข่ายในพื้นที่ โดยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) อำเภอดอนมดแดง ได้กำหนดประเด็นการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เป็นประเด็นเน้นหนักในการดำเนินงาน

6. ควบคุมกำกับการดำเนินงานของศูนย์คนไทยห่างไกล NCDs โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ศูนย์ป้องกันโรคไม่ติดต่อในชุมชน NCDs Prevention Center ควบคุมกำกับการดำเนินงานของศูนย์คนไทยห่างไกล NCDs โดยมีกระบวนการเชื่อมประสานกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อจัดทำรายงานผลการดำเนินงานเป็นรายไตรมาส และสรุปผลการดำเนินงานรายปีงบประมาณ กระบวนการพัฒนารูปแบบการจัดบริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยศูนย์ป้องกันโรคไม่ติดต่อในชุมชน มีการประชุมระดมสมองจากทุกภาคส่วน ดำเนินการประชุมและทำการสนทนากลุ่มรวมทั้งสิ้นจำนวน 70 คน โดยใช้แนวคิดตามนโยบายการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)ในการดำเนินงาน รวมถึงนโยบายการดำเนินงานด้านโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของกระทรวงสาธารณสุข การสนับสนุนการมีส่วนร่วมของประชาชนในการแก้ไขปัญหา และนำเสนอการพัฒนารูปแบบการจัดบริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยศูนย์ป้องกันโรคไม่ติดต่อในชุมชน ซึ่งผลการดำเนินงานตามการพัฒนารูปแบบการจัดบริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยศูนย์ป้องกันโรคไม่ติดต่อในชุมชน กลุ่มผู้เข้าร่วมเพื่อประเมินผลการพัฒนารูปแบบการจัดบริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยศูนย์ป้องกันโรคไม่ติดต่อในชุมชน จำนวน 60 คน คือ ตัวแทนกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (โรคเบาหวาน

โรคความดันโลหิตสูง โรคอ้วน) ในเขตพื้นที่อำเภอดอนมดแดง จำนวน 30 คน ตัวแทนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 30 คน ทำการฝึกอบรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในระยะเวลา 24 สัปดาห์



รูปแบบการจัดบริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยศูนย์ป้องกันโรคไม่ติดต่อในชุมชน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอดอนมดแดง จังหวัดอุบลราชธานี

ด้านระดับความรู้เกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ก่อนดำเนินการส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 53.3 ($\bar{x}$ = 7.3, S.D.= 2.1) หลังดำเนินการพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับความรู้เกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 70.0 ($\bar{x}$ = 11.6, S.D.= 1.8)

ด้านระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองตามหลักกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ก่อนดำเนินการส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 60.0 ($\bar{x}$ = 24.2, S.D.= 5.1) หลังดำเนินการพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองตามหลักกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 70.0 ($\bar{x}$ = 35.7, S.D.= 4.3)

ด้านระดับการสนับสนุนดูแลกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ก่อนดำเนินการส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 50.0 ($\bar{x}$ = 21.4, S.D.= 4.9) หลังดำเนินการพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับการสนับสนุนดูแลกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 63.3 ($\bar{x}$ = 30.1, S.D.= 5.3)

อภิปรายผล

จากการศึกษาบริบทและสภาพปัญหาการดูแลกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในศูนย์ป้องกันโรคไม่ติดต่อในชุมชน NCDs Prevention Center สำนักงานสาธารณสุขอำเภอดอนมดแดง จังหวัดอุบลราชธานี พบว่าโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมีแนวโน้มของการเพิ่มของผู้ป่วยรายใหม่ ซึ่งต้องมีการจัดรูปแบบบริการการจัดการกลุ่มเสี่ยงของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ซึ่งสำนักงานสาธารณสุขอำเภอดอนมดแดงได้จัดตั้งศูนย์ป้องกันโรคไม่ติดต่อในชุมชนเพื่อพัฒนาการดำเนินงานดังกล่าว และมีผลการดำเนินงานดังนี้

1. ความรู้หลังดำเนินการมีคะแนนเฉลี่ย ($\bar{x}$ = 11.6, S.D. = 1.8) สูงกว่าก่อนดำเนินการ ($\bar{x}$ = 7.3, S.D. = 2.1) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ 0.05 (t = 12.48,df = 59, p < 0.001) แสดงให้เห็นว่าการดำเนินการตามแผน intervention ครั้งนี้มีผลในการเพิ่มระดับความรู้ของกลุ่มตัวอย่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับงานวิจัย[1] ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ในอำเภอสบปราบ จังหวัด ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้อยู่ในระดับดี ร้อยละ 74.6 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อโรค การรับรู้ประโยชน์ของการกษาและป้องกันโรค สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติและการรับรู้ความสามารถของตนในการปฏิบัติ อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 67.2, 81.9, 84.6 และ 79.3 ตามลำดับ ส่วนการรับรู้ความรุนแรงและการรับรู้อุปสรรค อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 77.69, 66.9 ตามลำดับ

2. พฤติกรรมการดูแลตนเองตามหลักกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง หลังดำเนินการมีค่าคะแนนเฉลี่ย ($\bar{x}$ = 35.7, S.D. = 4.3) สูงกว่าก่อนดำเนินการ ($\bar{x}$ = 24.2, S.D. = 5.1) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ 0.05 (t = 14.32,df = 59, p < 0.001) สอดคล้องกับงานวิจัย[3] ศึกษาการพัฒนากระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข โรงพยาบาลบางปะกง ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างต้องการวิธีการในการฝึกทักษะด้านการเลือกอาหารการปรับ สมดุลในร่างกาย การออกกำลังกายที่เหมาะสมกับกายภาพของแต่ละบุคคล ได้รับกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .00 (Z =5.06, Z = 4.59) และความพึงพอใจต่อกระบวนการอยู่ในระดับมากที่สุด

3. การสนับสนุนดูแลกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง หลังดำเนินการมีคะแนนเฉลี่ย ($\bar{x}$ = 30.1, S.D. = 5.3) สูงกว่าก่อนดำเนินการ ($\bar{x}$ = 21.4, S.D. = 4.9) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ 0.05 (t = 10.67,df = 59, p < 0.001) แสดงให้เห็นว่าการดำเนินการตามแผน intervention ครั้งนี้มีผลในการเพิ่มระดับคะแนนการสนับสนุนดูแลกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ของกลุ่มตัวอย่าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับงานวิจัย[6] ศึกษาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง : การป้องกันและเสริมสร้างสุขภาพของพระสงฆ์แบบมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในภาคเหนือ ผลการวิจัยพบว่าองค์ความรู้ที่สำคัญสรุปได้ดังนี้ สถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่นับวันพระสงฆ์จะป่วยเป็นโรคนี้เพิ่มมากขึ้นและพระสงฆ์ขาดความรู้ในการดูแลสุขภาพอย่างถูกวิธี ปัญหาด้านการฉันอาหาร ปัญหาด้านพฤติกรรมการออกกำลังกาย โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เป็นโรคที่พบบ่อยและพระสงฆ์มีปัญหาสุขภาพที่สำคัญ มี 4 โรค คือ โรคอ้วนลงพุง โรคไขมันในเลือดสูง โรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน

4. ปัจจัยแห่งความสำเร็จและอุปสรรคในการดำเนินงาน ในการถอดบทเรียนหลังดำเนินการ After Action Review (AAR) ได้แก่การมีส่วนรวมของทุกภาคส่วนที่เข้ามามีส่วนรวมในการดำเนินงานตั้งแต่ขั้นวางแผนขั้นดำเนินการขั้นประเมินผล และขั้นสะท้อนกลับผลและข้อมูลคืนสู่กลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชน เกิดความทุ่มเทที่จะร่วมกันแก้ไขปัญหา ทำให้เกิดการทำงานเป็นทีม รวมทั้งมีการช่วยเหลือแบ่งปันทรัพยากรร่วมกันทั้งด้านความรู้ ด้านกำลังคน ด้านอุปกรณ์และงบประมาณ ที่จะนำมาแก้ไขปัญหาที่ทุกคนเห็นร่วมกันว่าเป็นปัญหาที่สำคัญ ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหา การพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านให้มีความสามารถในการดูแลทั้งกลุ่ม

เสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และผู้ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชนร่วมกับครอบครัวและชุมชนที่มีประสิทธิภาพ และการให้ความรู้ในการดูแล การสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ และการติดตามเป็นระยะ กิจกรรมที่มีความสอดคล้องกับวิธีชีวิตทำให้กลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรังสามารถควบคุมระดับความเสี่ยงได้

อุปสรรคในการดำเนินการครั้งนี้ ได้แก่ วิธีการดำเนินชีวิตที่มีความแตกต่างกันของคนในเขตเขตพื้นที่อำเภอดอนมดแดงเนื่องจากเป็นชุมชนกึ่งเมือง ที่ส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้างและค้าขายทำให้ไม่มีเวลาในการเข้าร่วมกิจกรรมได้อย่างเต็มที่ การเน้นให้กลุ่มเสี่ยงดูแลตนเองจึงเป็นสิ่งสำคัญ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ยั่งยืนและมีศักยภาพในระยะยาวตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้นนี้มีความเชื่อมโยงกับแผนปฏิบัติการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อแห่งชาติ พ.ศ. 2566–2570[2] เพื่อให้ประเทศไทยบรรลุเป้าหมายการลดการตายก่อนวัยอันควรจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ร้อยละ 30 ภายในปี 2573 ตามเป้าหมายขององค์การอนามัยโลก ซึ่งเน้นแนวทางหลักคือการสร้างสิ่งแวดล้อมและพฤติกรรมสุขภาพที่เอื้อต่อการลดปัจจัยเสี่ยงของโรคไม่ติดต่อ เพื่อให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่องและยั่งยืนทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน เพื่อควบคุมปัจจัยเสี่ยงหลัก 4 ประการของ NCDs ได้แก่ การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา การรับประทานอาหารไม่เหมาะสม และการขาดการออกกำลังกาย

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1.1 ควรมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อย่างสม่ำเสมอโดยการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน เช่น ผู้นำชุมชน กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ครู พระสงฆ์ เป็นต้น

1.2 เพิ่มการจัดบริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยศูนย์ป้องกันโรคไม่ติดต่อในชุมชนสำนักงานสาธารณสุขอำเภอดอนมดแดง จังหวัดอุบลราชธานี เช่น การให้ความรู้ผ่านหอกระจายข่าวในหมู่บ้าน โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน การทำสื่อหมอลำลดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง การทำสื่อผ่านนักสื่อสารสาธารณะ พระสงฆ์เทศนาเกี่ยวกับการลดความเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ลดหวาน มัน เค็ม

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการสร้างรูปแบบการจัดบริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในรูปแบบที่เป็นของพื้นที่อื่น ๆ ในลักษณะการมีส่วนร่วมเพื่อสร้างความเข้มแข็งและยั่งยืนของชุมชน

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยความกรุณาอย่างสูงจากผู้ที่เกี่ยวข้องหลายท่าน ซึ่งไม่อาจนำมากล่าวได้ทั้งหมด ผู้มีพระคุณท่านแรกที่ผู้วิจัยใคร่ขอกราบขอบพระคุณอย่างยิ่ง คือ นายอดิศักดิ์ นามวงค์ นายอำเภอดอนมดแดง ประธานคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ(พชอ.) ดอนมดแดง สาธารณสุขอำเภอดอนมดแดง และผู้เชี่ยวชาญทุกท่านที่ให้ความกรุณาและช่วยเหลืออย่างยิ่งโดยให้คำปรึกษา แนะนำ และแก้ไข ข้อบกพร่องต่างๆ ตลอดจนชี้แนะแนวทางอันเป็นประโยชน์ต่องานวิจัยจนเสร็จสมบูรณ์ ผู้ศึกษารู้สึกซาบซึ้งในความกรุณาของท่านเป็นอย่างยิ่ง ขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

เอกสารอ้างอิง

1. วิชิตพงษ์ วงศ์เรือน. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ในอำเภอสบปราบ จังหวัดลำปาง. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (การสร้างเสริมสุขภาพ). มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2562.
2. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. รายงานผลการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 (NHES VI). กรุงเทพมหานคร : กระทรวงสาธารณสุข ; 2567.
3. สุธน คุณรักษา. “การพัฒนากระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ สำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข โรงพยาบาลบางปะกง,” มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์. 13(2) : 106-124 ; พฤษภาคม – สิงหาคม, 2564.
4. สำนักโรคไม่ติดต่อ. แนวทางการคัดกรองและป้องกันโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในประชาชนไทย. กรุงเทพมหานคร : กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; 2566.
5. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ด้วยเทคนิค 3ส. 3อ.1น. (สวดมนต์ สมาธิ สนทนาธรรม อาหาร อารมณ์ ออกกำลัง และนาฬิกาชีวิต). อุบลราชธานี : กลุ่มงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง สุขภาพจิตและยาเสพติด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี; 2568.
6. อนุสรณ์ เรืองปัญญารัตน์. โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง : การป้องกันและเสริมสร้างสุขภาพของพระสงฆ์แบบมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในภาคเหนือ. มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย; 2566.
7. อรุณ จิรวัฒน์กุล. ชีวสถิติสำหรับงานวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ. ขอนแก่น : โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา; 2546.
8. Kemmis S, McTaggart R. *The action research planner*. 3rd ed. Australia ; 1992.
9. International Diabetes Federation. *IDF Diabetes Atlas, 11th Ed: Thailand country data*. Brussels: IDF; 2024.
10. World Health Organization. Noncommunicable diseases [Internet]. 2024 [cited 2025 March 22]. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases

Received: 12 Jun. 2026, Revised: 1 Oct. 2025

Accepted: 10 Sep. 2025

บทความวิจัย

ผลของโปรแกรมการสนับสนุนและการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการชะลอไตเสื่อมและอัตราการกรองผ่านไตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะไตเสื่อมระยะที่ 3 โรงพยาบาลขุนตาล อำเภอขุนตาล จังหวัดเชียงราย

รุ่งทิวา เงินแท้[1] ปิยาภรณ์ เพ็ญประไพ[2*]

ช่อทิพย์ คูหา[1] ภัสชลิตา อนุเคราะห์[3]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะไตเสื่อมระยะที่ 3 ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนและการจัดการตนเอง และเพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยอัตราการกรองผ่านไต (eGFR) ระหว่างเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2568 ถึงกรกฎาคม พ.ศ. 2568 โดยจับฉลากเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะไตเสื่อมระยะที่ 3 จำนวนทั้งหมด 50 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 25 คน กลุ่มควบคุม 25 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการสนับสนุนและการจัดการตนเอง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมการสนับสนุนและการจัดการตนเอง คู่มือการชะลอไตเสื่อม เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการชะลอไตเสื่อม แบบบันทึกผลการปฏิบัติการชะลอไตเสื่อมด้วยตนเอง แบบบันทึกการติดตามเยี่ยมบ้าน วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติพรรณนาการแจกแจงความถี่และร้อยละ เปรียบเทียบก่อนหลังการทดลองด้วย paired t-test และเปรียบเทียบ 2 กลุ่มด้วย independent t-test ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการชะลอไตเสื่อมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยอัตราการกรองผ่านไตสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุม สรุปว่า การปฏิบัติตามโปรแกรมการสนับสนุนและการจัดการตนเอง ส่งผลให้กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการชะลอไตเสื่อมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และค่าเฉลี่ยอัตราการกรองผ่านไตเพิ่มขึ้นหลังได้รับโปรแกรมและเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุมแต่ไม่แตกต่างกันทางสถิติ

คำสำคัญ โปรแกรมการสนับสนุนและการจัดการตนเอง พฤติกรรมการชะลอไตเสื่อม อัตราการกรองผ่านไต โรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะไตเสื่อมระยะที่ 3

[1]พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลขุนตาล อำเภอขุนตาล จังหวัดเชียงราย

[2]อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเชียงราย

[3]พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลขุนตาล อำเภอขุนตาล จังหวัดเชียงราย

*Corresponding author E-mail: piyaporn.penprapai@crc.ac.th

Review Article

Effects of a supporting and self-management program to behavior to delay progression and eGFR in patient with hypertension with stage 3 chronic kidney disease Khuntan hospital, Khuntan district, Chiang Rai province

Rungtiwa Ngoenthae[1] Piyaporn Penprapai[2*]

Chautip Kuha[1] Phatchalita Anukroh[3]

Abstract

This study aimed to compare the kidney-protective behaviors of patients with hypertension and stage 3 chronic kidney disease (CKD) between an experimental group and a control group, both before and after the implementation of a self-management support program. Additionally, the study compared the mean estimated Glomerular Filtration Rate (eGFR) between February 2025 and May 2025. The sample, selected through random assignment, consisted of 50 hypertensive patients with stage 3 CKD, divided into an experimental group (n=25) and a control group (n=25). The experimental group received the self-management support program. Research instruments included the self-management support program and a kidney-delaying manual. Data collection tools comprised a general information interview form, a kidney-protective behavior interview form, a self-practice record, and a home visit tracking form. Data were analyzed using descriptive statistics (frequency and percentage), paired t-tests for within-group comparisons, and independent t-tests for between-group comparisons. The results revealed that the experimental group's mean score for kidney-protective behaviors was significantly higher than both its pre-program baseline and that of the control group ($p < 0.001$). Furthermore, the experimental group was mean eGFR increased compared to the pre-test period and was higher than that of the control group. In conclusion, adherence to the self-management support program significantly improved kidney-protective behaviors. While the mean eGFR in the experimental group increased post-intervention and surpassed that of the control group, the difference was not statistically significant.

Keywords: a supporting and self-management program, kidney-protective behaviors, estimated Glomerular Filtration Rate (eGFR), hypertension with stage 3 chronic kidney disease (CKD)

[1]Professional Nurse, Khuntan hospital, Khuntan district, Chiang Rai province

[2]Lecturer, Faculty of Nursing, Chiang Rai College

[3]Registered Nurse, Khuntan hospital, Khuntan district, Chiang Rai province

*Corresponding author E-mail : piyaporn.penprapai@crc.ac.th

บทนำ

โรคไตเรื้อรังเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญในระดับโลกและระดับประเทศ โดยลักษณะเด่นของโรคคือ ค่าการกรองผ่านไตลดลงต่ำกว่า 60 มล./นาที/1.73 ตารางเมตร[1] ปัจจุบันมีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังทั่วโลกมากกว่า 700 ล้านคน สำหรับประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2567 พบผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังคิดเป็นร้อยละ 65.05 ลดจาก ปี พ.ศ. 2564 เล็กน้อย (ร้อยละ 66.03) เมื่อพิจารณาในเขตสุขภาพที่ 1 ได้แก่ พื้นที่ภาคเหนือของประเทศไทย ในช่วงปี พ.ศ. 2565 ถึง พ.ศ. 2567 พบอัตราการเกิดโรคไตเรื้อรังร้อยละ 65.88, 64.51 และ 65.40 ตามลำดับ สำหรับจังหวัดเชียงราย รายงานของกระทรวงสาธารณสุขระบุว่า มีจำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังเพิ่มขึ้นจาก 16,084 ราย (ร้อยละ 21.83) ในปี พ.ศ. 2564 เป็น 22,283 ราย (ร้อยละ 24.26) ในปี พ.ศ. 2567 ข้อมูลจากโรงพยาบาลขุนตาล อำเภอขุนตาล จังหวัดเชียงราย พบอัตราผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในช่วงปีพ.ศ. 2565 ถึงพ.ศ. 2567 เพิ่มขึ้นร้อยละ 22.27, 24.16 และ 29.31 ตามลำดับ[2] อีกทั้งพบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในเขตสุภาพที่1-9 มีแนวโน้มลดลง ในปี พ.ศ. 2565 พ.ศ. 2566 พ.ศ. 2567 และ พ.ศ. 2568 ร้อยละ91.36 ร้อยละ 89.32 ร้อยละ 82.96 และ ร้อยละ 80.92 ตามลำดับ แต่ยังไม่ผ่านเกณฑ์ของกระทรวงสาธารณสุข[2] ซึ่งมีความเสี่ยงที่เป็นสาเหตุหนึ่งของโรคไต[3]

โรคไตเรื้อรังหรือภาวะไตวายเรื้อรัง เป็นภาวะที่ไตเสื่อมการทำงานแบ่งออกเป็น 6 ระยะตามแนวทาง KDIGO[3Kdigo] ได้แก่ ระยะที่ 1 มีอัตราการกรองผ่านไต มากกว่าเท่ากับ 90 มล./นาที/1.73 ตารางเมตร ระยะที่ 2 มีอัตราการกรองผ่านไต 60-89 มล./นาที/1.73 ตารางเมตร ระยะที่ 3a มีอัตราการกรองผ่านไต 45-59 มล./นาที/1.73 ตารางเมตร ระยะที่ 3b มีอัตราการกรองผ่านไต 30-44 มล./นาที/1.73 ตารางเมตร ระยะที่ 4 มีอัตราการกรองผ่านไต 15-29 มล./นาที/1.73 ตารางเมตร และระยะที่ 5 มีอัตราการกรองผ่านไต น้อยกว่า 15 มล./นาที/1.73 ตารางเมตร ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเกิดโรคไตเรื้อรัง ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล เช่น อายุ รายได้ โรคร่วม เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง การใช้ยาบางชนิด เช่น ยาบรรเทาอาการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ (NSAIDs) และยารักษาโรคเบาหวานหรือความดันโลหิตสูงที่ต้องใช้ต่อเนื่อง รวมถึงพฤติกรรมเสี่ยง เช่น การสูบบุหรี่และดื่มสุรา[4,5,6,7] จากการทบทวนวรรณกรรมและการสอบถามผู้ป่วยที่มารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลขุนตาล พบว่าผู้ป่วยที่มีการกรองผ่านไตระดับ 3a และ 3b ยังคงซื้อยาแก้ปวดที่ไม่ใช่สเตียรอยด์มารับประทาน การรับประทานอาหารรสหวาน มัน และเค็ม ซึ่งอาจส่งผลให้เป็นโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายได้ หากโรคไตเรื้อรังพัฒนาเข้าสู่ระยะสุดท้าย ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการฟอกไตหรือล้างไตอย่างต่อเนื่อง หรือปลูกถ่ายไต ซึ่งส่งผลต่อสุขภาพทั้งกายและจิตใจ รวมถึงภาระค่าใช้จ่ายของครอบครัวและระบบสาธารณสุข โดยมีรายงานจากประเทศสหรัฐอเมริกาว่าค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยโรคไตสูงถึง 85.4 พันล้านดอลลาร์สหรัฐต่อปี[1] นอกจากนี้ ผู้ป่วยที่ต้องเข้าสู่กระบวนการรักษาดังกล่าวยังประสบกับคุณภาพชีวิตที่ลดลง โดยเฉพาะในด้านการพึ่งพาตนเอง และเป็นภาระต่อผู้ดูแลส่งผลให้เกิดความจำเป็นในการป้องกันและชะลอการเสื่อมของไตตั้งแต่ในระยะแรกเริ่มของโรค[8]

การทำให้ผู้ป่วยเห็นถึงความรุนแรง ความเสี่ยงในการเกิดโรคไต การลดอุปสรรคและการสร้างแรงสนับสนุนจากครอบครัวและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข แนวทางหนึ่งที่จะทำให้เกิดการชะลอไตเสื่อมได้อย่างมีประสิทธิภาพ คือ การจัดโปรแกรมการให้ความรู้และการจัดการตนเองแก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับการดูแลโรคไต โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงสำคัญ การวิจัยที่พบว่า การให้ความรู้ควบคู่กับการติดตามพฤติกรรมการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการใช้ยา ช่วยเพิ่มพฤติกรรมการจัดการตนเองและความรู้เรื่องโรคไตได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[9] อีกทั้งการศึกษาที่

ดำเนินการในคลินิกโรคเรื้อรัง โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ พบว่าการให้ความรู้และติดตามเป็นระยะ ส่งผลให้ค่าการกรองของไตลดลงอย่างช้าลงและมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ[10] โรงพยาบาลหลายแห่งจึงได้จัดทำโปรแกรมเพื่อหวังผลชะลอไตเสื่อม

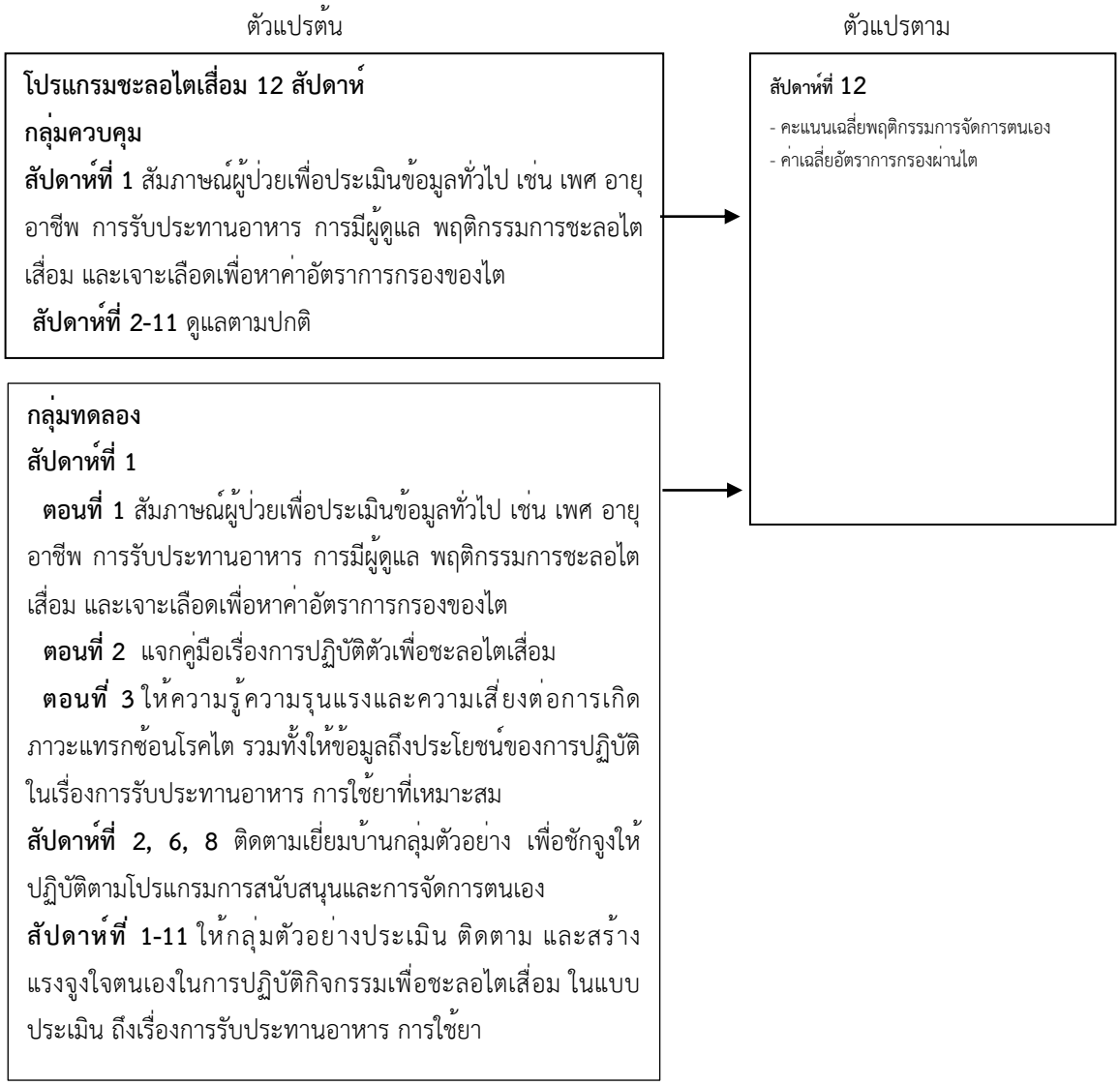
โรงพยาบาลขุนตาลได้เริ่มดำเนินการใช้โปรแกรมชะลอการเสื่อมของไตมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2564 แต่เนื่องจากสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถทำตามโครงการดังกล่าวได้ ผู้ป่วยขาดความต่อเนื่องในการมารักษาและการปฏิบัติตัวตามแนวทาง ส่งผลให้การควบคุมโรคไตไม่สำเร็จตามเกณฑ์ที่ภาครัฐได้กำหนด จากเหตุผลดังกล่าว ผู้วิจัยจึงเล็งเห็นความจำเป็นในการศึกษาประสิทธิผลของ โปรแกรมการสนับสนุนและการจัดการตนเอง ที่ออกแบบตามแนวคิด แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model)[11] และแนวคิดการจัดการตนเอง (Self-Management)[12] โดยมุ่งหวังให้ผู้ป่วยโรคความ ดันโลหิตสูงที่อยู่ในภาวะไตเสื่อมระยะที่ 3 มีพฤติกรรมการ ดูแลตนเองที่เหมาะสมและสามารถชะลอการเสื่อมของไตได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาและเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะไตเสื่อมระยะที่ 3 ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนและการจัดการตนเอง
2. เพื่อศึกษาและเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะไตเสื่อมระยะที่ 3 ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนและการจัดการตนเอง
3. เพื่อศึกษาและเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยอัตราการกรองผ่านไต (eGFR) ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีไตเสื่อมระยะที่ 3 ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนและการจัดการตนเอง
4. เพื่อศึกษาและเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยอัตราการกรองผ่านไต (eGFR) ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีไตเสื่อมระยะที่ 3 ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนและการจัดการตนเอง

กรอบแนวคิด

การศึกษานี้ใช้กรอบแนวคิด แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model)[11] เมื่อบุคคลรับรู้ความรุนแรงของโรค รับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรค และให้บุคคลได้รับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติพฤติกรรมการชะลอไตเสื่อมโดยการให้ความรู้ผ่านการอบรม และให้คู่มือนำไปปฏิบัติที่บ้าน รวมทั้งการติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อชักจูงให้ปฏิบัติพฤติกรรม และแนวคิดการจัดการตนเอง (Self-Management)[12] โดยให้ผู้เข้าร่วมวิจัยปฏิบัติตามคู่มือ และให้บันทึกการปฏิบัติด้วยตนเอง ดังแผนภาพ



วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

เป็นการวิจัย กึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) ประเภท two group pretest-posttest ซึ่งมีการเปรียบเทียบผลลัพธ์ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนและการจัดการตนเองในการชะลอไตเสื่อม

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา

ประชากร คือ กลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะไตเสื่อมระยะที่ 3 ที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกโรคความดันโลหิตสูง

กลุ่มตัวอย่าง คือ กลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะไตเสื่อมระยะที่ 3 จำนวน 52 ราย โดยแบ่งเป็น กลุ่มทดลอง จำนวน 26 ราย และกลุ่มควบคุม จำนวน 26 ราย ภายหลังออกจากกลุ่มทดลอง 1 ราย เนื่องจากย้ายสถานที่รักษา และกลุ่มควบคุม 1 ราย เนื่องจากไม่มาตามนัดหมาย จึงคงเหลือกลุ่มทดลอง 25 ราย กลุ่มควบคุม 25 ราย การคัดเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยวิธีการจับฉลาก ระยะเวลาในการศึกษา 30 พฤษภาคม พ.ศ. 2568 ถึง 30 กรกฎาคม พ.ศ. 2568

เกณฑ์คัดเข้า

- ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะไตเสื่อมระยะที่ 3 และโรคร่วมอื่นๆยกเว้นโรคเบาหวาน
- อายุระหว่าง 40-79 ปี
- ความดันโลหิตไม่เกิน 130/80 มิลลิเมตรปรอท
- ดัชนีมวลกายน้อยกว่า 35 กิโลกรัม/ตารางเมตร
- ไม่มีการดื่มสุราและการสูบบุหรี่
- สามารถสื่อสารและตอบแบบสอบถามได้

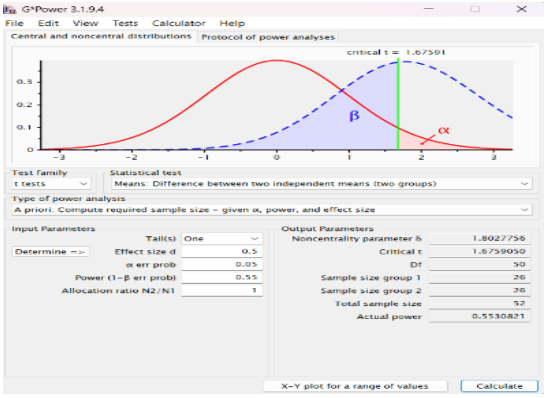
เกณฑ์คัดออก

- ผู้ป่วยที่ไม่สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทย
- ผู้ป่วยที่ไม่ยินดีเข้าร่วมวิจัย

การคำนวณกลุ่มตัวอย่าง

ใช้โปรแกรมคำนวณ G* power[13] โดยกำหนดขนาดอิทธิพลอยู่ในช่วงปานกลางเนื่องจากมีประชากรน้อย คือ 0.50 อำนาจในการทดสอบที่ระดับ 0.55 กำหนดค่าความคลาดเคลื่อนที่ระดับ 0.05 ได้กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มทดลอง 26 ราย กลุ่มควบคุม 26 ราย

รูปภาพแสดงการคำนวณกลุ่มตัวอย่าง



เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการทดลอง
   1.1 โปรแกรมการสนับสนุนและการจัดการตนเอง สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม
   1.2 คู่มือการชะลอไตเสื่อมสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม
2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งเป็น 3 ตอน ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป จำนวน 9 ข้อ ตอนที่ 2 พฤติกรรมการชะลอไตเสื่อม จำนวน 24 ข้อ และตอนที่ 3 แบบบันทึกค่าอัตราการกรองผ่านไต

2.1 แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะไตเสื่อมระยะที่ 3 ซึ่งเป็นข้อคำถามแบบปลายปิด จำนวน 9 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ผู้ดูแล สถานภาพสมรส ศาสนา วุฒิการศึกษา สิทธิการรักษาพยาบาล โรคประจำตัว และผู้ที่ทำหน้าที่ประกอบอาหารหลักภายในครัวเรือน

2.2 แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการชะลอไตเสื่อม ประยุกต์จากงานของ สำราญ พูลทอง สุปราณี เมืองโคตร วิลาวัณย์ หลักเขต[9] จำนวน 24 ข้อ โดยใช้มาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 3 ระดับ ได้แก่ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบางครั้ง ไม่ปฏิบัติ เกณฑ์การให้คะแนนแบบสอบถามรายข้อ เกณฑ์การแปลผล แบ่งเป็น 3 ระดับ คือปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบางครั้ง และไม่ปฏิบัติ โดยให้ค่าคะแนนสูงสุด ลบ ด้วยคะแนนต่ำสุด แล้วนำไปหารด้วยระดับอันตรภาคชั้นที่ต้องการ

ข้อความเชิงบวก	ข้อความเชิงลบ
ปฏิบัติเป็นประจำ 3	1
ปฏิบัติบางครั้ง2	2
ไม่ปฏิบัติ 1	3

เกณฑ์การแปลผล แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบางครั้ง และไม่ปฏิบัติ โดยให้ค่าคะแนนสูงสุด ลบ ด้วยคะแนนต่ำสุด แล้วนำไปหารด้วยระดับอันตรภาคชั้นที่ต้องการ

คะแนนสูงสุด – คะแนนต่ำสุด		3 -1 = 0.67
จำนวนระดับ		3
ปฏิบัติเป็นประจำ	=	ค่าคะแนนเฉลี่ย 2.36 – 3.03
ปฏิบัติบางครั้ง	=	ค่าคะแนนเฉลี่ย 1.68 – 2.35
ไม่ปฏิบัติ	=	ค่าคะแนนเฉลี่ย 1.00 – 1.67

2.3 แบบบันทึกค่าอัตราการกรองผ่านไต (มิลลิลิตรต่อนาทีต่อพื้นที่ผิวร่างกาย 1.73 ตารางเมตร) เก็บตัวอย่างเลือดโดยการเจาะเลือดโดยเจ้าหน้าที่ชำนาญการ ใช้ตัวอย่างเลือด 3 ซีซี เจาะเส้นเลือดดำบริเวณแขน นำเลือดที่เจาะแล้วใส่ในหลอดสีเขียว ซึ่งมีสารลิเทียม เฮปาริน หลังเจาะเลือด ให้ผู้ป่วยพับข้อแขน ประมาณ 5-10 นาที ถ้ามีรอยเขียวช้ำมากบริเวณที่เจาะหรือปวดบวมร่วมด้วยให้ประคบด้วยความเย็น 24-48 ชั่วโมง หลังยุบบวมประคบด้วยน้ำอุ่น ห้ามนวดคลึง

การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย

การวิจัยนี้ผ่านการตรวจสอบและได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย หมายเลขเอกสารรับรอง COA No.008/2568 CRPPHO REC No. 140/2567

ความตรงตามเนื้อหา (content validity) และความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (reliability)

แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการชะลอไตเสื่อม ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงสอดคล้อง เท่ากับ 0.8 ได้ทำการปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ และได้นำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีไตเสื่อมเรื้อรังระยะที่ 3 จำนวน 30 คน หาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (reliability) ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนบราคได้เท่ากับ 0.72 ถือว่ายอมรับได้ตามเกณฑ์ จึงดำเนินการเก็บข้อมูล

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้ดำเนินการตามลำดับขั้นตอน ดังต่อไปนี้

1. ผู้วิจัยเสนอหนังสือขออนุญาตดำเนินการวิจัยและยื่นขอรับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ต่อ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย เพื่อขอพิจารณาอนุมัติให้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

2. ผู้วิจัยได้ดำเนินการทำหนังสือขออนุญาตเข้าดำเนินการวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลขุนตาล

3. การเตรียมผู้ช่วยวิจัย โดยจัดให้มีการฝึกอบรมเพื่อให้สามารถใช้เครื่องมือวิจัยได้อย่างถูกต้อง โดยเฉพาะการสัมภาษณ์เกี่ยวกับพฤติกรรมการรับประทานอาหาร การใช้ยา รวมทั้งฝึกทักษะในการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเพื่อกระตุ้นและส่งเสริมให้มีการปฏิบัติตามโปรแกรมการสนับสนุนและการจัดการตนเอง

4. ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการ

การคุ้มครองสิทธิ์ ให้กลุ่มตัวอย่างลงลายมือชื่อยินยอมเข้าร่วมการวิจัย หลังจากได้รับความยินยอมจึงดำเนินการรวบรวมข้อมูลเบื้องต้น ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล พฤติกรรมการรับประทานอาหาร การใช้ยาต่างๆ และบันทึกผลการตรวจอัตราการกรองผ่านไต (eGFR)

5. ผู้วิจัยดำเนินการวิจัย เป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ แยกตามกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ดังนี้

กลุ่มควบคุม

สัปดาห์ที่ 1 ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยสัมภาษณ์ผู้เข้าร่วมการวิจัยถึง ข้อมูลส่วนบุคคล พฤติกรรมการรับประทานอาหาร การใช้ยาต่างๆตามความเหมาะสม เจาะเลือดและบันทึกค่าอัตราการกรองผ่านไต ใช้เวลา 15 นาทีต่อคน

สัปดาห์ที่ 2-11 ดูแลตามปกติ โดยไม่มีการนัดหมายติดตามผล

สัปดาห์ที่ 12 ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง เพื่อประเมินพฤติกรรมการชะลอไตเสื่อม และทำการเจาะเลือดและบันทึกค่าอัตราการกรองผ่านไต ใช้เวลาประมาณ 10 นาทีต่อคน

กลุ่มทดลอง

สัปดาห์ที่ 1

ตอนที่ 1 ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยสัมภาษณ์ผู้เข้าร่วมการวิจัยถึง ข้อมูลส่วนบุคคล พฤติกรรมการรับประทานอาหาร การใช้ยาต่างๆตามความเหมาะสม เจาะเลือดและบันทึกค่าอัตราการกรองผ่านไต ใช้เวลา 15 นาทีต่อคน

ตอนที่ 2 แจกคู่มือเรื่องการปฏิบัติตัวเพื่อชะลอไตเสื่อม

ตอนที่ 3 ให้ความรู้ความรุนแรงและความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนโรคไต รวมทั้งให้ข้อมูลถึงประโยชน์ของการปฏิบัติ ในเรื่องการรับประทานอาหาร การใช้ยาที่เหมาะสม

สัปดาห์ที่ 2, 6, และ 8 ติดตามเยี่ยมบ้านกลุ่มตัวอย่าง เพื่อชักจูงให้ปฏิบัติตามโปรแกรมการสนับสนุนและการจัดการตนเอง

สัปดาห์ที่ 12 ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง เพื่อประเมินพฤติกรรมการชะลอไตเสื่อม และทำการเจาะเลือด และบันทึกค่าอัตราการกรองผ่านไต ใช้เวลาประมาณ 10 นาทีต่อคน

ระยะติดตามและประเมินผล

1. การประเมินการปฏิบัติพฤติกรรมตนเองโดยเช็คทุกวัน ตั้งแต่สัปดาห์ที่ 1 ถึงสัปดาห์ที่ 12

2. สัปดาห์ที่ 2, 6 และ 8 ผู้ช่วยวิจัยติดตามสอบถามการปฏิบัติพฤติกรรมโดยการเยี่ยมบ้านและให้กำลังใจในการปฏิบัติตามโปรแกรมสนับสนุนและการจัดการตนเอง

3. สัปดาห์ที่ 12 ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างปฏิบัติเพื่อประเมินพฤติกรรมการการรับประทานอาหารและการใช้ยาต่างๆ ใช้เวลา 10 นาทีต่อคน

4. ผู้เชี่ยวชาญเจาะเลือดผู้ป่วย จำนวน 3 ซีซี และบันทึกค่าอัตราการกรองผ่านไต ใช้เวลา 10 นาทีต่อคน

5. ผู้วิจัยนำข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมาตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วน และวิเคราะห์ข้อมูล

6. ผู้วิจัยจัดทำรายงานผลการวิจัยและจัดทำรูปเล่มเพื่อเผยแพร่ และใช้ประโยชน์ในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในระดับชุมชนและโรงพยาบาล

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่เก็บรวบรวมได้จากการศึกษาครั้งนี้ มาทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS version 20[14] ในการวิเคราะห์ข้อมูล และใช้สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics)

สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) เพื่อบรรยายลักษณะของข้อมูลที่ได้จากการศึกษา และรายงานค่าสถิติเป็นค่าความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)

2. สถิติเปรียบเทียบ

2.1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการชะลอไตเสื่อม และค่าเฉลี่ยอัตราการกรองผ่านไต ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนและการจัดการตนเอง ข้อมูลเป็นโค้งปกติใช้สถิติ paired t-test

2.2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการชะลอไตเสื่อม และค่าเฉลี่ยอัตราการกรองผ่านไต ระหว่างกลุ่มก่อน และหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนและการจัดการตนเอง ใช้สถิติ independent t-test และ paired t-test ตามลำดับ

ผลการวิจัย

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของข้อมูลทั่วไปผู้ป่วย

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง ก่อนทดลอง (n=26)		กลุ่มควบคุม หลังทดลอง (n=26)	
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
เพศ				
หญิง	23	88.50	23	88.50
ชาย	3	11.50	3	11.50
อายุ (ปี)				
40-49	1	3.80	2	7.70
50-59	1	3.80	2	7.70
60-69	8	30.80	8	30.80
70-79	16	61.50	14	53.80

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง ก่อนทดลอง (n=26)		กลุ่มควบคุม หลังทดลอง (n=26)	
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
ค่าเฉลี่ย 70-79 ปี				
สถานภาพสมรส				
โสด	0	0.00	1	3.80
สมรส	19	73.10	18	69.20
หม้าย	5	19.20	6	23.10
หย่า/ร้าง	2	7.70	1	3.80
ศาสนา				
พุทธ	26	100.00	26	100.00
วุฒิการศึกษา				
ไม่ได้เรียน	1	3.80	2	7.70
ประถมศึกษา	22	84.60	23	88.50
มัธยมศึกษา/ปวช./ปวส.	2	7.70	1	3.80
ปริญญาตรี	1	3.80	0	0.00
โรคประจำตัว				
ความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดสูง	6	23.10	6	23.10
ความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดสูง เก๊าต์	5	19.20	10	38.50
ความดันโลหิตสูงและเก๊าต์	6	23.10	0	0.00
ความดันโลหิตสูงและหลอดเลือดสมอง	0	0.00	1	3.80
ความดันโลหิตสูง	9	34.60	8	30.80
ความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดสูง หลอดเลือดสมอง	0	0.00	1	3.80
ผู้ดูแล				
ไม่มี	21	80.80	25	96.20
มี	5	19.20	1	3.80
ผู้ประกอบอาหารหลัก				
ตนเอง	6	23.10	3	11.50
สามี/ภรรยา/บุตร	20	76.90	23	88.50

จากตารางที่ 1 พบว่า กลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 23 คน ร้อยละ 88.50 พบ ช่วงอายุ 70 – 79 ปี มากที่สุด จำนวน 16 คน ร้อยละ 61.50 สถานภาพสมรส 19 คน ร้อยละ 73.10 ส่วนใหญ่จบการศึกษาชั้นประถมศึกษา จำนวน 22 คน ร้อยละ 84.60 ส่วนใหญ่ มีโรคประจำตัว เป็นความดันโลหิตสูง จำนวน 9 คน ร้อยละ 34.60 ส่วนใหญ่ไม่มีผู้ดูแล 21 คน ร้อยละ 80.80

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการชะลอไตเสื่อม และค่าเฉลี่ยอัตราการกรองผ่านไตระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ข้อมูล	กลุ่มทดลอง ค่าเฉลี่ย	กลุ่มควบคุม ค่าเฉลี่ย	t	P-value*
พฤติกรรมการชะลอไตเสื่อม				
ก่อนทดลอง (n=26)	57.72	58.44	-0.946	0.349
หลังทดลอง (n=25)	65.04	58.04	7.860	0.000
ค่าเฉลี่ยอัตราการกรองผ่านไต				
ก่อนทดลอง (n=26)	43.15	42.59	0.418	0.678
หลังทดลอง (n=25)	41.22	45.30	1.358	0.181

*Independent t-test

จากตารางที่ 2 พบว่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการชะลอไตเสื่อมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการทดลอง มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ $p<0.001$ และค่าเฉลี่ยอัตราการกรองผ่านไตกลุ่มทดลองลดลงโดยไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการชะลอไตเสื่อม และค่าเฉลี่ยอัตราการกรองผ่านไตภายในกลุ่มทดลอง

ข้อมูล	ค่าเฉลี่ย	t	P-value*
พฤติกรรมการชะลอไตเสื่อม			
ก่อนทดลอง (n=26)	57.72	-8.573	0.000
หลังทดลอง (n=25)	65.04		
ค่าเฉลี่ยอัตราการกรองผ่านไต			
ก่อนทดลอง (n=26)	43.15	7.14	0.291
หลังทดลอง (n=25)	41.22	9.26	

*Independent t-test

จากตารางที่ 3 พบว่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการชะลอไตเสื่อมภายในกลุ่มทดลองหลังการทดลองสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p<0.001$ ส่วนค่าเฉลี่ยอัตราการกรองผ่านไตภายในกลุ่มทดลองหลังการทดลองลดลงอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ เพื่อศึกษาและเปรียบเทียบพฤติกรรมการชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะไตเสื่อมระยะที่ 3 ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนและการจัดการตนเอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนและการจัดการตนเองที่มีต่อค่าอัตราการกรองของไต (eGFR) ของผู้ป่วยโรคไตเสื่อมระยะที่ 3 ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และเพื่อประเมินประสิทธิภาพของการใช้โปรแกรมการสนับสนุนและการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการชะลอไตเสื่อมและอัตราการกรองผ่านไต ลดความเสี่ยงในการเข้าสู่ภาวะไตวายระยะสุดท้าย โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะไตเสื่อมระยะที่ 3 จำนวน 52 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 26 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 26 คน แต่เนื่องจากกลุ่มควบคุม ย้ายไปรักษาที่โรงพยาบาลอื่น 1 คน จึงเหลือ 25 คน และกลุ่มทดลอง ติดต่อไม่ได้ 1 คน จึงเหลือกลุ่มละ 25 คน มีรายละเอียดตามวัตถุประสงค์ ดังต่อไปนี้

จากวัตถุประสงค์ข้อที่ 1. เพื่อศึกษาและเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะไตเสื่อมระยะที่ 3 ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนและการจัดการตนเอง และ วัตถุประสงค์ข้อที่ 2. เพื่อศึกษาและเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะไตเสื่อมระยะที่ 3 ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนและการจัดการตนเอง จากการใช้แนวคิดการสนับสนุนและการจัดการตนเองนั้น ได้แก่ การให้ความรู้แก่ผู้เข้าร่วมวิจัยกลุ่มทดลองถึงเรื่องโรคไต ภาวะแทรกซ้อน การรับประทานอาหาร และการใช้ยาต่างๆ และการ รวมทั้งการเยี่ยมบ้านในสัปดาห์ที่ 2, 6 และ 8 เพื่อติดตามการปฏิบัติตามคู่มือในการรับประทานอาหารโรคไต การใช้ยาตามโรค การใช้ยาตามแพทย์สั่ง การไม่ซื้อยารับประทานเอง การไม่ใช้ยาแก้ปวดที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ รวมถึงการให้กำลังใจในการปฏิบัติ ส่งผลให้กลุ่มทดลองมีการปฏิบัติพฤติกรรมการชะลอไตเสื่อมอย่างต่อเนื่อง คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการชะลอไตเสื่อมระหว่างกลุ่มทดลอง สูงกว่ากลุ่มควบคุมหลังได้รับโปรแกรม และภายในกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการชะลอไตเสื่อมสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p<0.001$ ด้วยอายุส่วนใหญ่ อายุ 70 ปีขึ้นไป เพศหญิงเป็นส่วนใหญ่ การศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา มีผู้ประกอบอาหารให้รับประทาน เป็นลักษณะที่ใกล้เคียงกันทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม สอดคล้องกับงานวิจัย ของเพียงดาว จุลบาท และนงณภัทร รุ่งเนย[15] ซึ่งพบว่า เพศ อายุ ระดับการศึกษา ความรู้ รวมทั้งแรงสนับสนุนจากครอบครัว มีส่วนสำคัญในการที่จะทำให้ผู้ป่วยปฏิบัติพฤติกรรมการชะลอไตเสื่อม ส่งผลให้คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการชะลอไตเสื่อมเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง จำนวน 40 รายใน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปทุม จังหวัดอุบลราชธานี โดยใช้โปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมสนับสนุนการจัดการตนเองและติดตามเยี่ยมบ้านเป็นเวลา 12 สัปดาห์ ผลการศึกษา กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้และพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p<0.05$[9สำราญ] และการศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการจัดการตนเอง ความดันโลหิตและอัตราการกรองของไต ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ที่คลินิกความดันโลหิตสูง แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเขาพนม จังหวัดกระบี่[16] มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการชะลอไตเสื่อมด้านการรับประทานอาหาร การควบคุมแอลกอฮอล์และบุหรี่ การออกกำลังกาย การรับประทานยา สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p<0.05$ เนื่องจากกลุ่มทดลองสามารถปฏิบัติพฤติกรรมการชะลอไตเสื่อมตามโปรแกรมการสนับสนุนและการจัดการตนเองตามหลักของแคนเฟอ (Kanfer)[12] โดยงดเว้นการใช้ยาแก้ปวดที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ รับประทานอาหารที่ไม่มีรสหวาน มัน เค็ม

วัตถุประสงค์ข้อที่ 3 เพื่อศึกษาและเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยอัตราการกรองผ่านไต (eGFR) ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีไตเสื่อมระยะที่ 3 ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนและการจัดการตนเอง และ

วัตถุประสงค์ข้อที่ 4 เพื่อศึกษาและเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยอัตราการกรองผ่านไต (eGFR) ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีไตเสื่อมระยะที่ 3 ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนและการจัดการตนเอง ในการให้ความรู้เกี่ยวกับเรื่องการใช้ยา และเลือกรับประทานอาหารเพื่อชะลอไตเสื่อม และหวังผลเพิ่มอัตราการกรองผ่านไตในกลุ่มทดลอง โดยผลการทดลอง พบว่าอัตราการกรองของไตภายในกลุ่มทดลอง และระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ แต่อัตราการกรองเฉลี่ยมีแนวโน้มลดลงในกลุ่มทดลอง แสดงให้เห็นถึงการปฏิบัติตามคู่มือการชะลอไตเสื่อม แต่การศึกษานี้ใช้ระยะเวลาเพียง 3 เดือน ซึ่งจะใช้ระยะเวลามากกว่า 1 ปี ที่จะสามารถทำให้ค่าอัตราการกรองผ่านไตสูงขึ้นได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อีกทั้งผู้ประกอบอาหารหลักเป็นสามีหรือภรรยาหรือบุตร ซึ่งอาจจะยังปรุงอาหารตามความชอบของตนเองหรืออาจจะยังไม่เหมาะสมกับผู้ป่วยโรคไตเสื่อม นอกจากนี้ อายุของกลุ่มทดลองส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 70-79 ปี ไตมีความเสื่อมตามวัยอยู่เดิม ประกอบกับรับประทานยาเพื่อควบคุมโรคประจำตัว เช่น ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง และเก๊าต์ ค่าอัตราการกรองของไตกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจึงยังไม่เกิดความแตกต่างกันอย่างชัดเจน สอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมสนับสนุนการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม และผลลัพธ์ทางคลินิก ในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง จำนวน 40 รายใน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปทุม จังหวัดอุบลราชธานี โดยใช้โปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมสนับสนุนการจัดการตนเองและติดตามเยี่ยมบ้านเป็นเวลา 12 สัปดาห์ ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีค่าการกรองของไตดีขึ้นร้อยละ 25.0 แต่ค่าเฉลี่ยการกรองของไตก่อนและหลังได้รับโปรแกรมเพิ่มขึ้นไม่แตกต่างกันทางสถิติ[9] ในทางกลับกัน การศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองและผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสำราญ ในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเสื่อมระดับ 3-4 จำนวน 40 คน กลุ่มทดลอง 20 คน กลุ่มควบคุม 20 คน ทำการศึกษาเป็นระยะเวลา 16 สัปดาห์ ผลพบว่าพฤติกรรมการจัดการตนเองและอัตราการกรองผ่านไต และซีรัมครีเอตินินของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม และแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p<0.05$ ซึ่งในการศึกษานี้ กลุ่มทดลองได้กำหนดเป้าหมายการจัดการตนเองในการใช้ยา ลดการรับประทานอาหารเค็ม และจัดการอารมณ์เพิ่มเติม อีกทั้งมีระยะเวลาในการศึกษา 16 สัปดาห์[17] ส่วนการศึกษาของผู้วิจัยไม่ได้นำการออกกำลังกายและการจัดการอารมณ์เข้ามาร่วม อย่างไรก็ตามสรุปได้ว่า การศึกษาครั้งนี้ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการชะลอไตเสื่อมในกลุ่มทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โปรแกรมการจัดการตนเองและการสนับสนุนนี้จึงสามารถใช้เพื่อส่งเสริมให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและเพิ่มอัตราการกรองผ่านไตได้ต่อไป

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ควรนำผลการวิจัยไปใช้กับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังตั้งแต่ระยะที่ 1 ถึงระยะที่ 4 เพื่อชะลอภาวะไตเสื่อม ทั้งในห้องตรวจผู้ป่วยนอก ห้องตรวจผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ของโรงพยาบาลระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ โดยจัดทำเป็นโปรแกรมที่ดัดแปลงให้มีความเหมาะสมกับบริบทของทั้งผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลในการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านเป็นระยะๆ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งถัดไป

ข้อเสนอแนะสำหรับการประยุกต์ใช้โปรแกรมในโรงพยาบาลชุมชน

1. ในงานวิจัยครั้งต่อไปควรจัดโปรแกรมให้ครอบคลุมด้านอาหาร ด้านอารมณ์ และการออกกำลังกาย โดยเพิ่มระยะเวลาในการวิจัยเป็น 6 เดือน หรือมากกว่าเพื่อให้ผลลัพธ์ค่าอัตราการกรองผ่านไตเพิ่มขึ้น

2. เพิ่มการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย และญาติ หรือผู้ดูแล รวมทั้งผู้เชี่ยวชาญในการกำหนดรูปแบบวิถีชีวิต การรับประทานอาหาร การนอนหลับ การออกกำลังกาย การผ่อนคลายอารมณ์

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

จัดให้นำโปรแกรมไปประยุกต์ใช้ในผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาล และขยายไปถึงโรงพยาบาลชุมชนอื่น

เอกสารอ้างอิง

1. Francis A, Harhay MN, Ong ACM, Tummalapalli SL, Ortiz A, Fogo AB, et al. “Chronic kidney disease and the global public health agenda: an international consensus” Nature Reviews Nephrology. 20: 473-85; July, 2024.
2. กระทรวงสาธารณสุข. รายงานตามตัวชี้วัดในระดับกระทรวงปี 2561. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข, 2567.
3. KDIGO. “Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease” Kidney int. 105(4s): S117-34. 2024.
4. เย็นอุรา สัตยาวัน. “คุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ที่ใช้การรักษาแบบประคับประคอง อำเภอหนองวัวซอ จังหวัดอุดรธานี” วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี. 30(3): 435-45; กันยายน-ธันวาคม, 2565.
5. Saritsiri S, Mongkolchati A, Suksaroj T. “Prevalence of chronic kidney disease and related factors among diabetic patients in primary care, Bangkok, Thailand” Journal of Public Health and Development. 19(1): 1-18; January-April, 2021.
6. Cha’on U, Tippayawat P, Sae-ung N, Pinlaor P, Sirithanapho W, Theeranu A. “High prevalence of chronic kidney disease and its related risk factors in rural areas of northeast Thailand” Scientific Reports. 12: 18188. 1-11; October, 2022. https://doi.org/10.1038/s41598-022-22538-w.
7. Theeranut A, Methakanjanasak N, Lertsinudom S, Surit P, Panyaek N, Leeladapattarakul S, et al. “Integrated Care Model by the Village Health Volunteers to Prevent and Slow down Progression of Chronic Kidney Disease in a Rural Community, Thailand” Journal of Primary Care & Community Health. 15: 1-11; 2024. doi: 10.1177/21501319241240355.
8. วีณา สุทธิดี, ทีปทัศน์ ชินตาปัญญากุล, และนพวรรณ สุนทรวิภาต. “คุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการล้างไต: การศึกษาเปรียบเทียบ” วารสารสุขภาพและการพยาบาล มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี. 2(2): 112-26;กรกฎาคม-ธันวาคม, 2566.
9. สำราญ พูลทอง, สุปราณี เมืองโคตร, วิลาวัลย์ หลักเขต. “ผลของโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมและผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3” วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์. 7(1): 91-104. มกราคม-เมษายน, 2566.
10. สุภาพ สุทธิสันต์ชาญชัย, อรสา โอภาสวัฒนา. “ประสิทธิผลของโปรแกรมชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ของคลินิกโรคไตเรื้อรัง โรงพยาบาลอู่ทอง จังหวัดสุพรรณบุรี” วารสารแพทย์เขต 4-5. 40(2): 255-67; เมษายน-มิถุนายน, 2564.

11. Rosenstock IM, Stretcher VJ, Becker MH. “Social learning theory and the health belief model” Health Education Quarterly. 15: 175-83; 1998. doi: 10.1177/109019818801500203.
12. Kanfer FH, Gaelick-Buys L. “Self-management methods. In: Kanfer FH, Goldstein A, editors. Helping people change: textbook of methods” p.305-360; 1991.
13. บุญใจ ศรีสถิตนรากูร. ขนาดอิทธิพล การวิเคราะห์อำนาจ การคำนวณขนาดตัวอย่างที่เหมาะสมโดยใช้โปรแกรม G* power. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2563.
14. IBM. SPSS Statistics 20. 2021.
15. เพียงดาว จุลบาท, นงณภัทร รุ่งเนย. “ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 ในโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี” วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุพรรณบุรี. 7(1): 95-112; มกราคม-มิถุนายน, 2567.
16. รภัสสา รักเกื้อ. “ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการจัดการตนเอง ความดันโลหิตและอัตราการกรองของไต ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ที่คลินิกความดันโลหิตสูง แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเขาพนม จังหวัดกระบี่” วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ. 9(3): 535-542; กรกฎาคม-กันยายน, 2567.
17. พนิดา รัตนศรี. “ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองและผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสำราญ” วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น. 4(2): 209-24; กรกฎาคม-ธันวาคม, 2565.

Received: 9 Sep.2025, Revised: 29 Sep.2025
Accepted: 13 Oct.2025

บทความวิจัย

ผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมเพื่อการป้องกันโรคโควิด-19 ของผู้สูงอายุ จังหวัดระยอง

นฤมล ศรีเสริม[1], ไพบูลย์ พงษ์แสงพันธ์[2]
ประยุกต์ เดชสุทธิกร[2] ธรรมวัฒน์ อุปวงษาพัฒน์[2*]

บทคัดย่อ

การศึกษาในครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบเปรียบเทียบสองกลุ่ม วัดผลสองระยะ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมเพื่อการป้องกันโรคโควิด- 19 ในผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโรงเรียนผู้สูงอายุจังหวัดระยอง สุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิสองขั้นตอน ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 70 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 35 ราย ระยะเวลาศึกษา 6 สัปดาห์ รวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพและแบบวัดพฤติกรรมป้องกันโควิด-19 วิเคราะห์ข้อมูล ด้วยความถี่ ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ค่าเฉลี่ยด้วย independent t-test และ paired t-test วิเคราะห์ความแตกต่างของสัดส่วนด้วย fisher's exact test

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและคะแนนพฤติกรรมป้องกันโรคโควิดวิด-19 ระยะหลังการทดลองมากกว่าในระยะก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p< 0.05$) และกลุ่มทดลองมีคะแนนแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและคะแนนพฤติกรรมป้องกันโรคโควิดวิด-19 ระยะหลังทดลอง มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$)

ผลวิจัยสรุปว่า โปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมเพื่อการป้องกันโรคโควิด-19 สามารถเพิ่มพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 บุคลากรที่ปฏิบัติการด้านการส่งเสริมสุขภาพและดูแลผู้สูงอายุในชุมชนควรนำโปรแกรมนี้ไปประยุกต์ใช้เพื่อเพิ่มความเข็มแข็งในการป้องกันโรคโควิด-19 ของผู้สูงอายุในชุมชนต่อไป

คำสำคัญ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ผู้สูงอายุ พฤติกรรมเพื่อการป้องกันโรคโควิด- 19

[1]นิสิตปริญญาโท คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
[2]อาจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
*Corresponding Author E-mail: Dhammawat.buu@gmail.com

Original Article

EFFECT OF HEALTH PROMOTION PROGRAM ON PREVENTIVE BEHAVIORS OF COVID-19 AMONG OLDER ADULTS IN RAYONG PROVINCE

Naruemon Sriserm[1] Paiboon Pongsaengpan [2]
Prayook Detsuttikorn[2] Dhammawat Ouppawongsapat [2*]

Abstract

This quasi-experimental study with a two-group pre-posttest design aimed to evaluate the effectiveness of a behavior promotion program for COVID-19 prevention among older adults. Participants were 70 elderly individuals enrolled in the Elderly School Program in Rayong Province, Thailand, selected through two-stage stratified random sampling and assigned equally to experimental and comparison groups (n=35 each). The intervention was implemented over six weeks. Data were collected using a health belief model questionnaire and a COVID-19 preventive behavior assessment. Statistical analyses included frequency, percentage, standard deviation. Mean and proportion different analyzes by independent t-tests, pair t-test and fisher's exact test.

Results indicated that the experimental group had significantly higher post-intervention scores in both health belief model and COVID-19 preventive behaviors compared to their pre-intervention scores ($p < 0.05$). Moreover, the post-intervention scores of the experimental group were significantly higher than those of the comparison group in both domains ($p < 0.05$).

In summary, the behavior promotion program effectively improved COVID-19 preventive behaviors among older adults. Health promotion practitioners and community elderly care providers are encouraged to adopt this program to strengthen disease prevention efforts in community settings.

Keywords : Health Belief Model, Older Adults, Preventive Behaviors of Covid-19.

[1]Graduate Student Faculty of Public Health Burapha University

[2]Lecturer Faculty of Public Health Burapha University

*Corresponding Author E-mail: Dhammawat.buu@gmail.com

บทนำ

องค์การอนามัยโลก ระบุว่าในช่วงปี 2020–2021 มีประมาณการว่ามีผู้เสียชีวิตทั่วโลกสาเหตุจากทั้งทางตรงและทางอ้อมจากโรคโควิด-19 (global excess mortality) เป็นจำนวนมากถึง 13.23 ถึง 16.58 ล้านราย [1] โดยในช่วงเวลาดังกล่าวระบุว่าผู้ที่มีอายุ ≥ 60 ปี มีสัดส่วนการเสียชีวิตจาก COVID-19 สูงกว่า 80% ของผู้เสียชีวิตทั้งหมด [2-3] สำหรับประเทศไทย มีรายงานผู้ป่วยยืนยัน 4,728,967 ราย และมีผู้เสียชีวิต 33,940 ราย [4] โดย ณ วันที่ 14 พฤษภาคม 2565 มีผู้ป่วยสะสมในกลุ่มผู้สูงอายุ 527,878 ราย และเสียชีวิต 21,043 ราย คิดเป็นร้อยละ 71.4 ของยอดผู้เสียชีวิตทั้งหมด ทำให้กลุ่มอายุนี้เป็นกลุ่มที่ได้รับผลกระทบจากอัตราการเสียชีวิตมากที่สุด [4]

ผู้สูงอายุถือเป็นกลุ่มเปราะบางที่เสี่ยงต่อการเจ็บป่วยรุนแรงหากได้รับเชื้อ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ที่ติดเชื้อ COVID-19 มักมีโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ร่วมด้วย เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคอ้วน โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคหลอดเลือดหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง และโรคมะเร็ง [5] ปัจจุบันประเทศไทยได้ลดระดับโรคโควิด-19 ให้เป็นโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง แต่หากกลุ่มผู้ป่วยนั้นเป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่มีร่างกายอ่อนแอหรือมีโรคประจำตัวก็ยิ่งเพิ่มความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตได้มากขึ้น[6] จังหวัดระยองพบผู้ป่วยโรคโควิด-19 เป็นอันดับต้นๆ ของประเทศไทย โดยมีอัตราป่วยอยู่ที่ 3,885.12 ต่อแสนประชากร ซึ่งกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการได้รับเชื้อโควิด-19 แล้วมีโอกาสจะเสียชีวิตสูงกว่าคนทั่วไป คือ ผู้สูงอายุที่มีประวัติโรคประจำตัว เช่น เบาหวาน ความดันโลหิต และโรคอ้วน เป็นต้น แม้สถานการณ์โควิดจะคลายตัวลง แต่จังหวัดระยองยังคงพบผู้ติดเชื้อโรคโควิด-19 เป็นกลุ่มผู้สูงอายุมากถึง 14,388 คน [7]

แม้ว่าภาครัฐจะส่งเสริมมาตรการป้องกัน เช่น การสวมหน้ากาก การล้างมือ การเว้นระยะห่าง และการรับวัคซีน แต่รายงานจากกรมอนามัย (2566) พบว่าผู้สูงอายุจำนวนมากยังมีพฤติกรรมป้องกันที่ไม่สม่ำเสมอ โดยเฉพาะการล้างมือก่อนรับประทานอาหาร การสวมหน้ากากในพื้นที่ชุมชน และการเข้ารับวัคซีนกระตุ้น (booster dose) ที่ยังต่ำกว่าเป้าหมาย [8] งานวิจัยในบริบทประเทศไทย ชี้ให้เห็นบทบาทสำคัญขององค์ประกอบของ ความเชื่อด้านสุขภาพ (HBM) ต่อความตั้งใจและพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด 19 ในผู้สูงอายุ พบว่า การรับรู้ความเสี่ยง เป็นตัวทำนายความตั้งใจรับวัคซีนอย่างมีนัยสำคัญสำคัญ ในขณะที่การรับรู้อุปสรรคและการชักนำจากบุคลากรทางการแพทย์มีผลต่อการตัดสินใจของผู้สูงอายุ ซึ่งบ่งชี้ว่าการลดอุปสรรคและการให้คำแนะนำเชิงพื้นที่เป็นปัจจัยหลักในการเพิ่มอัตราการรับวัคซีนในบริบทท้องถิ่น [9] อีกทั้งยังพบว่า โปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพที่ออกแบบตามทฤษฎีความเชื่อสุขภาพ (HBM) สามารถเพิ่มคะแนนพฤติกรรมป้องกันของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ [10] สอดคล้องกับงานวิจัยในต่างประเทศในบริบทผู้สูงอายุสวีเดน ที่พบปัจจัยสิ่งชักนำการปฏิบัติและการสนับสนุน (Cue to action) ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของทฤษฎีความเชื่อสุขภาพ (HBM) อันได้แก่ ครอบครัว หน่วยงานสาธารณสุขช่วยให้ผู้สูงอายุยอมรับและปฏิบัติตามมาตรการป้องกันโรคโควิดในระดับสูงขึ้นและช่วยลดทอนความโดดเดี่ยวและการขาดการสื่อสารช่วงการระบาดของโรคได้เป็นอย่างดี [11]

อย่างไรก็ดีการจัดโปรแกรมด้วยแนวคิดทฤษฎีความเชื่อสุขภาพ (HBM) เพื่อการพัฒนาการป้องกันโรคโควิด 19 ในผู้สูงอายุโดยตรงยังมีงานวิจัยที่เกี่ยวข้องน้อย โดยเฉพาะในบริบทภาคตะวันออกของประเทศไทย เช่นจังหวัดระยอง ที่มีลักษณะพิเศษเป็นชุมชนเมืองอุตสาหกรรมขนาดใหญ่ร่วมกับพื้นที่สวนเกษตรกรรมและประมง แตกต่างกับหลายพื้นที่ในไทย และระยองมีสถิติพบผู้สูงอายุที่เป็นโรคโควิด 19 ในช่วงการระบาดมากกว่าหลายพื้นที่ของไทยและในปัจจุบันยังคงพบผู้ป่วยต่อเนื่องนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาผลของโปรแกรมสร้างเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ในผู้สูงอายุ เพื่อทำให้ผู้สูงอายุเกิดทักษะในการป้องกันตนเองเพื่อลดความเสี่ยงในการติดเชื้อโควิด-19 อย่างมีประสิทธิภาพ นำมาสู่การลดการเกิดผู้ป่วยรายใหม่ในผู้สูงอายุต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของแบบแผนความเชื่อสุขภาพ และ พฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด - 19 ระหว่างก่อน และหลังการทดลอง ภายในกลุ่มทดลอง

2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของแบบแผนความเชื่อสุขภาพ และ พฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด - 19 ระหว่างก่อน และหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลอง เทียบกับ กลุ่มเปรียบเทียบ

3. เพื่อเปรียบเทียบเทียบระดับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และ ระดับของพฤติกรรมกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

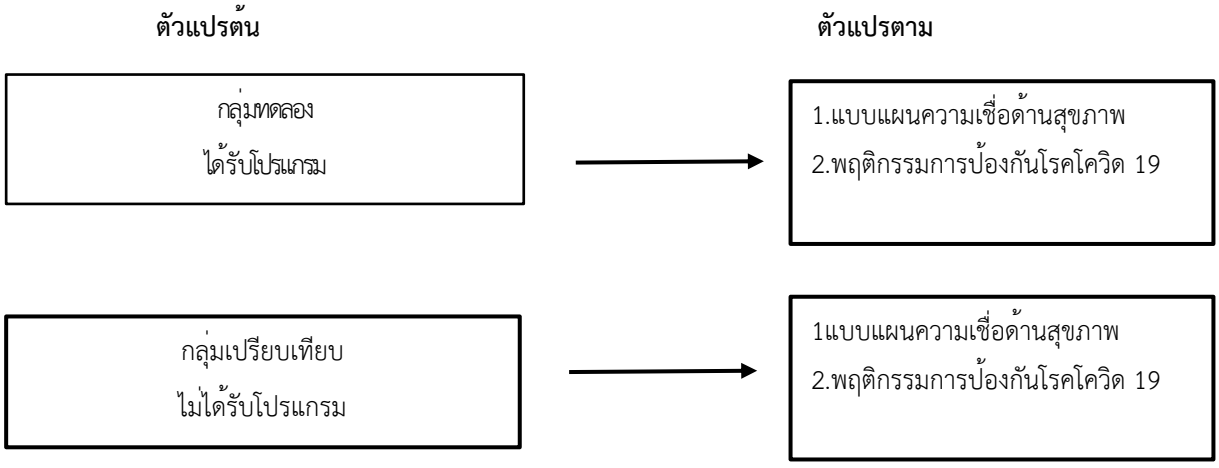
สมมติฐานการวิจัย

1. ค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อสุขภาพ และระดับของพฤติกรรมป้องกัน โรคโควิด - 19 ในผู้สูงอายุ ในระยะหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลอง สูงกว่าก่อนทดลอง

2. ค่าเฉลี่ยของคะแนนแบบแผนความเชื่อสุขภาพ และระดับของพฤติกรรมป้องกัน โรคโควิด - 19 ในผู้สูงอายุ ในระยะหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

3. ระดับของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและระดับพฤติกรรมกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีความแตกต่างกัน โดยกลุ่มทดลองมีค่าระดับที่ดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research design) แบบสองกลุ่มเปรียบเทียบวัดก่อนและหลังการทดลอง (the pre-post-test design) ระยะเวลาการการดำเนินกิจกรรม 6 สัปดาห์ โดยในกลุ่มเปรียบเทียบเป็นกลุ่มดำเนินชีวิตตามปกติ ส่วนกลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมที่ผู้วิจัยกำหนดขึ้น

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 - 75 ปี ทั้งเพศหญิงและเพศชาย ที่เข้าเรียนในโรงเรียนผู้สูงอายุ จัดตั้งโดยจังหวัดระยอง จำนวน 86 โรงเรียน จำนวนผู้สูงอายุเข้าร่วม 23,806 คน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโรงเรียนผู้สูงอายุในจังหวัดระยอง จำนวน 2 แห่ง โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 1 โรงเรียนและกลุ่มเปรียบเทียบ 1 โรงเรียน สุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิสองขั้นตอน (two-stage stratified random sampling) โดยขั้นที่หนึ่งสุ่มอย่างง่ายเพื่อเลือกตัวแทนโรงเรียนสูงอายุจำแนกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ สุ่มขั้นที่สอง สุ่มอย่างง่ายจากบัญชีรายชื่อนักเรียนในโรงเรียนผู้สูงอายุนั้น โดยมีคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างดังนี้

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria)

1.) เป็นผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60-75 ปี เป็นผู้มีรายชื่อในโรงเรียนผู้สูงอายุ จังหวัดระยอง และมาทำกิจกรรมต่อเนื่องตลอด 6 สัปดาห์ตามนัดหมาย

2.) ไม่มีโรคประจำตัวรุนแรงที่เป็นอุปสรรคต่อการดำเนินกิจกรรม

3.) มีสติสัมปชัญญะ ฟัง อ่านไทยได้ดี และผ่านคัดกรองแบบประเมินความจำเสื่อมในผู้สูงอายุ (MISE-THAI 2002)

4.) ไม่เคยเข้าร่วมโปรแกรมการสร้างเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อโควิด-19 มาก่อน

เกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria)

1. ปฏิเสธการเข้าร่วมหรือประสงค์ถอนตัวระหว่างกิจกรรม
2. เจ็บป่วยร้ายแรง เสียชีวิตหรือย้ายถิ่นที่อยู่ ระหว่างการดำเนินกิจกรรม

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง

ขนาดของกลุ่มตัวอย่างนี้ กำหนดอำนาจการทดสอบที่ระดับ 80 % กำหนดระดับความเชื่อมั่นทางสถิติที่ 95 % และกำหนดขนาดอิทธิพลที่มีขนาดเล็ก (Effect size) 0.10 ใช้ตารางTable Estimate Sample Size Requirements as a Function of Effect (Polit&Beck, 2004) [12] กำหนดสูตรการคำนวนของตารางคือสูตรการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย (t-test) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 30 คน รวมเป็น 60 คน และเพื่อป้องกันการถอนตัวหรือสูญหาย (Drop-out) ของกลุ่มตัวอย่างระหว่างการทดลอง ผู้วิจัยจึงกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้นอีกร้อยละ 15 รวมเป็น 35 คน ดังนั้น กลุ่มตัวอย่างจึงรวมเป็น 70 คน จากนั้นจึงทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประกอบด้วยเครื่องมือ 2 ส่วน ดังนี้

1.เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

1. โปรแกรมเสริมสร้างพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด – 19 ของผู้สูงอายุ โดยพัฒนาขึ้นโดยใช้แนวคิดทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker [13] โดยมีการจัดกิจกรรมทั้งหมด 6 ครั้ง ครั้งละ 2 ชั่วโมง ใช้เวลาจัดกิจกรรม 6 สัปดาห์ ประกอบด้วยกิจกรรมดังนี้

กิจกรรมที่ 1 : สร้างการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค

กิจกรรมที่ 2 สร้างการรับรู้ความรุนแรงของโรค

กิจกรรมที่ 3 : การรับรู้ประโยชน์

กิจกรรมที่ 4 : การจัดการกับอุปสรรคที่มีผลต่อพฤติกรรม

กิจกรรมที่ 5 : การรับรู้ความสามารถแห่งตน

กิจกรรมที่ 6 : สรุป ถอดประสบการณ์ชักนำสู่การปฏิบัติยั่งยืน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองเป็นคำถาม ปลายเปิดและปลายปิด ประกอบด้วย อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ โรคประจำตัว การดื่มแอลกอฮอล์ ประสบการณ์การเจ็บป่วยในอดีต เป็นต้น

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามแบบแผนความเชื่อสุขภาพ ประกอบไปด้วยข้อย่อยด้านหมวดการรับรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 ประกอบด้วย การรับรู้ความรุนแรงเกี่ยวกับโรคโควิด-19 จำนวน 3 ข้อ การรับรู้โอกาสเสี่ยงเกี่ยวกับโรคโควิด -19 จำนวน 4 ข้อ การรับรู้ถึงประโยชน์ในการป้องกันโรคโควิด-19 จำนวน 3 ข้อ และการรับรู้อุปสรรคเกี่ยวกับโรคโควิด-19 จำนวน 7 ข้อ และการรับรู้ความสามารถแห่งตน จำนวน 5 ข้อ รวมทั้งหมด 22 ข้อลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตรวัด ประเมินค่า โดยมี มาตรวัด 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมป้องกันโรคโควิด–19 ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตรวัดประเมินค่า โดยมีมาตรวัด 5 หน่วย คือ ประจำ บ่อยครั้ง นานๆครั้ง บางครั้ง ไม่เคย จำนวน 9 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถาม (Content validity) โดยให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบเพื่อหาค่าดัชนีIndex of item objective congruence (IOC) โดยมีเกณฑ์การประเมินความตรง คือ ค่า IOC ตั้งแต่ 0.5 คัดเลือกข้อคำถามนั้นไว้ใช้ได้ เมื่อนำเครื่องมือมาพิจารณารายข้อ ได้ค่า IOC ไม่น้อยกว่า 0.5 จึงนำข้อคำถามทั้งหมดมาใช้เป็นแบบสอบถาม จากนั้นผู้วิจัยนำไปปรับปรุงตามข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิเพื่อพิจารณาปรับปรุงแก้ไขเป็นก่อนนำไปทดลองใช้ ในครั้งนี้ได้ค่ารวม 0.89 ถือว่าผ่านเกณฑ์

2. การหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ(Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ได้ปรับปรุงแก้ไขให้มีความตรงตามเนื้อหาและความเหมาะสม ทางด้านภาษาตามคำแนะนำ ของผู้ทรงคุณวุฒิแล้วไปทดลองใช้ (Try Out) กับกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา จำนวน 30 คนเพื่อตรวจสอบว่าข้อคำถาม มีความเหมาะสมหรือไม่ โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของ

ครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าแบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพ= 0.84 ผ่านเกณฑ์ และได้ค่าแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 = 0.79 ผ่านเกณฑ์

3. ด้านคุณภาพของกิจกรรมในโปรแกรม ผู้วิจัยปรึกษาและออกแบบภายใต้คำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญจำนวนสามท่าน จากนั้นนำโปรแกรมไปทดลองเบื้องต้นกับกลุ่มผู้สูงอายุที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 คน เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลความรู้ รูปแบบกิจกรรมที่เหมาะสม ความพึงพอใจ ระยะเวลา นำกิจกรรมมาปรับปรุงแก้ไขก่อนลงกับกลุ่มตัวอย่างจริง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1.ผู้วิจัยทำหนังสือ ขออนุญาตไปยังหน่วยงานที่รับผิดชอบโรงเรียนผู้สูงอายุ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการทดลอง การเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาที่ดำเนินการศึกษาวิจัย และรายละเอียดต่าง ๆ ของการศึกษาวิจัย เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลและดำเนินการทดลอง

2. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลระยะก่อนทดลองและหลังทดลอง โดยดำเนินการตามโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมเพื่อการป้องกันโรคโควิด-19 ของผู้สูงอายุครบถ้วน (ระยะเวลา 6 สัปดาห์) ในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับการพิจารณาจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา รหัสโครงการวิจัย G-HS144/2567

การวิเคราะห์ข้อมูล

1.การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปใช้สถิติพรรณนา (Descriptive statistic) เพื่อวิเคราะห์ความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Average) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) พิสัย (Range)

2.เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของแบบแผนความเชื่อสุขภาพ และ พฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด - 19 ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมเพื่อการป้องกันโรคโควิด – 19 ด้วยสถิติ Paired t – test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความแตกต่างของคะแนนแบบแผนความเชื่อสุขภาพ และ พฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด - 19 ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ ด้วยสถิติ Independent t – test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

4. เปรียบเทียบสัดส่วนของกลุ่มคะแนนแบบแผนความเชื่อสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ และการรับรู้ ด้วย fisher's exact test. ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1: ข้อมูลทั่วไป

พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบทั้งสองกลุ่ม ส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิงร้อยละ 60 มีอายุเฉลี่ยในกลุ่มทดลองอยู่ที่ 64.45 ปี ($\overline{X}$ 64.45, SD (3.76) min 60 max 72) และในกลุ่มเปรียบเทียบอายุเฉลี่ย 66.87 ปี ($\overline{X}$ (66.87), SD (4.70) min 60 max 75) โดยกลุ่มทดลองส่วนใหญ่ ร้อยละ 65.7 จะอยู่ในช่วงอายุ 60-65 ปี ซึ่งอายุน้อย

กว่ากลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่จะอยู่ในช่วงอายุ 66 ปี-75ปี ขึ้นไป ร้อยละ 54.3 กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมถึงมัธยมศึกษา มีสถานภาพสมรส อยู่กับครอบครัว มีอาชีพเกษตรกรรม ประมงและค้าขาย กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีโรคประจำตัวเช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง เป็นต้น และ ส่วนใหญ่มีประวัติการเคยป่วยด้วยโรคโควิด-19 (กลุ่มทดลอง ร้อยละ 62.9 และกลุ่มเปรียบเทียบร้อยละ 42.9)

ตารางที่ 1 ผลการวิเคราะห์การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของแบบแผนความเชื่อสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด - 19 เปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง ภายในกลุ่มทดลอง

ตัวแปร	จำนวน	$\overline{x}$	*SD*	*t*	Mean difference	95% CI	p-value
แบบแผนความเชื่อสุขภาพ							
ระยะหลังทดลอง	35	59.20	4.72				
ระยะก่อนทดลอง	35	49.03	8.53	8.875	10.171	7.84 - 12.50	<0.001
พฤติกรรมป้องโรค โควิด -19							
ระยะหลังทดลอง	35	23.14	3.14				
ระยะก่อนทดลอง	35	18.46	4.92	7.641	4.686	3.43 – 5.93	<0.001

*สถิติ Paired t-test

จากตารางที่ 1 พบว่า คะแนนเฉลี่ยของแบบแผนความเชื่อสุขภาพก่อนและหลังการได้รับโปรแกรม พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนก่อนการทดลองเท่ากับ 49.03 (SD = 8.53) และหลังการทดลองเพิ่มขึ้นเป็น 59.20 (SD = 4.72) ซึ่งมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) โดยมีค่าความแตกต่างเฉลี่ย (Mean difference) เท่ากับ 10.171 แสดงให้เห็นว่าหลังการได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีแบบแผนความเชื่อสุขภาพดีขึ้นอย่างชัดเจน เมื่อพิจารณาคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ก่อนและหลังการทดลอง พบว่าก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ย 18.46 (SD = 4.92) และหลังการทดลองเพิ่มขึ้นเป็น 23.14 (SD = 3.14) มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) โดยมีค่าความแตกต่างเฉลี่ย 4.686 แสดงว่าหลังการทดลอง ผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ดีขึ้นกว่าก่อนทดลอง

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของแบบแผนความเชื่อสุขภาพ และ พฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด - 19 เปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ

ตัวแปร	จำนวน	$\bar{x}$	*SD*	*t*	Mean difference	95 % CI	p-value
แบบแผนความเชื่อสุขภาพ ระยะก่อนทดลอง							
กลุ่มทดลอง	35	49.03	8.52	2.45	4.74	0.89 – 8.5	0.017
กลุ่มเปรียบเทียบ	35	44.29	7.60				
แบบแผนความเชื่อสุขภาพ ระยะหลังทดลอง							
กลุ่มทดลอง	35	59.20	4.72	10.97	15.40	12.59 – 18.20	<0.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	35	43.80	6.82				
พฤติกรรมป้องกันโรคระยะก่อนทดลอง							
กลุ่มทดลอง	35	18.46	4.92	1.57	1.91	-0.5 – 4.34	0.120
กลุ่มเปรียบเทียบ	35	16.54	5.24				
พฤติกรรมป้องกันโรค ระยะหลังทดลอง							
กลุ่มทดลอง	35	23.14	3.14	6.68	6.65	4.66 – 8.64	<0.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	35	16.48	4.98				

*สถิติ Independent t-test

จากตารางที่ 2 โดย ระยะหลังการทดลอง พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนแบบแผนความเชื่อสุขภาพเพิ่มขึ้นเป็น 59.20 (SD = 4.72) ขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ย 43.80 (SD = 6.82) พบความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.001)โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนแบบแผนความเชื่อสุขภาพที่ดีกว่า และเมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด-19 ของกลุ่มทดลอง ในระยะหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด-19 เพิ่มขึ้นเป็น 23.14 (SD = 3.14) ในขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 16.48 (SD = 4.98) มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < 0.001) โดยกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการป้องกันโรคดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างชัดเจน

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบระดับแบบแผนความเชื่อสุขภาพและระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด – 19 ระยะหลังทดลอง

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง 35 คน		กลุ่มเปรียบเทียบ 35 คน		P-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ระดับแบบแผนความเชื่อสุขภาพ					0.001
ระดับน้อย	0	0.0	0	0.0	
ปานกลาง	1	2.9	17	48.6	
มาก	34	97.1	18	51.4	
ระดับพฤติกรรม					0.001
น้อย	0	0.0	2	5.7	
ปานกลาง	2	5.7	22	62.9	
มาก	33	94.3	11	31.4	
การรับรู้ความรุนแรง					0.001
ระดับน้อย	0	0.0	1	2.9	
ปานกลาง	4	11.4	25	71.4	
มาก	31	88.6	9	25.7	
การรับรู้ความเสี่ยง					0.001
ระดับน้อย	0	0.0	0	0.0	
ปานกลาง	3	8.6	16	45.7	
มาก	32	91.4	19	54.3	
การรับรู้ประโยชน์					0.001
ระดับน้อย	0	0.0	2	5.7	
ระดับปานกลาง	7	20.0	16	45.7	
ระดับมาก	28	80.0	17	48.6	
การรับรู้อุปสรรค					0.001
ระดับน้อย	0	0.0	9	25.7	
ปานกลาง	6	17.1	15	42.9	

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง 35 คน		กลุ่มเปรียบเทียบ 35 คน		P-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
มาก	29	82.9	11	31.4	
สมรรถนะแห่งตน					
ระดับน้อย	0	0.0	3	8.6	
ระดับปานกลาง	0	0.0	18	51.4	
ระดับมาก	35	100	14	40.0	

*p value from fisher's exact test

จากตารางที่ 3 ผลการศึกษาพบว่า คะแนนระดับพฤติกรรมในระยะหลังทดลอง กลุ่มทดลองไม่พบสัดส่วนน้อย โดยส่วนใหญ่เกือบทั้งหมด 33 คน อยู่ในสัดส่วนที่มาก คิดเป็นร้อยละ 94.3 เมื่อเทียบกับกลุ่มเปรียบเทียบที่พบเพียง ร้อยละ 31.4 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P<0.001) และพบว่า ระดับคะแนนแบบแผนความเชื่อสุขภาพในกลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่ อยู่ในกลุ่มมากเกือบทั้งหมด 34 คน คิดเป็นร้อยละ 97.1 เมื่อเทียบกับระดับมากของกลุ่มเปรียบเทียบ (ร้อยละ 51.4) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P<0.001) เมื่อพิจารณา รายด้านการรับรู้หลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองส่วนใหญ่ มีสัดส่วนการรับรู้รายด้าน การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ความเสี่ยง อุปสรรค ประโยชน์ และสมรรถแห่งตนที่สูง โดยส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มมาก คิดเป็นกว่าร้อยละ80ขึ้นไปของกลุ่มทดลองทั้งหมด (เกินกว่า 30 คน) และไม่พบในระดับน้อยทุกกลุ่มการรับรู้ โดยเมื่อพิจารณาเปรียบเทียบกับกลุ่มเปรียบเทียบแล้ว กลุ่มทดลองคะแนนรับรู้รายด้านทุกด้านมากกว่ากว่ากลุ่มเปรียบเทียบชัดเจนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P<0.001) โดยในด้านสมรรถะแห่งตนกลุ่มทดลองมีจำนวนผู้อยู่ในระดับมากทั้งหมด 35 คน หรือคิดเป็น ร้อยละ 100 ในขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบพบเพียง 14 คน หรือคิดเป็นเพียงร้อยละ 40 เท่านั้น

สรุปและอภิปรายผล

ผลการวิจัยพบว่า หลังการเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมเพื่อการป้องกันโรคโควิด-19 ตามแนวคิด Health Belief Model (HBM) [13] อันประกอบด้วย แนวคิด การรับรู้โอกาสเสี่ยง ความรุนแรง รับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค และความสามารถแห่งตน ในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยทั้งแบบแผนความเชื่อสุขภาพ คะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 และระดับการรับรู้จำแนกรายด้าน ในกลุ่มทดลองสูงขึ้นจากระยะก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p< 0.001) ทั้งนี้อาจมาจากโปรแกรมนี้คือ มีการบูรณาการการเรียนการสอนร่วมไปกับกิจกรรมของโรงเรียนผู้สูงอายุซึ่งมีลักษณะกิจกรรมที่สนุก มีอุปกรณ์มัลติมีเดียครบครันในโรงเรียนผู้สูงอายุ มีการมีส่วนร่วม มีกลุ่มไลน์หรือโซเชียลที่ทำให้มีการส่งข้อมูลได้ถึงกันอย่างสะดวก มีความต่อเนื่อง ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีจิตอาสาและพร้อมในการเข้าร่วมกิจกรรม จึงทำให้การดำเนินกิจกรรมแม้ใช้เวลา 6 สัปดาห์แต่มีประสิทธิภาพที่ดี โปรแกรมนี้ มีการประเมินความรู้และประสบการณ์การเดิม ร่วมกับข้อมูลใหม่ๆที่เกิดขึ้นในช่วงปีปัจจุบัน เพื่อเพิ่มเติมการรับรู้โอกาสเสี่ยง ความรุนแรง รับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด – 19 รวมทั้งส่งเสริมความสามารถตนเองในผู้สูงอายุ ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อการรับรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ผู้สูงอายุเบาหวาน พบว่าพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด - 19ของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน หลังเข้าร่วมโปรแกรมการประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

($p < .05$) [14] ด้านการรับรู้ความรุนแรงและความเสี่ยงเป็นอีกตัวแปรหนึ่งที่คะแนนกลุ่มทดลองอยู่ในระดับมาก (ร้อยละ 80 ถึงร้อยละ 90) ซึ่งระดับที่สูงนี้อาจเนื่องจากจังหวัดระยองเป็นจังหวัดที่พบผู้สูงอายุโควิด-19 เป็นจำนวนมากแม้ในระยะที่โควิด-19 ลดระดับการระบาดลงแล้วก็ตาม [7] และในการศึกษานี้กลุ่มทดลองเป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่เคยมีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคโควิด-19 ในอดีต ถึงร้อยละ 62.9 ซึ่งอาจทำให้ตระหนักรู้และใส่ใจมากกว่าการไม่เคยป่วย นอกจากนี้การร่วมกลุ่มของผู้สูงอายุในการศึกษาครั้งนี้ เป็นการรวมกลุ่มกันของโรงเรียนผู้สูงอายุที่มีความใกล้ชิดผูกพันกัน มีความเข้มแข็ง สมาชิกมีการติดต่อกันเสมอต่อเนื่องเท่าทันข่าวสารออนไลน์ผ่านกลุ่มไลน์ผู้สูงอายุโรงเรียนผู้สูงอายุ ปัจจัยนี้อาจเป็นปัจจัยสนับสนุนหนึ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมป้องกันโรคโควิดที่ดีสอดคล้องกับการศึกษาอื่นในอดีตที่พบว่าปัจจัยด้านความรุนแรงและสิ่งชักนำการสนับสนุน เช่นข้อมูลข่าวสาร บุคคลในครอบครัว บุคคลากรสุขภาพและชุมชนคือปัจจัยที่ส่งผลต่อระดับพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด-19 ของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ [15]

ผลการวิจัยครั้งนี้จะเห็นได้ว่า โปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมเพื่อการป้องกันโรคโควิด-19 ช่วยส่งเสริมการรับรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด - 19ได้ดีขึ้น ดังนั้นจึงควรส่งเสริมให้มีการนำโปรแกรมนี้ ไปประยุกต์ใช้เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด – 19 สำหรับผู้สูงอายุต่อไป

ข้อจำกัดการวิจัย

การวิจัยนี้ ไม่อาจควบคุมผลกระทบที่เกิดจาก การรับรู้ข้อมูลข่าวสารอื่นที่ผู้สูงอายุอาจได้รับจากภายนอกและไม่อาจควบคุมประสบการณ์การเคยเจ็บป่วยด้วยโรคโควิด-19 หรือโรคแทรกซ้อนอื่น ของผู้สูงอายุเองหรือบุคคลในครอบครัวที่อาจทำให้ระดับการรับรู้และการตระหนักนั้นมีความแตกต่างกันได้มาก

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง สามารถนำโปรแกรมไปประยุกต์ใช้ในโรงเรียนผู้สูงอายุอื่นทั่วประเทศหรือชมรมที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุได้ โดยสามารถประยุกต์ขยายขอบเขตเนื้อหาไปสู่โรคในระบบทางเดินหายใจที่เกี่ยวข้องหรือภาวะโรคร่วมอื่นๆ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. การวิจัยครั้งนี้ใช้เวลาในการศึกษา 6 สัปดาห์ โดยประเมินผลในระยะก่อนและหลังการทดลอง ในการวิจัยครั้งต่อไป ควรเพิ่มระยะติดตามผล เพื่อทดสอบประสิทธิภาพของโปรแกรม และความคงอยู่ของพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด - 19

2. ผู้ดูแล ชมรมผู้สูงอายุ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ควรเตรียมความพร้อมเพื่อผู้สูงอายุในประเด็นใหม่ประกอบเพิ่มเติมในโปรแกรม เช่น การเข้าสู่ภาวะปกติใหม่ (new normal) อันได้แก่ การเสริมพลังสุขภาพจิต การจัดการความเครียด การใช้เทคโนโลยีอย่างเหมาะสม และการรู้เท่าทันสื่อ

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Global excess deaths associated with the COVID-19 pandemic: first estimates, 2020–2021 [Internet]. Geneva: WHO; 2022 May 5 [cited 2025 Oct 08]. Available from: https://www.who.int/news/item/05-05-2022-14.9-million-excess-deaths-were-associated-with-the-covid-19-pandemic-in-2020-and-2021
2. Centers for Disease Control and Prevention. COVID-19 Mortality and Progress Toward Vaccinating Older Adults [Internet]. CDC; [cited 2025 Oct 08]. Available from: https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/72/wr/mm7205a1.htm
3. Harris E. Most COVID-19 Deaths Worldwide Were Among Older People. JAMA [Internet]. 2022; published online. [cited 2025 Oct 08]. Available from: https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2801723
4. WHO Thailand. COVID-19-WHO Thailand situation reports. WHO Thailand situation report. Bangkok: WHO Thailand; 2023 [cited 2023 Sep 9]. Available from: https://www.who.int/countries/tha.
5. Napalai P, Seangpraw K, Boonyathee S, Ong-Artborirak P. COVID-19-related knowledge influences mental health, self-care behaviors, and quality of life among elderly with non-communicable diseases in Northern Thailand. Front Public Health. 2022;10:993531. doi:10.3389/fpubh.2022.993531..
6. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. กลุ่มเสี่ยง 608 เสี่ยงอาการรุนแรงจากโควิด-19. 2566 [สืบค้นจาก: https://ddc.moph.go.th/odpc5/news.php?news=34871&deptcode=odpc5]
7. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง. (2567). สถิติศูนย์ข้อมูล (HDC). [สืบค้นจาก: https://hdc.moph.go.th/ryg/public/standardsubcatalog/ac4eed1bddb23d6130746d62d2538fd0
8. กรมอนามัย. รายงานสถานการณ์พฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุไทย ปี 2566. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2566.
9. ศิรินันท์ จงอริยะกุล, พนิดา จันทโสภีพันธ์, โรจนี จินตนาวัฒน์. ความตั้งใจในการฉีดวัคซีนโควิด-19 ของผู้สูงอายุที่ยังไม่เคยได้รับวัคซีนในจังหวัดสุราษฎร์ธานี: การศึกษาตามกรอบ Health Belief Model. วารสารการพยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพ [อินเทอร์เน็ต]. 2568 [เข้าถึงเมื่อ 8 ตุลาคม 2568];17(1):e272620. เข้าถึงได้จาก: https://he01.tci-thaijo.org/index.php/unc/article/download/e272620/e272620/1293118
10. นันท์นภัส ธนฐากร, วรพจน์ ทาเนียบ, อมรรัตน์ ดอกไม้ขาว. การพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโควิด 19 ของผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ในอำเภอบางน้ำเปรี้ยว จังหวัดฉะเชิงเทรา. *วารสารวิจัยราชภัฏพระนคร สาขาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี.* 2567;19(2):67–79.
11. Gustavsson J, Beckman L. Understanding factors for adhering to health recommendations during COVID-19 among older adults — a qualitative interview study using Health Belief Model as analytical framework. BMC Geriatr. 2024 Jun 19;24(1):532. doi:10.1186/s12877-024-05132-9. Available from: https://bmcgeriatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12877-024-05132-9
12. Polit DF, Beck CT. Nursing research: principles and methods. 7th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2004.

13. Becker, Marshall H. The health belief model and personal health behavior. Health EducationMonographs. 1974; 2(4): 409-19
14. ประไพวรรณ ด่านประดิษฐ์, พูนสุข ช่วยทอง. ผลของโปรแกรมการประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อการรับรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ผู้สูงอายุเบาหวาน. วชิรสารการพยาบาล. 2566;25(1):26-38.
15. วิลาสินี หลิ่วน้อย, ไพบูลย์ พงษ์แสงพันธ์, กาญจนา พิบูลย์ และ ธรรมวัฒน์ อุปวงษาพัฒน์. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้สูงอายุในภาคตะวันออก. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9. 2566;17(2):1-16.

Received: 10 Sep.2025, Revised: 15 Oct.2025
Accepted: 31 Oct.2025

บทความวิจัย

ผลของโปรแกรมการเพิ่มศักยภาพในการเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในตำบลบางเกลือ อำเภอบางปะกง จังหวัดฉะเชิงเทรา

กัญญา เกสรพิกุล[1*]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลการใช้โปรแกรมการเพิ่มศักยภาพในการเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในตำบลบางเกลือ อำเภอบางปะกง จังหวัดฉะเชิงเทรา กลุ่มตัวอย่างมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 70 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 35 คน ทั้ง 2 กลุ่มได้รับการจับคู่ให้มีลักษณะคล้ายคลึงกันในเรื่องของเพศ อายุ และอาชีพ โดยกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการเพิ่มศักยภาพในการเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างต่อเนื่องระหว่างเดือนมกราคม-มีนาคม 2568 เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามการประเมินศักยภาพในการเผชิญความเครียด วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบผลลัพธ์หลังการทดลองภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ด้วยสถิติ Paired t test และระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ใช้สถิติ Independent t test กำหนดระดับนัยสำคัญ <0.05

ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีความเครียดลดลง มีทักษะในการเผชิญความเครียดดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ($p<0.05$) สรุปโปรแกรมการเพิ่มศักยภาพในการเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีประสิทธิผล จึงควรนำไปใช้เพื่อเพิ่มศักยภาพในการเผชิญความเครียดให้เหมาะสม

คำสำคัญ : โปรแกรมการเพิ่มศักยภาพในการเผชิญความเครียด การเผชิญความเครียด ญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางเกลือ จังหวัดฉะเชิงเทรา

[*] Corresponding author E-mail: k.jackfruit1414@gmail.com

Original Article

The Effects of Stress Coping Skills Enhancement Program for Caregivers of Dependent Older People in Bang Kluear Subdistrict, Bang Pakong District, Chachoengsao Province

Kanya Kesornpikul [1*]

Abstract

This research was a quasi-experimental research. The objective of this research was to study the effects of using a program to enhance coping skills of caregivers of dependent older people in Bang Kluear Subdistrict, Bang Pakong District, Chachoengsao province. The sample group qualified according to the specified criteria. A total of 70 people were equally divided into the experimental group and the control group, each consisted of 35 people. The two groups were matched to be similar in terms of gender, age and occupation. The control group received routine nursing care, whereas, the experimental group received a continuous program to enhance the coping skills for caregivers of dependent older people between January-March 2025. Data were collected using a questionnaire to assessment of stress coping skills. Data were analyzed using frequency distribution, percentage, mean, and standard deviation. Results after the experiment were compared within the experimental and comparison groups using the Paired t test and between the experimental and comparison groups using the Independent t test. The significance level was set at $p<0.05$.

The results of the research found that after the experiment. The experimental group had decreased stress and better assessment of stress coping skills than the comparison group ($p<0.05$). In conclusion, the stress coping skills enhancement program for caregivers of dependent older people was effective. Therefore, it should be applied to enhance assessment of stress coping skills appropriately.

Keywords: Stress Management Program Stress coping Family Caregivers of Dependent Older People

[1*]Registered Nurse of Bang Kleuar Health Promoting hospital, Chachoengsao Province

[*] Corresponding author E-mail: k.jackfruit1414@gmail.com

บทนำ

ความเจริญก้าวหน้าทางเทคโนโลยีทางการแพทย์แผนปัจจุบันส่งผลให้ประชากรในโลกมีอายุยืนยาวขึ้น จากสถิติพบว่า ประชากรผู้สูงอายุทั่วโลกกำลังเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยมีผู้สูงอายุ (65 ปีขึ้นไป) มากกว่า 800 ล้านคนทั่วโลก และคาดว่าจะเพิ่มขึ้นเป็น 1.5 พันล้านคนภายในปี 2593[1] ซึ่งมีแนวโน้มสูงขึ้น โดยทวีปเอเชียมีสัดส่วนของประชากรผู้สูงอายุเป็นอันดับ 4 (ร้อยละ 12.00) รองจากโอเชียเนีย (ร้อยละ 17.00) อเมริกาเหนือ (ร้อยละ 21.00) และยุโรป (ร้อยละ 24.00) ซึ่งถือได้ว่าประชากรโลกเข้าสู่เกณฑ์ “สังคมสูงวัย”สำหรับในกลุ่มอาเซียน ปี พ.ศ. 2558 มีประชากรผู้สูงอายุคิดเป็นร้อยละ 9.00[2] ประเทศไทย เริ่มเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aged society) ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2558 จะกลายเป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ (Complete aged society) ปี พ.ศ. 2564 และสังคมผู้สูงอายุ ระดับสุดยอด ปี พ.ศ. 2574 (Super aged society)[3] ในปัจจุบัน ปี พ.ศ. 2568 ประเทศไทยก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ มีจำนวนผู้สูงอายุ ร้อยละ 20[4] วัยสูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา การเสื่อมถอยทางร่างกาย ช่วยเหลือตัวเองได้ลดลง ทำให้รู้สึกหงุดหงิด ขาดความมั่นใจในตนเอง และรู้สึกว่าตนเองเป็นภาระต้องพึ่งพาบุคคลรอบข้าง[5] นอกจากนี้ยังพบว่าผู้สูงอายุร้อยละ 95 เจ็บป่วยด้วยโรคใดโรคหนึ่ง ส่วนใหญ่เป็นโรคเรื้อรังที่พบบ่อย คือ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งจะนำไปสู่ภาวะทุพพลภาพและพึ่งพิงและมีผู้ป่วยนอนติดเตียงร้อยละ 1 นอกจากนั้นยังพบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระดับสูง แต่ต้องดูแลตนเองหรือไม่มีคนดูแลถึงร้อยละ 13 ในกลุ่มเดียวกัน รัฐบาลจึงให้ความสำคัญในการดำเนินการเพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุ[1,6,7] ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเป็นกลุ่มเปราะบางที่ควรระมัดระวังอย่างยิ่ง เพราะมีความบกพร่องในการทำหน้าที่ด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ รวมถึงความต้องการในการดูแลผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น เนื่องจากเป็นกลุ่มที่ได้รับผลกระทบโดยตรงจากระดับความรุนแรงของอาการแสดงของโรค ในการดูแลนั้น หากใช้วิธีแก้ไขปัญหาอย่างไม่เหมาะสมอาจทำให้เกิดปัญหาที่รุนแรงขึ้นได้ ดังนั้นจึงจำเป็นต้องดูแลในรายละเอียดที่ซับซ้อนต่อไป[1,8] ญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจึงเป็นบุคคลสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างต่อเนื่อง มีหน้าที่ดูแลและตอบสนองความต้องการในการดูแลทุก ๆ ด้าน นอกจากนี้ยังต้องใช้ระยะเวลาในการดูแลที่ยาวนาน จากบทบาทดังกล่าว จึงต้องสามารถรับมือได้กับทุกปัญหา และทุกสถานการณ์ ตามความจำเป็นในการดูแลผู้สูงอายุ สิ่งเหล่านี้ส่งผลกระทบด้านลบภายในจิตใจของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ทำให้เกิดความเครียดในระดับหนึ่ง หากปล่อยทิ้งไว้เป็นระยะเวลานาน เป็นการสะสมความเครียด อาจส่งผลกระทบต่อตนเองในทุกด้าน รวมทั้งการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงด้วย[8]

จากสถานการณ์ดังกล่าวนั้นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจึงต้องมีความสามารถในการจัดการปัญหา และต้องสามารถจัดการกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นโดยไม่คาดคิด เมื่อสามารถแก้ไขปัญหาได้อย่างเหมาะสม สามารถช่วยลดความเครียดที่เกิดขึ้นได้ ตลอดจนหาทางออกในการแก้ปัญหาได้อย่างถูกต้องและเหมาะสมอันนำไปสู่การลดการเกิดภาวะเครียดได้ ดังนั้นการเพิ่มศักยภาพในการเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจึงเป็นสิ่งที่สำคัญ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาการเพิ่มศักยภาพในการเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในตำบลบางเกลือ อำเภอบางปะกง จังหวัดฉะเชิงเทรา โดยหวังเป็นอย่างยิ่งว่า ในงานวิจัยที่จะมีการพัฒนาโปรแกรมการเพิ่มศักยภาพในการเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในตำบลบางเกลือ อำเภอบางปะกง จังหวัดฉะเชิงเทรานี้ ได้เน้นการเพิ่มศักยภาพในการเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงซึ่งจะช่วยเป็นแรงผลักดันให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และชุมชนอื่น ๆ นำเอาองค์ความรู้ที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ไปประยุกต์ใช้ให้เข้ากับบริบทในชุมชนของตนเองต่อไป และเมื่อเป็นเช่นนั้นแล้วก็เป็นที่เชื่อมั่นได้ว่า งานด้านสาธารณสุขของไทยจะพัฒนาขึ้นอย่างเป็นที่น่าพึงพอใจต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

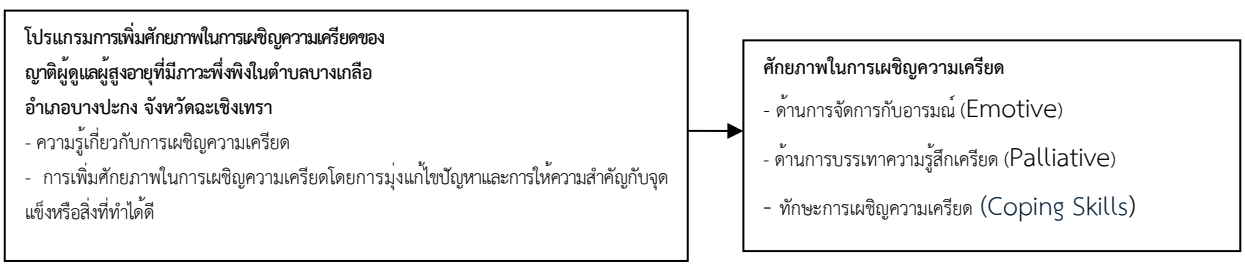
เพื่อศึกษาผลการใช้โปรแกรมการเพิ่มศักยภาพในการเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในตำบลบางเกลือ อำเภอบางปะกง จังหวัดฉะเชิงเทรา

สมมติฐานการวิจัย

1. ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีศักยภาพในการเผชิญความเครียดสูงกว่าก่อนทดลอง
2. ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีศักยภาพในการเผชิญความเครียดสูงกว่ากลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดการวิจัย

โปรแกรมการเพิ่มศักยภาพในการเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในตำบลบางเกลือ อำเภอบางปะกง จังหวัดฉะเชิงเทรา ได้ประยุกต์ทฤษฎีความเครียดของลาซารัสและโฟล์คแมน[10] ซึ่งใช้การจัดการกับอารมณ์ การบรรเทาความรู้สึกเครียด และทักษะในการเผชิญกับความเครียด โดยใช้แนวทางการให้คำปรึกษาแบบใช้ความเข้มแข็งเป็นฐาน (Strength Based Counseling)[11] ที่เน้นการเพิ่มศักยภาพในการเผชิญความเครียดด้วยการมุ่งแก้ไขปัญหาและการเผชิญความเครียดด้วยการให้ความสำคัญกับจุดแข็งหรือสิ่งที่ทำได้ดี จนสามารถนำทักษะ หรือความสามารถที่มีมาใช้แก้ไขปัญหาและเพิ่มศักยภาพในการเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research design) แบบ 2 กลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (two control-group pretest-posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ คือ ญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในตำบลบางเกลือ อำเภอบางปะกง จังหวัดฉะเชิงเทรา จำนวนทั้งสิ้นรวม 100 คน

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง คือ ญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในตำบลบางเกลือ อำเภอบางปะกง จังหวัดฉะเชิงเทรา จำนวน 70 คน คำนวณกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (Power Analysis) โดยกำหนดค่า=0.80 ระดับนัยสำคัญ=0.05 และ Effect Size=0.80 โดยใช้สูตรของ Cohen[9] จะได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 35 คนต่อกลุ่ม

สำหรับการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างสองกลุ่มตัวอย่างอิสระ รวมเป็นตัวอย่างของทั้ง 2 กลุ่ม จำนวน 70 คน เลือกมาแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ทั้ง 2 กลุ่มได้รับการจับคู่ให้มีลักษณะคล้ายคลึงกันในเรื่องของเพศ อายุ และอาชีพ โดยกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ในขณะที่กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการเพิ่มศักยภาพในการเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ทำการศึกษาในช่วงเดือนมกราคม-มีนาคม 2568 รวมระยะเวลา 3 เดือน โดยกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง มีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้า (Inclusive) ดังนี้ เป็นญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอาศัยอยู่ในตำบลบางเกลือ อำเภอบางปะกง จังหวัดฉะเชิงเทรา ตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป ไม่มีปัญหาเรื่องการฟัง สามารถพูดคุยได้รู้เรื่อง สมัครใจ และยินดีให้ความร่วมมือตลอดการทำวิจัย ส่วนเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างออก (Exclusive) ได้แก่ ญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีความประสงค์ขอยุติการเข้าร่วม หรือเกิดเหตุการณ์สุดวิสัยซึ่งเป็นอุปสรรคจนไม่สามารถเข้าร่วมการทดลองได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินงานวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ เครื่องมือสำหรับเก็บรวบรวมข้อมูล และเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือสำหรับเก็บรวบรวมข้อมูล แบบสอบถามเกี่ยวกับการเพิ่มศักยภาพในการเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมนำมากำหนดเนื้อหาและขั้นตอนการดำเนินกิจกรรม ซึ่งประกอบด้วย 1) ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม 2) แบบสอบถามการประเมินศักยภาพในการเผชิญความเครียด ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้ (1) แบบประเมินความเครียดจากการดูแลของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุ (2) แบบประเมินทักษะการเผชิญความเครียด (3) แบบประเมินทักษะการจัดการกับอารมณ์ (Emotive) (4) แบบประเมินทักษะการบรรเทาความรู้สึกเครียด (Palliative) จำนวน 40 ข้อ เป็นแบบวัดมาตราส่วนประมาณค่า ลักษณะคำถามเป็นปลายปิด การวัดปริมาณความถี่ของการปฏิบัติเป็น 5 ระดับ[12] มีเกณฑ์การให้คะแนนทางบวก ปฏิบัติบ่อยที่สุด 5 คะแนน ปฏิบัติบ่อย 4 คะแนน ปฏิบัติปานกลาง 3 คะแนน ปฏิบัติน้อย 2 คะแนน และปฏิบัติน้อยที่สุด 1 คะแนน การแปลความหมายของการใช้วิธีการปฏิบัติทักษะในการเผชิญความเครียด 4.50-5.00 หมายถึง ปฏิบัติทักษะในการเผชิญความเครียดได้ในระดับมากที่สุด 3.50-4.49 หมายถึง ปฏิบัติทักษะในการเผชิญความเครียดได้ในระดับมาก 2.50-3.49 หมายถึง ปฏิบัติทักษะในการเผชิญความเครียดได้ในระดับปานกลาง 1.50-2.49 หมายถึง ปฏิบัติทักษะในการเผชิญความเครียดได้ในระดับน้อย และ 1.00-1.49 หมายถึง ปฏิบัติทักษะในการเผชิญความเครียดได้ในระดับน้อยที่สุด

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการเพิ่มศักยภาพในการเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุ ที่มีภาวะพึ่งพิงในตำบลบางเกลือ อำเภอบางปะกง จังหวัดฉะเชิงเทรา พัฒนามาจากทฤษฎีความเครียดของลาซารัสและโฟล์คแมน[10] ประกอบด้วยกิจกรรมการเพิ่มศักยภาพในการเผชิญความเครียด ดังนี้ 1) ด้านการจัดการกับอารมณ์ (Emotive) ได้แก่ กิจกรรมการบริหารจิตสวดมนต์ไหว้พระ การฝึกสมาธิด้วยการควบคุมการหายใจ โดยการฟังบรรยายจากพระภิกษุ การฝึกปฏิบัติการสวดมนต์และฝึกสมาธิ และการนำไปปฏิบัติต่อที่บ้าน กิจกรรมธรรมะสอนใจ โดยการฟังธรรมะบรรยายจากพระภิกษุ การใช้สื่อวีดีทัศน์ การฟังธรรมะที่บ้าน และการนำข้อธรรมะมาคิดวิเคราะห์สู่การปฏิบัติตน กิจกรรมการจัดการกับอารมณ์และความเครียดโดยการฝึกหายใจโดยการบรรยาย การฝึกปฏิบัติ และการนำไปปฏิบัติต่อที่บ้าน รำวงสานสัมพันธ์และคาราโอเกะร่วมใจโดยการฝึกปฏิบัติร่วมกันโดยใช้เพลงเป็นสื่อ 2) ด้านการบรรเทาความรู้สึกเครียด (Palliative) ได้แก่ กิจกรรมการนวดเพื่อผ่อนคลายความเครียด โดยการสอนและสาธิตการนวดตนเอง กิจกรรมการออกกำลังกายด้วยวิธีกำแบ โดยการบรรยาย การใช้สื่อวีดีทัศน์ การฝึกปฏิบัติ และการนำไปปฏิบัติต่อที่บ้าน กิจกรรมรำวงสานสัมพันธ์และคาราโอเกะร่วมใจโดยการฝึกปฏิบัติร่วมกันโดยใช้เพลงเป็นสื่อ 3) การเพิ่มศักยภาพทักษะการเผชิญกับปัญหา (Coping Skills) ได้แก่ กิจกรรมการให้ความรู้เกี่ยวกับการเผชิญความเครียด ประกอบด้วย การให้ความรู้โดยการบรรยาย การใช้สื่อโปสเตอร์ และเพาเวอร์พอยท์ กิจกรรมการให้

คำปรึกษาแบบใช้ความเข้มแข็งเป็นฐาน (Strength Based Counseling) เริ่มด้วยการสร้างสัมพันธภาพเพื่อสร้างความร่วมมือ การค้นหาความเข้มแข็งโดยให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมทบทวนความสำเร็จในการผ่านพ้นอุปสรรค การค้นหาและพิจารณาทางเลือกโดยหาจุดแข็งของบุคคล จุดแข็งด้านสัมพันธภาพ และจุดแข็งด้านความสามารถวิธีผ่านพ้นอุปสรรค สะท้อนให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมฟัง และเสริมสร้างความมั่นใจในการแก้ไขปัญหาโดยการชื่นชมในความคิดมุมมองด้านบวกและความพยายาม การถามสิ่งที่ดี ทำได้ดี ที่ชอบ ถามประสบการณ์ทางออก ถามชวนคิด และเน้นไปที่ทางเลือกที่เป็นทางออกในการแก้ไขปัญหา กิจกรรมสายใยผูกพันครอบครัว การให้ความรู้โดยการบรรยาย เพาเวอร์พอยท์และฝึกปฏิบัติการดูแลสมาชิกในครอบครัวที่บ้าน กิจกรรมเพื่อนช่วยเพื่อนโดยการใช้กลุ่มไลน์โอเพนแชทในการติดต่อดูแลช่วยเหลือซึ่งกันและกันในกลุ่มและเป็นจิตอาสาช่วยเหลือชุมชน กิจกรรมกระบวนการกลุ่มสัมพันธ์ตระหนักเรียนรู้วิธีการเผชิญกับความเครียดโดยการใช้กระบวนการกลุ่มในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้แสดงความคิดเห็นสร้างสัมพันธ์กับเพื่อนสมาชิกกลุ่มในการดูแลสุขภาพ ใช้ระยะเวลาการจัดกิจกรรมครั้งละ 5 ชั่วโมง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยประเมินความตรงตามเนื้อหา (Content validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิด้านการพยาบาล การสาธารณสุข และการวิจัย จำนวน 5 คน ได้ค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.60-1.00 ผู้วิจัยปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิก่อนนำไปใช้

ค่าความเชื่อมั่น (Reliability) นำแบบสอบถามที่ได้รับการปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้ (Try out) กับญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตำบลบางสมัคร อำเภอบางปะกง จังหวัดฉะเชิงเทราที่มีคุณสมบัติเดียวกับกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย โดยทดลองใช้ จำนวน 30 คน และนำไปตรวจสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ผลการหาค่าความเชื่อมั่นแบบประเมินความเครียดจากการดูแลของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุ แบบประเมินทักษะการเผชิญความเครียด แบบประเมินทักษะการจัดการกับอารมณ์ และแบบประเมินทักษะการบรรเทาความรู้สึกเครียด ได้ค่าเท่ากับ 0.84, 0.89, 0.88 และ0.87

การพิทักษ์สิทธิ

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการศึกษาวิจัยในมนุษย์จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา รหัสโครงการวิจัย เลขที่ PH_CCO_REC 0101/ 2567 วันที่ 28 ตุลาคม พ.ศ. 2567 ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ ประโยชน์ของการเข้าร่วมวิจัย สิทธิ์ในการตอบรับหรือปฏิเสธ การตอบแบบสอบถาม และการเก็บรักษาข้อมูลไว้เป็นความลับ นำเสนอผลการศึกษาในภาพรวม ที่ไม่เชื่อมโยงถึงตัวบุคคลได้ พร้อมทั้งแนบใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยไปกับแบบสอบถามเกี่ยวกับการเพิ่มศักยภาพในการเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ระยะก่อนการทดลอง ผู้วิจัยดำเนินการขอรับรองจริยธรรมของคณะกรรมการจริยธรรมการศึกษาวิจัยในมนุษย์จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา เพื่อดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนมกราคม-มีนาคม 2568 รวมระยะเวลา 3 เดือน

ระหว่างการทดลอง ผู้วิจัยประสานงานเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางเกลือ เพื่อทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยกลุ่มควบคุมเก็บรวบรวมข้อมูล และใช้แบบสอบถามเกี่ยวกับการเพิ่มศักยภาพในการเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงให้กลุ่มตัวอย่างตอบ และให้การพยาบาลตามปกติ ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางเกลือปฏิบัติอยู่เป็นประจำ ส่วนกลุ่มทดลองเก็บข้อมูลเช่นเดียวกับกลุ่มควบคุม

จากนั้นนัดกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมโปรแกรมฯ ประกอบด้วยกิจกรรมทั้งหมดติดต่อกันทุกเดือน จำนวน 3 ครั้ง ครั้งละ 5 ชั่วโมง และให้ทบทวนฝึกปฏิบัติต่อที่บ้านแล้วนำมาแลกเปลี่ยนเรียนรู้เล่าสู่กันฟัง จนครบ 3 เดือน ระยะหลังการทดลอง ผู้วิจัยติดตามหลังเข้ารับโปรแกรมฯ เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบผลลัพธ์หลังการทดลองภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ด้วยสถิติ Paired t test และระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ใช้สถิติ Independent t test กำหนดระดับนัยสำคัญ $p<0.05$

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 85.70 มีอายุ 21-59 ปี ร้อยละ 51.40 สถานภาพคู่ ในกลุ่มทดลองพบ ร้อยละ 54.30 กลุ่มควบคุม พบร้อยละ 48.60 อาชีพในปัจจุบันส่วนใหญ่รับจ้าง ในกลุ่มทดลองพบ ร้อยละ 31.40 กลุ่มควบคุม พบร้อยละ 57.10 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ส่วนใหญ่มีรายได้ 5,000- 10,000 บาท/ เดือน ในกลุ่มทดลอง พบร้อยละ 45.70 กลุ่มควบคุม ร้อยละ 57.10 ระดับการศึกษาสูงสุดประถมศึกษา ในกลุ่มทดลอง พบร้อยละ 65.70 กลุ่มควบคุม พบร้อยละ 68.60 ความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ส่วนใหญ่เป็นบิดา/ มารดา ในกลุ่มทดลอง พบร้อยละ 34.30 กลุ่มควบคุมร้อยละ 57.40 ระยะเวลาที่ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในแต่ละวัน ส่วนใหญ่ 6-12 ชั่วโมง/ วัน ในกลุ่มทดลอง พบร้อยละ 57.10 กลุ่มควบคุมร้อยละ 77.10 ระยะวลายาวนานในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ส่วนใหญ่ 6-10 ปี ในกลุ่มทดลอง พบร้อยละ 68.60 กลุ่มควบคุมร้อยละ 68.60 ภาวะสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ส่วนใหญ่สุขภาพแข็งแรง ในกลุ่มทดลอง พบร้อยละ 54.30 กลุ่มควบคุม ร้อยละ 68.60

2. ผลการศึกษาศักยภาพในการเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในตำบลบางเกลือ อำเภอบางปะกง จังหวัดฉะเชิงเทรา

ตารางที่ 1 ผลการศึกษาความเครียดจากการดูแลของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในตำบลบางเกลือ อำเภอบางปะกง จังหวัดฉะเชิงเทรา ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมทั้งก่อนทดลองและหลังทดลอง

รายการ	กลุ่มทดลอง (n=35)						กลุ่มควบคุม (n=35)					
	ก่อนทดลอง			หลังทดลอง			ก่อนทดลอง			หลังทดลอง		
	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ	$\bar{x}$	S.D	ระดับ	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ
ความเครียดจากการดูแลของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	4.10	0.68	มาก	2.68	0.40	ปานกลาง	3.34	1.28	ปานกลาง	3.95	0.79	มาก

จากตารางที่ 1 แสดงให้เห็นว่า ความเครียดจากการดูแลของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในตำบลบางเกลือ อำเภอบางปะกง จังหวัดฉะเชิงเทราของกลุ่มทดลอง ก่อนทดลอง อยู่ในระดับมาก ($\bar{x}$ =4.10, S.D.=0.68) หลังทดลองอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}$ =2.68, S.D.=0.40) ในกลุ่มควบคุมพบว่า ก่อนทดลองอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}$ =3.34, S.D.=1.28) หลังทดลองอยู่ในระดับมาก ($\bar{x}$ =3.95, S.D.=0.79)

ตารางที่ 2 ผลการศึกษาศักยภาพในการเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในตำบลบางเกลือ อำเภอบางปะกง จังหวัดฉะเชิงเทรา ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมทั้งก่อนทดลองและหลังทดลอง

รายการ	กลุ่มทดลอง (n=35)						กลุ่มควบคุม (n=35)					
	ก่อนทดลอง			หลังทดลอง			ก่อนทดลอง			หลังทดลอง		
	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ
1.การจัดการกับอารมณ์	3.08	0.77	ปานกลาง	4.90	0.17	มากที่สุด	3.62	0.93	มากที่สุด	3.64	0.89	มากที่สุด
2.การบรรเทาความรู้สึกเครียด	3.07	0.80	ปานกลาง	4.98	0.05	มากที่สุด	3.67	0.77	มาก	3.76	0.82	มากที่สุด
3.ทักษะการเผชิญความเครียด	2.89	0.84	ปานกลาง	4.95	0.13	มากที่สุด	3.37	0.82	ปานกลาง	3.36	0.81	ปานกลาง
คะแนนรวม	3.02	0.74	ปานกลาง	4.94	0.10	มากที่สุด	3.55	0.73	มาก	3.57	0.74	มาก

จากตารางที่ 2 แสดงให้เห็นว่า ศักยภาพในการเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในตำบลบางเกลือ อำเภอบางปะกง จังหวัดฉะเชิงเทราทุกด้านก่อนทดลองอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}$ =3.02, S.D.=0.74) หลังทดลองอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{x}$ =4.94, S.D.=0.10) ในกลุ่มควบคุมพบว่า ทุกด้านก่อนทดลองอยู่ในระดับมาก ($\bar{x}$ =3.55, S.D.=0.73) หลังทดลองอยู่ในระดับมาก ($\bar{x}$ =3.57, S.D.=0.74)

3. ผลการใช้โปรแกรมการเพิ่มศักยภาพในการเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในตำบลบางเกลือ อำเภอบางปะกง จังหวัดฉะเชิงเทรา

ตารางที่ 3 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยศักยภาพในการเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง

ศักยภาพในการเผชิญความเครียด	กลุ่มทดลอง ($\bar{x}$)		ค่า *t-test*	*p*	กลุ่มควบคุม ($\bar{x}$)		ค่า *t-test*	*p*
	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง			ก่อนทดลอง	หลังทดลอง		
การจัดการกับอารมณ์	3.08	4.90	-13.242	.000	3.62	3.64	-1.358	.183
การบรรเทาความรู้สึกเครียด	3.07	4.98	-13.953	.000	3.67	3.76	-.437	.665
ทักษะการเผชิญความเครียด	2.89	4.95	-14.512	.000	3.37	3.36	1.000	.324

คะแนนรวม	3.02	4.94	- 15.210	.000	3.55	3.57	-.732	.469

$p < .05$*

จากตารางที่ 3 ผลการทดลองพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยศักยภาพในการเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุ ที่มีภาวะพึ่งพิงโดยรวมหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อพิจารณารายด้านพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยศักยภาพในการเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงทุกด้านหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการทดลองพบว่า กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยศักยภาพในการเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยรวมหลังการทดลองไม่แตกต่างกันระหว่างก่อนการทดลอง เมื่อพิจารณารายด้านพบว่ากลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยศักยภาพในการเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงด้านการจัดการกับอารมณ์ การบรรเทาความรู้สึกเครียด และทักษะการเผชิญความเครียด หลังการทดลองไม่แตกต่างกันระหว่างก่อนและหลังการทดลอง

ตารางที่ 4 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างค่าคะแนนเฉลี่ยศักยภาพในการเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

ตัวแปรที่ศึกษา		กลุ่มทดลอง ($\bar{x}$)	กลุ่มควบคุม ($\bar{x}$)	t-test	*p*
การจัดการกับอารมณ์	ก่อนทดลอง	3.08	3.62	-1.307	.925
	หลังทดลอง	4.90	3.64	10.241	.000
การบรรเทาความรู้สึกเครียด	ก่อนทดลอง	3.07	3.67	-0.250	.487
	หลังทดลอง	4.98	3.76	12.610	.000
ทักษะการเผชิญความเครียด	ก่อนทดลอง	2.89	3.37	-3.051	.726
	หลังทดลอง	4.95	3.36	12.516	.000
คะแนนรวม	ก่อนทดลอง	3.02	3.55	1.034	.469
	หลังทดลอง	4.94	3.57	1.034	.000

*$p < .05$

ผลการวิจัยพบว่าก่อนการทดลองกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยศักยภาพในการเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงทุกด้านไม่แตกต่างกัน และหลังการทดลองพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยศักยภาพในการเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยรวมและคะแนนเฉลี่ยศักยภาพในการเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงรายด้านทุกด้านสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อภิปรายผล

ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความเครียดน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และมีศักยภาพในการเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงทุกด้านสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุม ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ อาจเนื่องมาจากกิจกรรมของโปรแกรมฯ มีความหลากหลายและครอบคลุมศักยภาพในการเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงทุกด้าน กลุ่มตัวอย่างได้รับการส่งเสริมให้ความรู้เรื่องสาเหตุของความเครียด การปฏิบัติตนแก้ไขปัญหาเมื่อเผชิญกับความเครียด การให้คำปรึกษาและให้

กำลังใจ การฝึกคิดวิเคราะห์ตามหลักของความเป็นจริง นอกจากนี้ยังมีการเสริมแรงจากเพื่อนในการส่งเสริมให้กำลังใจกัน ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีศักยภาพในการเผชิญความเครียดดีขึ้น รายละเอียดดังต่อไปนี้

1. ผลการทดลองพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความเครียดน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เนื่องจากการให้ความรู้ และฝึกทักษะในการเผชิญความเครียด ส่งผลให้เกิดความรู้สึกทางบวกเพิ่มขึ้น มีทักษะในการแก้ไขปัญหา ทำให้ความเครียดลดลง สอดคล้องกับการการศึกษาของจันทรรัตน์ จาริกสกุลชัย และรัฐพล ศิลปะรัศมี[8] เรื่องประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการปัญหาเพื่อลดความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิง ช่วงสถานการณ์ COVID-19 โดยการให้ความรู้และฝึกทักษะการดูแลผู้สูงอายุโดยวิธีแก้ปัญหา พบว่าส่งผลให้เกิดความรู้สึกทางบวกเพิ่มขึ้นกับผู้ดูแล

2. ผลการทดลองพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยศักยภาพในการเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงด้านการจัดการกับอารมณ์ หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เนื่องมาจากกิจกรรมในการจัดการกับอารมณ์เชิงลบที่เกิดขึ้นจากสถานการณ์นั้น ๆ [11] ได้แก่ กิจกรรมการบริหารจิตสวดมนต์ไหว้พระ การได้รับรู้ถึงประโยชน์ของการบริหารจิตสวดมนต์ไหว้พระ ฝึกการบริหารจิตสวดมนต์ไหว้พระและปฏิบัติต่อที่บ้าน ส่งผลให้สามารถลดความวิตกกังวล คลายเครียด มีสมาธิ จิตใจสบาย และนอนหลับได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ กิตติคุณ ด้วงสงค์[13] ที่ได้ศึกษา รูปแบบการจัดกิจกรรมเสริมสร้างสุขภาวะของผู้สูงอายุในจังหวัดสุรินทร์ ผลการศึกษาพบว่า การจัดกิจกรรมการสวดมนต์ เป็นแนวทางในการพัฒนาความสุขให้ผู้สูงอายุ กิจกรรมธรรมะสอนใจ ได้จัดดำเนินการให้ความรู้หลักธรรมในการดำเนินชีวิต ฝึกการฟังธรรมะและการคิดวิเคราะห์ นำมาแลกเปลี่ยนเรียนรู้กัน ส่งผลให้มีความรู้ความเข้าใจโลกตามความเป็นจริง การได้บูชาพระพุทธ พระธรรม พระสงฆ์ทำให้มีสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ มีความหวัง และกำลังใจ ฝึกจิตใจให้สงบ มีสมาธิ มีหลักธรรมในการดำเนินชีวิตที่ถูกต้อง สร้างพลังและกำลังใจในการเผชิญปัญหา สามารถปรับตัวเข้ากับบุคคลรอบข้างและสังคมได้ ทำให้มีความสุข สอดคล้องกับการศึกษาของอรสา เทวสกุลวงศ์[14] ที่ได้ศึกษาผลโปรแกรมสมาธิแนวพุทธต่อความดันโลหิตสูงและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ผลการศึกษาพบว่า การฟังธรรมะ เป็นการฝึกอบรมการเจริญทางปัญญา เพื่อสร้างความรู้ ความเข้าใจและรู้จักการคิดพิจารณา แก้ไขปัญหาด้วยปัญญา ส่งผลทำให้สามารถช่วยจัดการความเครียดได้ และกิจกรรมการจัดการกับอารมณ์และความเครียดโดยการฝึกหายใจ เป็นวิธีการฝึกจิตใจให้มีสมาธิ โดยการควบคุมการหายใจ ส่งผลให้มีสมาธิ จิตใจสงบขึ้น อารมณ์ไม่ฉุนเฉียว ไม่หงุดหงิด ไม่ฟุ้งซ่าน ช่วยผ่อนคลายความตึงเครียด จิตใจมั่นคง เข้มแข็ง สบายใจ สมองปลอดโปร่ง ความจำดี มีสติไตร่ตรองตัดสินใจได้อย่างรอบคอบ สามารถแก้ไขปัญหาให้คลี่คลายไปในทางที่ดีได้ ส่งผลให้สุขภาพจิตดีขึ้น นอกจากนี้ยังส่งผลให้นอนหลับได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ เวธกา กลิ่นวิชิต[15] ที่ได้ศึกษาการจัดการความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุภาคตะวันออก พบว่าการฝึกสมาธิโดยการหายใจ เป็นวิธีการคลายเครียด และจัดการอารมณ์ในผู้สูงอายุ เป็นการสร้างความสุขในชีวิตประจำวัน

3. ผลการทดลองพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยศักยภาพในการเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงด้านการบรรเทาความรู้สึกเครียด หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เนื่องมาจากกิจกรรมในการจัดการกับอารมณ์เชิงลบที่เกิดขึ้นจากสถานการณ์นั้น ๆ [11] ได้แก่ กิจกรรมการนวดเพื่อผ่อนคลายความเครียด เป็นการช่วยลดความตึงตัวและปวดเมื่อยของกล้ามเนื้อและข้อ ช่วยลดอาการปวดศีรษะและไมเกรนที่เกิดจากความเครียด คลายความวิตกกังวล ลดภาวะซึมเศร้า รู้สึกผ่อนคลาย สดชื่น กระปรี้กระเปร่า มีพลังมากขึ้น ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการไหลเวียนโลหิต ส่งผลในการนอนหลับได้ดี สอดคล้องกับการศึกษาของดุษฎี ศรีธาตุ และคณะ[16] ที่ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการนวดผสมผสานในผู้ป่วยที่มีอาการปวดคอและไหล่ของกลุ่มงานแพทย์แผนไทยและจิตเวชทางเลือก โรงพยาบาลศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี ผลการศึกษาพบว่า การนวดแบบผสมผสาน ทำให้รู้สึกผ่อนคลายความเครียด และ

บรรเทาอาการเจ็บป่วยได้ กิจกรรมการออกกำลังกายด้วยวิธีกำแบ การได้รับความรู้ และฝึกปฏิบัติด้วยตนเองขณะดำเนินกิจกรรมและปฏิบัติต่อที่บ้าน ส่งผลให้กล้ามเนื้อผ่อนคลาย เดินได้สะดวกขึ้น นิ้วล็อคหายไป มือหยิบจับสิ่งของได้สะดวกขึ้น การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการออกกำลังกายสูงขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของเจนจิรา เกียรติสินทรัพย์[17] ที่ศึกษาเรื่องผลของการใช้โปรแกรมจัดการความเครียดต่อความสามารถจัดการความเครียดและระดับความเครียดของผู้สูงอายุในเขตอำเภอเมืองนนทบุรี ผลการศึกษาพบว่าการฝึกผ่อนคลายด้วยการเกร็งและคลายกล้ามเนื้อเป็นวิธีการจัดการกับความเครียดที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ ทำให้อวัยวะต่าง ๆ ของร่างกายทำงานได้ดีขึ้น และผ่อนคลายความเครียดได้อีกด้วย และกิจกรรมรำวงสานสัมพันธ์และคาราโอเกะร่วมใจ การได้รับรู้ถึงประโยชน์และฝึกทักษะการรำวงและร้องเพลง เต้นประกอบจังหวะ ส่งผลให้มีทักษะในการร้องเพลง เต้น รำวง และส่งเสริมการสร้างความสัมพันธ์อย่างเหมาะสม นอกจากนี้ยังสนุกสนานเพลิดเพลิน ไม่เหงา ได้ระบายออก เป็นการผ่อนคลายความตึงเครียด ทำให้มีความสุข สอดคล้องกับการศึกษาของกิตติคุณ ด้วงสงค์[13] ที่ได้ศึกษารูปแบบการจัดกิจกรรมเสริมสร้างสุขภาวะของผู้สูงอายุในจังหวัดสุรินทร์ ผลการศึกษาพบว่า การให้ผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมร้องเพลง ทำให้เพลิดเพลิน ไม่เหงา และมีความสุข

4. ผลการทดลองพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยศักยภาพในการเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงด้านทักษะการเผชิญความเครียดหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เนื่องมาจากกิจกรรมในการเผชิญปัญหาเชิงมุ่งแก้ปัญหา[9] ได้แก่ กิจกรรมการให้ความรู้เกี่ยวกับการเผชิญความเครียดเป็นการส่งเสริมให้ความรู้เรื่องสาเหตุของความเครียด การปฏิบัติตนแก้ไขปัญหาเมื่อเผชิญกับความเครียด ทำให้ความเครียดลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของเจนจิรา เกียรติสินทรัพย์[17] ที่ได้ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมจัดการความเครียดต่อความสามารถจัดการความเครียดและระดับความเครียดของผู้สูงอายุในเขตอำเภอเมืองนนทบุรี ผลการศึกษาพบว่า การให้ความรู้พื้นฐานการจัดการความเครียด ทำให้มีความพร้อมและมั่นใจในการเรียนรู้ สามารถฝึกทักษะในการจัดการความเครียดได้ กิจกรรมการให้คำปรึกษาแบบใช้ความเข้มแข็งเป็นฐาน (Strength Based Counseling)[11] เป็นการเสริมสร้างกำลังใจ ค้นหาและพัฒนาจุดแข็ง โดยการค้นหาความสามารถและทรัพยากรภายในที่จะนำมาใช้ในการจัดการกับปัญหาที่เผชิญอยู่ได้สำเร็จ สอดคล้องกับการศึกษาของจันทรรัตน์ จาริกสกุลชัย และรัฐพล ศิลปะรัศมี[8] ที่ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการปัญหาเพื่อลดความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิง ช่วงสถานการณ์ COVID_19 ผลการศึกษาพบว่า เทคนิคการจัดการความเครียดส่งผลให้เกิดความรู้สึกทางบวกเพิ่มขึ้น และเป็นแนวทางในการจัดการกับปัญหา กิจกรรมสายใยผูกพันครอบครัว การดำเนินการให้ความรู้การส่งเสริมความสัมพันธ์ภายในครอบครัว และการกระตุ้นให้เข้าร่วมกิจกรรมของครอบครัว ทำให้ความสัมพันธ์กับสมาชิกในครอบครัวเพิ่มขึ้น ทำให้มีความสุข สอดคล้องกับการศึกษาของ Zhang, X., Zheng, Y. & Qiu, C..[18] ที่ได้ศึกษาความผาสุกเป็นสื่อกลางจากผลของการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวต่อการจัดการตนเองในผู้ป่วยสูงอายุ ผลการศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวที่ดีมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการตนเองในการสร้างสัมพันธภาพได้ กิจกรรมเพื่อนช่วยเพื่อน โดยการสร้างกลุ่มไลน์โอเพนแชท การพูดคุยแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารเรื่องต่าง ๆ การประสานงานในการดูแลช่วยเหลือกันและกันของสมาชิกในกลุ่ม นอกจากนี้ถ้าพบคนในชุมชนเดือดร้อนต้องการความช่วยเหลือ ก็จะประสานงานและหาแนวทางช่วยเหลือกัน ส่งผลให้เกิดการแลกเปลี่ยนความรู้ซึ่งกันและกัน มีความรู้ในการดูแลสุขภาพของตนเอง มีเพื่อนในการปรึกษาหารือกัน ร่วมกันเป็นจิตอาสาในการทำประโยชน์ให้กับชุมชน และสนุกสนานเพลิดเพลินคลายเหงา สอดคล้องกับการศึกษาของจันทรรัตน์ จาริกสกุลชัย และรัฐพล ศิลปะรัศมี[8] ที่ได้ศึกษาเรื่องประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการปัญหาเพื่อลดความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิง ช่วงสถานการณ์ COVID_19 ผลการศึกษาพบว่า การได้รับข้อมูลโดยการแลกเปลี่ยนความรู้จากผู้มีประสบการณ์ ได้แนวทางในการแก้ไขปัญหา ช่วยลดความเครียดได้ และกิจกรรมกระบวนการกลุ่มสัมพันธ์ตระหนักเรียนรู้วิธีการเผชิญกับความเครียด โดยให้แต่ละกลุ่มร่วมคิดวิเคราะห์ปัญหาและอุปสรรคในการจัดการกับความเครียด การวางแผนหาแนวทางแก้ไขร่วมกัน การปรับเจตคติไปสู่การปฏิบัติตนส่งเสริมสุขภาพ ได้ร่วมแสดงความคิดเห็น แลกเปลี่ยนปัญหาและเรียนรู้ซึ่งกันและกัน ได้ระบายออก ร่วมกันหาแนวทางแก้ไขปัญหาและการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ มีเพื่อนใน

การให้กำลังใจกัน และสนุกสนาน ส่งผลให้พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองได้ดีขึ้น และความเครียดลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของศรีรัตน์ คุ้มสิน[19]ที่ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการรับรู้พลังอำนาจและระดับความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ผลการศึกษาพบว่า การได้รวมกลุ่มแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และประสบการณ์ร่วมกัน ทำให้สามารถตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสม

สรุปผลการศึกษาพบว่า โปรแกรมฯ ที่พัฒนาขึ้นเพื่อการเพิ่มศักยภาพในการเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยการนำทฤษฎีความเครียดของลาซารัสและโฟล์คแมน[10] และแนวทางการให้คำปรึกษาแบบใช้ความเข้มแข็งเป็นฐาน (Strength Based Counseling)[11] มาใช้ในการสร้างกิจกรรมในการเพิ่มศักยภาพในการเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีส่วนประกอบของกิจกรรมโดยการมุ่งแก้ไขปัญหา การจัดการกับอารมณ์ และการบรรเทาความรู้สึกเครียด ซึ่งเป็นแนวทางในการเผชิญกับความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โปรแกรมฯ นี้มีประสิทธิภาพและสามารถนำไปใช้ได้จริง ทำให้ญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเพิ่มศักยภาพในการเผชิญความเครียดได้ดีขึ้น

ข้อเสนอแนะ

ควรมีการนำโปรแกรมฯ นี้ ไปใช้ในการเพิ่มศักยภาพในการเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนอื่น เพื่อเปรียบเทียบผลการศึกษาและใช้อ้างอิงได้หลากหลายยิ่งขึ้น และควรติดตามศึกษาระยะยาวอย่างต่อเนื่อง เพื่อติดตามความเปลี่ยนแปลงของศักยภาพในการเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และเป็นแนวทางในการเพิ่มศักยภาพในการเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้นต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. SDG Move. ข้อมูลประชากรโลก. [อินเตอร์เนต]. กรุงเทพฯ: 2567 [เข้าถึงเมื่อ 22 มิ.ย. 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://www.sdgmove.com/2025/01/14/prb-world-population-data-sheet-2024/
2. กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กรมกิจการผู้สูงอายุ. สังคมสูงวัย. [อินเตอร์เนต]. กรุงเทพฯ: 2558 [เข้าถึงเมื่อ 18 มิ.ย. 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://www.msociety.go.th/articleattach/20463/21073.pdf
3. ชุตินาฎ วงศ์สุบรรณ. งานสัมมนา “จะเสนอให้คณะรัฐมนตรี (ครม.) พิจารณาร่างแผนประชากรเพื่อการพัฒนาประเทศระยะยาว 20 ปี. [อินเตอร์เนต]. กรุงเทพฯ: สภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ; 2560 [เข้าถึงเมื่อ13 มิ.ย. 2567]. เข้าถึงได้จาก https://www.thairath.co.th/content/956700
4. กรมกิจการพลเรือน. สถิติผู้สูงอายุ. [อินเตอร์เนต]. กรุงเทพฯ: 2568 [เข้าถึงเมื่อ 30 ก.ย. 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://www.dop.go.th/th/statistics_page?cat=1&id=2569
5. บรรลุ ศิริพานิช. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2559. นครปฐม: พริ้นเทอรี่; 2559.
6. กรมควบคุม กองโรคไม่ติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข. โรคเรื้อรังที่พบบ่อย (กลุ่ม NCDs) ที่สำคัญ. [อินเตอร์เนต]. กรุงเทพฯ: 2558 [เข้าถึงเมื่อ 18 มิ.ย. 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://www.ddc.moph.go.th/dncd/news.php?news=39911
7. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 12 สงขลา. รายงานประจำปี 2566 - สปสช.เขต 12 สงขลา. [อินเตอร์เนต]. สงขลา: 2566 [เข้าถึงเมื่อ 13 พ.ค. 2567]. เข้าถึงได้จาก https://anyflip.com/xpjkh/luck

8. จันทรรัตน์ จาริกสกุลชัย และรัฐพล ศิลปะรัศมี. ประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการปัญหาเพื่อลดความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิง ช่วงสถานการณ์ COVID_19. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเชีย. 2565;16(3):139.
9. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. 2nd ed. Hillsdale, New Jersey: Lawrence Eribaum Associated; 1988.
10. Lazarus, R. and Folkman, S.. Stress,appraisal,and coping. New York : Springer Publishing Company. 1984.
11. สำนักวิชาการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการให้คำปรึกษาแบบใช้ความเข้มแข็งเป็นฐาน (Strength Based Counseling) สำหรับกลุ่มเสี่ยงสุขภาพจิต. [อินเตอร์เนต]. กรุงเทพฯ: 2566 [เข้าถึงเมื่อ 28 มิ.ย. 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://dmh-elibrary.org/items/show/1444
12. พรทิพย์ สุขอดิศัย. วิถีชีวิตและแนวทางการมีสุขภาวะของผู้สูงอายุในภาคตะวันออก [วิทยานิพนธ์ปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต]. ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา; 2557.
13. กิตติคุณ ด้วงสงค์. รูปแบบการจัดกิจกรรมเสริมสร้างสุขภาวะของผู้สูงอายุในจังหวัดสุรินทร์. [ได้รับทุนอุดหนุนการวิจัยจาก มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย; 2563.
14. อรสา เทวสกุลวงศ์. ผลโปรแกรมการฝึกนั่งสมาธิด้วยการควบคุมการหายใจต่อความดันโลหิตสูงและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลหลังสวน จังหวัดชุมพร [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. เพชรบุรี: มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี; 2561.
15. เวธกา กลิ่นวิชิต. การพัฒนาสารสนเทศด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ปีที่ 3: การจัดการความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุภาคตะวันออก [คณะแพทยศาสตร์, คณะสาธารณสุขศาสตร์]. ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา; 2560.
16. ดุษฎี ตันเรืองศรี. การสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมการดูแลตนเองกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุชมรมผู้สูงอายุวัดสุวรรณดาราราม จังหวัดพระนครศรีอยุธยา [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์. 2557.
17. เจนจิรา เกียรติสินทรัพย์. ผลของการใช้โปรแกรมจัดการความเครียดต่อความสามารถจัดการความเครียดและระดับความเครียดของผู้สูงอายุในเขตอำเภอเมืองนนทบุรี. วารสารเกื้อการุณย์. 2562;26(2):74-75.
18. Zhang, X., Zheng, Y. & Qiu, C.. Well-being mediates the effects of social support and family function on self-management in elderly patients with hypertension [Internet]. 2019 Available from: https://doi.org/10.1080/13548506.2019.1687919
19. ศรีรัตน์ คุ้มสิน. ประสิทธิผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการรับรู้พลังอำนาจและระดับความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา; 2565.

Received: 1 Sep.2025, Revised: 5 Oct. 2025
Accepted: 21 Oct. 2025

บทความวิจัย

การพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วมโดยรูปแบบโรงเรียนผู้สูงอายุ ร่มไทรทอง ตำบลหนองบัวบาน อำเภอรัตนบุรี จังหวัดสุรินทร์

มนชยา พนัส[1*]

บทคัดย่อ

ประเทศไทยก้าวเข้าสู่สังคมสูงวัยโดยสมบูรณ์ในปี พ.ศ. 2566 คาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2574 จะเป็นสังคมสูงวัยระดับสุดยอด ซึ่งก่อให้เกิดความท้าทายด้านเศรษฐกิจ สังคม และสุขภาพอย่างมาก งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาบริบท กระบวนการพัฒนา และประเมินผลรูปแบบโรงเรียนผู้สูงอายุร่มไทรทองต่อการพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุ และระดับศักยภาพผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุร่มไทรทอง การวิจัยนี้ใช้ Participatory Action Research (PAR) ตามแนวคิดของ Kemmis และ McTaggart ดำเนินการ 28 สัปดาห์ ตาม วงจร 4 ระยะหลัก คือ การวางแผน การปฏิบัติการ การสังเกต การสะท้อนผล กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุ 40 คน และภาคีเครือข่าย 10 คน เครื่องมือ คือ แบบสอบถาม การสนทนากลุ่ม และกิจกรรม วิเคราะห์ข้อมูล ด้วยสถิติเชิงพรรณนาและ Paired-Samples T-test ผลการศึกษาพบว่า การดำเนินงานตามวงจร 4 ระยะหลัก ดังกล่าว ก่อให้เกิดรูปแบบกิจกรรมที่สอดคล้องกับบริบทและความต้องการอย่างแท้จริง โดยการปรับปรุงและสะท้อนผลอย่างต่อเนื่องสามารถแก้ไขปัญหาด้านการบริหารจัดการและแรงจูงใจในการเข้าร่วมได้ ภายหลังการดำเนินกิจกรรม ศักยภาพของผู้สูงอายุโดยรวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ค่าเฉลี่ย 3.28 เป็น 3.49 ($p<0.001$) โดยศักยภาพทั้ง 7 ด้านเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ยกเว้นด้านการสร้างความรักความผูกพันในครอบครัว ($p=0.323$) นอกจากนี้ ผู้สูงอายุยังมีความพึงพอใจต่อโครงการโดยรวมอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.15 ผลวิจัยยืนยันประสิทธิภาพของรูปแบบโรงเรียนผู้สูงอายุร่มไทรทองในการพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุ และควรขยายผลเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตในสังคมสูงวัย อย่างไรก็ตาม การประยุกต์ใช้ในพื้นที่อื่นต้องมีการปรับเปลี่ยนตามบริบทท้องถิ่น เนื่องจากงานวิจัยมีข้อจำกัดด้านขนาดกลุ่มตัวอย่าง ระยะเวลาโครงการสั้น และความเฉพาะเจาะจงของพื้นที่

คำสำคัญ การพัฒนาศักยภาพ, คุณภาพชีวิต, ผู้สูงอายุ, โรงเรียนผู้สูงอายุ

[1*]พยาบาลวิชีพชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพบ้านดินแดง อำเภอรัตนบุรี จังหวัดสุรินทร์

[*] Corresponding author E-mail: Moncha_042513@hotmail.com

Original Article

Participatory Potential Development of the Elderly through the Rom Sai Thong Elderly School Model, Nong Bua Ban Sub-district, Rattanaburi District, Surin Province

Monchaya phanat [1*]

Abstract

Thailand officially entered a Complete Aged Society in 2023 and is projected to become a Super-Aged Society by 2031, posing significant challenges across economic, social, and health sectors. This research aimed to study the context, development process, and evaluate the effectiveness of the Rom Sai Thong Elderly School Model on the elderly's potential development and their overall potential level. This study employed Participatory Action Research (PAR), based on the Kemmis and McTaggart model, conducted over 28 weeks following four core cycles: Planning, Action, Observing, and Reflection. The sample group consisted of 40 elderly participants and 10 network partners. Data collection tools included questionnaires, focus group discussions, and activities. Data were analyzed using descriptive statistics and the Paired-Samples T-test.The findings revealed that implementing the four-cycle model led to the creation of activities truly aligned with the local context and needs. The continuous reflection and adjustment process effectively resolved key management and motivational issues, such as anxiety regarding technology use and fluctuations in participation rate. Following the intervention, the elderly's overall potential significantly increased ($p<0.001$), with the average score rising from 3.28 to 3.49. Significant improvements were observed in 6 out of 7 dimensions, with the exception of the Strengthening Family Ties dimension ($p=0.323$). Furthermore, the elderly reported a high level of overall satisfaction with the program ($\bar{x}=4.15$). The results confirm the effectiveness and efficacy of the Rom Sai Thong Elderly School Model in enhancing the potential of the elderly. It is recommended that this model be scaled up to promote quality of life in the aging society, though adaptation to local contexts remains necessary due to the study's limitations regarding sample size, short project duration, and area specificity.

Keywords: Potential Development, Quality of Life, Elderly, Elderly School

[1*]Dan Daeng Sub-district Health Promoting Hospital, Rattanaburi District, Surin Province

[*] Corresponding author E-mail: Moncha_042513@hotmail.com

บทนำ

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรสู่ สังคมสูงวัย (Aging Society) ถือเป็นความท้าทายสำคัญที่กำลังเกิดขึ้นทั่วโลก รวมถึงประเทศไทยที่จำนวนประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว[1] ในปี พ.ศ. 2566 ประเทศไทยมีผู้สูงอายุถึงร้อยละ 19.5 ของประชากรทั้งหมด และคาดการณ์ว่าจะก้าวสู่ สังคมสูงวัยระดับสุดยอด (Super Aged Society) ในปี พ.ศ. 2574[2] การเพิ่มขึ้นของประชากรผู้สูงอายุนี้ได้นำมาซึ่งปัญหาและความท้าทายในหลายมิติ ทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม และสุขภาพ เช่น ภาระของผู้ที่อยู่ในวัยทำงานที่เพิ่มขึ้น ปัญหาด้านสภาพจิตใจที่อาจนำไปสู่ภาวะซึมเศร้า และปัญหาด้านสุขภาพร่างกายที่ไม่แข็งแรงและไม่สะดวกสบายในบั้นปลายชีวิต[3] ด้วยเหตุนี้ การเตรียมความพร้อมและพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุให้สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีคุณภาพจึงเป็นประเด็นสำคัญที่ต้องให้ความสนใจ องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้เสนอแนวคิด พฤฒพลังผู้สูงอายุ (Active Ageing) ซึ่งเน้นการส่งเสริมสุขภาวะที่ดี การมีส่วนร่วม และหลักประกันที่มั่นคงเพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงวัย[4] โรงเรียนผู้สูงอายุ จึงเป็นกลไกสำคัญหนึ่งที่ชุมชนนำมาใช้ในการพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุตามแนวคิดนี้[5] ซึ่งสอดคล้องกับแผนผู้สูงอายุแห่งชาติของไทย[6]

ในพื้นที่ตำบลหนองบัวบาน อำเภอรัตนบุรี จังหวัดสุรินทร์ ซึ่งได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์แล้ว พบว่ามีการจัดตั้ง โรงเรียนผู้สูงอายุร่มไทรทอง ขึ้นเพื่อดูแลและส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ อย่างไรก็ตาม จากการดำเนินงานที่ผ่านมา ยังคงพบปัญหาและข้อจำกัดหลายประการ เช่น ผู้สูงอายุขาดแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพ และจำนวนนักเรียนที่สมัครเข้าร่วมโครงการลดลงอย่างต่อเนื่อง ไม่มีสถานที่ในการจัดกิจกรรมที่เป็นของโรงเรียนเอง รวมถึงปัญหาด้านการบริหารจัดการงบประมาณที่ไม่เพียงพอ ที่สำคัญ ข้อมูลเกี่ยวกับระดับศักยภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในพื้นที่ ซึ่งเป็นข้อมูลพื้นฐานก่อนการพัฒนาและเป็นข้อมูลจำเป็นในการออกแบบรูปแบบกิจกรรมที่ตรงจุด ยังไม่มีการศึกษาหรือการจัดเก็บอย่างเป็นระบบมาก่อน[3] การขาดข้อมูลเชิงประจักษ์นี้ทำให้การพัฒนาและการวางแผนกิจกรรมก่อนหน้านี้ไม่สามารถตอบสนองต่อปัญหาเฉพาะบริบทได้อย่างมีประสิทธิภาพ ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยจึงจำเป็นต้องทำการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (PAR) เพื่อศึกษาบริบทและปัญหาเชิงลึกอย่างครอบคลุม นำไปสู่การพัฒนารูปแบบที่เหมาะสมและประเมินผลลัพธ์ต่อไป

คำถามวิจัย

1.บริบทของพื้นที่และปัญหา/ข้อจำกัดในการดำเนินงานของรูปแบบโรงเรียนผู้สูงอายุร่มไทรทอง รวมถึงระดับศักยภาพของผู้สูงอายุก่อนการพัฒนา เป็นอย่างไร

2.กระบวนการพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุโดยรูปแบบโรงเรียนผู้สูงอายุร่มไทรทอง แบบมีส่วนร่วม ซึ่งประกอบด้วย 4 ระยะหลัก ควรเป็นอย่างไร

3. ภายหลังการดำเนินงานตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้น ศักยภาพโดยรวมของผู้สูงอายุและศักยภาพในแต่ละด้านในโรงเรียนผู้สูงอายุร่มไทรทอง มีการเปลี่ยนแปลงในระดับใด

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาบริบท กระบวนการพัฒนาและประเมินผลรูปแบบโรงเรียนผู้สูงอายุร่มไทรทองต่อการพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุ และระดับศักยภาพผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุร่มไทรทอง

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยนี้เป็น งานวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) ระยะเวลา 28 สัปดาห์ (พฤศจิกายน 2567 – พฤษภาคม 2568) วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาบริบท กระบวนการพัฒนาและประเมินผลรูปแบบโรงเรียนผู้สูงอายุร่มไทรทองต่อการพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุ และระดับศักยภาพผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุร่มไทรทอง การดำเนินการยึดตามวงจร PAR ของ Kemmis และ McTaggart ซึ่งแบ่งเป็น 4 ระยะหลัก ได้แก่ การวางแผน (Planning) การปฏิบัติการ (Action) การสังเกต (Observing) และการสะท้อนผล (Reflection)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (PAR) นี้ดำเนินการในพื้นที่ตำบลหนองบัวบาน อำเภอรัตนบุรี จังหวัดสุรินทร์ ประชากรทั้งหมด ประกอบด้วย 2 กลุ่มหลัก ได้แก่ 1)กลุ่มผู้ปฏิบัติงาน/ภาคีเครือข่าย ที่รับผิดชอบงานผู้สูงอายุ รวม 26 คน 2)กลุ่มผู้สูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) รวม 778 คน

กลุ่มเป้าหมายและผู้ร่วมวิจัย (Target Group and Co-researchers) กลุ่มที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยและเก็บข้อมูลจริง ถูกเลือกแบบ เจาะจง (Purposive Sampling) โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่มย่อย ดังนี้

1.กลุ่มผู้ร่วมวิจัยหลัก (Co-researchers) (n=10) เพื่อเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพในกระบวนการ PAR เป็นภาคีเครือข่ายความร่วมมือในระดับตำบล เกณฑ์คัดเข้า ผู้ที่มีบทบาทเกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุ สามารถให้ข้อมูลเชิงลึกและยินดีร่วมมือในการวิเคราะห์/วางแผน เกณฑ์คัดออก 1) การขาดความต่อเนื่องไม่เข้าร่วมการประชุมสะท้อนผลเกินร้อยละ 50 2) การสิ้นสุดบทบาท ที่เกี่ยวข้องอย่างถาวร หรือ 3) การถอนตัว ออกจากโครงการโดยสมัครใจ

2. กลุ่มเป้าหมายในการประเมินผลรูปแบบ (Target Group for Outcome Evaluation) (n=40) เพื่อเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ (Pre/Post-test) ผู้สูงอายุที่เป็นนักเรียนโรงเรียนผู้สูงอายุร่มไทรทอง เกณฑ์คัดเข้า เป็นสมาชิกโรงเรียนผู้สูงอายุ สามารถสื่อสารได้ และยินดีเข้าร่วมกิจกรรมตลอดหลักสูตร เกณฑ์คัดออก มีปัญหาในการรับรู้/สติปัญญาบกพร่อง (Cognitive Impairment) เป็นกลุ่มติดบ้าน/ติดเตียง หรือมีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวที่รุนแรง

ขั้นตอนดำเนินการวิจัย

การดำเนินการเป็นไปตามวงจร PAR 4 ระยะ เพื่อให้เกิดการปรับปรุงรูปแบบตามบริบทและความต้องการของชุมชนอย่างต่อเนื่องดังนี้

ระยะที่ 1 การวางแผน (Planning) (สัปดาห์ที่ 1–4) เป็นการศึกษาบริบทและปัญหาเบื้องต้น โดยดำเนินการเก็บข้อมูลศักยภาพผู้สูงอายุ ก่อนการทดลอง (Pre-test) และจัด การสนทนากลุ่ม (Focus Group) ร่วมกับภาคีเครือข่าย เพื่อวิเคราะห์ข้อจำกัดและร่วมกันออกแบบวัตถุประสงค์และกิจกรรมของโรงเรียน

ระยะที่ 2 การปฏิบัติการ (Action) และระยะที่ 3 การสังเกตการณ์ (Observation) (สัปดาห์ที่ 5–24) เป็นการนำรูปแบบกิจกรรมที่ออกแบบร่วมกันไปปฏิบัติจริงตลอด 20 สัปดาห์ โดยเน้นหลักสูตร 5 หมวดวิชา และการส่งเสริมบทบาท ผู้ถ่ายทอดความรู้ (Peer Educator) ควบคู่กับการสังเกตการณ์และการบันทึกข้อมูลเชิงคุณภาพและปริมาณอย่างเป็นระบบ เมื่อสิ้นสุดกิจกรรม ได้ดำเนินการเก็บข้อมูลศักยภาพผู้สูงอายุ หลังการทดลอง (Post-test)

ระยะที่ 4 การสะท้อนกลับ (Reflection) (สัปดาห์ที่ 25–28) เป็นการจัดประชุมร่วมกับภาคีเครือข่ายเพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูล วิเคราะห์ความสำเร็จ/อุปสรรค และนำข้อเสนอแนะมา ปรับปรุงรูปแบบ และร่วมกันวางแผนการดำเนินงานเพื่อความยั่งยืนของโรงเรียน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบ่งเป็น เครื่องมือเชิงปริมาณ และ เครื่องมือเชิงคุณภาพ

เครื่องมือเชิงปริมาณ

ประกอบด้วย 1)แบบสอบถามศักยภาพผู้สูงอายุ (Active Ageing Scale for Thai People: AAS-Thai)[7] ใช้มาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (Likert Scale) เพื่อวัดศักยภาพของผู้สูงอายุ 2)แบบประเมินความพึงพอใจ ใช้มาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (Likert Scale) 3)แบบสอบถามการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ใช้มาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (Likert Scale)

เครื่องมือเชิงคุณภาพ

ประกอบด้วย แบบสนทนากลุ่ม (Focus Group) แบบสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) และแบบสังเกตพฤติกรรม

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ เครื่องมือเชิงปริมาณที่ใช้ในการวิจัยได้ผ่านการตรวจสอบคุณภาพ ดังนี้ ความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ได้นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นเสนอผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่านเพื่อตรวจสอบความถูกต้องและความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ ผลการคำนวณค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) อยู่ที่ 0.86 ความเที่ยง (Reliability) ได้ทำการทดลองใช้ (Try-out) กับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงจำนวน 30 คน และวิเคราะห์ค่าความเที่ยงดังนี้ แบบสอบถามศักยภาพผู้สูงอายุ (AAS-Thai) มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha) เท่ากับ 0.95 แบบประเมินความพึงพอใจ มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha) เท่ากับ 0.91 แบบสอบถามอื่น ๆ (รวมแบบสอบถามข้อมูลพื้นฐานและการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย) ใช้การทดสอบความเที่ยงตรงตามวิธีของ Kuder-Richardson 20 (KR 20) เท่ากับ 0.72

2. การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ค่าความถี่ (Frequency), ร้อยละ (Percentage), ค่าเฉลี่ย ($\bar{x}$) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) สำหรับวิเคราะห์ลักษณะทั่วไปและระดับศักยภาพ/ความพึงพอใจ ใช้สถิติ Paired-Samples T-test เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยศักยภาพผู้สูงอายุ ก่อนและหลัง การพัฒนารูปแบบ โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ข้อมูลเชิงคุณภาพ ข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่มและการสังเกตการณ์ ถูกนำมาวิเคราะห์ด้วยวิธีการ การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) และใช้การตรวจสอบสามเส้า (Triangulation) เพื่อยืนยันความน่าเชื่อถือและความถูกต้องของข้อมูล

จริยธรรมในการศึกษา

การวิจัยนี้ดำเนินการภายใต้การรับรองของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์ กระทรวงสาธารณสุข (COA No. **132/2567**) โดยผู้วิจัยได้ชี้แจงสิทธิ์การยินยอมเข้าร่วมวิจัย การรักษาข้อมูลเป็นความลับ และการเคารพในศักดิ์ศรีและสิทธิส่วนบุคคลของผู้เข้าร่วมวิจัยทุกราย

ผลการวิจัย

การวิจัยนี้มีกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม คือ กลุ่มภาคีเครือข่ายความร่วมมือ (n=10) และกลุ่มผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโครงการ (n=40) โดยลักษณะทางประชากรศาสตร์ของทั้งสองกลุ่มมีความแตกต่างกันอย่างชัดเจนตามบทบาทหน้าที่ พบว่า กลุ่มภาคีเครือข่ายมีอายุเฉลี่ย 56.70±11.23 ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 70.0 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 80.0 มีระดับการศึกษาสูง ปริญญาตรีขึ้นไป ร้อยละ 60.0 ประกอบอาชีพรับราชการ/บำนาญ ร้อยละ 70.0 และมีบทบาทเป็นแกนนำ/กรรมการ ร้อยละ 80.0 ในขณะที่กลุ่มผู้สูงอายุมีอายุเฉลี่ย 68.25±5.92 ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 60.0 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 85.0 การศึกษาระดับประถมศึกษาเป็นหลักร้อยละ 92.5 ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 62.5 มีรายได้ต่อปีต่ำกว่า 10,000 บาท (ฐานนิยม) และส่วนใหญ่เข้าร่วมกิจกรรมของชมรมฯ สม่ำเสมอและมีผู้ดูแล ร้อยละ 80.0 รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ลักษณะประชากรศาสตร์ของกลุ่มตัวอย่าง

ลักษณะประชากรศาสตร์	กลุ่มภาคีเครือข่าย (n=10)	กลุ่มผู้สูงอายุ (n=40)
1. อายุ (ปี)		
ค่าเฉลี่ย ($\bar{x}$ ±SD)	56.70±11.23	68.25±5.92
ช่วงอายุที่เด่นที่สุด (%)	40–69 ปี (90.0)	60–69 ปี (62.5)
2. เพศ (%)		
ชาย	30	40
หญิง	70	60
3. สถานภาพสมรส (%)		
สมรสคู่	80	85
โสด/หย่า/หม้าย/แยกกันอยู่	20	15
4. ระดับการศึกษา (%)		
ประถมศึกษา	20	92.5
มัธยมศึกษา	20	7.5
ปริญญาตรีขึ้นไป	60	0
5. อาชีพ (%)		
รับราชการ/บำนาญ	70	0
เกษตรกรรม	30	62.5
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	0	32.5
6. รายได้ต่อปี (ฐานนิยม)	50,001–70,000 บาท/ปี	ต่ำกว่า 10,000 บาท/ปี
7. การมีส่วนร่วม/ผู้ดูแล		
แกนนำ/กรรมการกองทุนฯ/เจ้าหน้าที่ (%)	80	0
สมาชิกชมรมฯ เข้าร่วมสม่ำเสมอ (%)	0	80

ลักษณะประชากรศาสตร์	กลุ่มภาคีเครือข่าย (n=10)	กลุ่มผู้สูงอายุ (n=40)
มีผู้ดูแล (%)	0	80

2. กระบวนการพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วมโดยรูปแบบโรงเรียนผู้สูงอายุร่มไทรทอง

รูปแบบโรงเรียนผู้สูงอายุร่มไทรทองใช้กระบวนการวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (PAR) ตามวงจร 4 ระยะ ได้แก่ การวางแผน (Planning), การปฏิบัติตามแผน (Action), การสังเกต (Observing) และการสะท้อนผล (Reflection) ในระยะ การวางแผน ได้วิเคราะห์บริบทและพบปัญหาสำคัญ ได้แก่ ศักยภาพโดยรวมต่ำ (โดยเฉพาะด้านการเงิน $\bar{x}$=3.09) และ กิจกรรมซ้ำซาก จึงร่วมออกแบบหลักสูตรฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2568 ที่เน้น พฤฒพลัง (Active Ageing) โดยจัดกิจกรรมรวม 16 ครั้ง ครอบคลุม 7 ด้าน และเปลี่ยนสถานที่จัดกิจกรรมเป็นหอประชุมโรงเรียนบ้านดินแดง ระหว่างการดำเนินงาน พบอุปสรรคสำคัญ 2 ประการ คือ ปัญหาด้านเทคโนโลยี (ผู้สูงอายุวิตกกังวลในการใช้สื่อออนไลน์) และปัญหาด้านความต่อเนื่องของการมีส่วนร่วมเนื่องจากความผันผวนของการเข้าร่วมในช่วงฤดูทำนา ในระยะ การสังเกต และ การสะท้อนผล คณะทำงานได้ติดตามและจัดเวที Action-Reflection Forums เพื่อนำข้อมูลปัญหาไปสู่การปรับปรุงแผนงานทันที จนได้มาซึ่งรูปแบบฉบับสมบูรณ์ที่เน้นความยั่งยืนของการจัดการโดยอาศัยกลไกการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย

ผลการสังเกตพฤติกรรมการเข้าร่วมกระบวนการวิจัยแสดงให้เห็นว่า ทั้งภาคีเครือข่าย ($\bar{x}$=4.18) และผู้สูงอายุ ($\bar{x}$=3.61) มีระดับการมีส่วนร่วมโดยรวมอยู่ในระดับ "มาก" โดยภาคีเครือข่ายมีมิติการตอบคำถามสูงสุด ($\bar{x}$=4.60) และผู้สูงอายุมีพฤติกรรมโดดเด่นด้านความสนใจ/การตอบคำถาม ($\bar{x}$=3.62)รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการสังเกตพฤติกรรมการมีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนา

กลุ่มตัวอย่าง	คะแนนเฉลี่ยรวม ($\bar{x}$)	ระดับฤติกรรม	คะแนนสูงสุดในพฤติกรรมย่อย
ภาคีเครือข่าย (Network)	4.18	มาก	การตอบคำถาม ($\bar{x}$=4.60)
ผู้สูงอายุ (Elderly)	3.61	มาก	การตอบคำถาม/ความสนใจ ($\bar{x}$=3.62)

3.ประเมินผลรูปแบบโรงเรียนผู้สูงอายุร่มไทรทองต่อการพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุ และระดับศักยภาพผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุร่มไทรทอง

ผลการประเมินรูปแบบโรงเรียนผู้สูงอายุร่มไทรทองต่อการพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุและระดับความพึงพอใจ สรุปได้ดังนี้

3.1 ประสิทธิผลต่อการพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุ (Paired t-test)

ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยศักยภาพผู้สูงอายุโดยรวม ก่อนและหลังการดำเนินงานตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้น โดยใช้สถิติ Paired t-test พบว่า ค่าเฉลี่ยผู้สูงอายุโดยรวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=-5.356, p<0.001$) โดยมีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 3.28 เป็น 3.49 (ส่วนต่าง 0.21) พิจารณารายด้าน พบว่าศักยภาพเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) ใน 6 ใน 7 ด้าน โดยด้านที่มีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นสูงสุดคือ ความมั่นคงทางการเงิน (ส่วนต่าง 0.34) อย่างไรก็ตาม ศักยภาพด้าน การสร้างความรักความผูกพันในครอบครัว มีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเล็กน้อย แต่ ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.323$) ดังตารางที่3

ตารางที่ 3 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยศักยภาพผู้สูงอายุโดยรวม ก่อนและหลังการดำเนินงานตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้น โดยใช้สถิติ Paired t-test (N=40)

ศักยภาพผู้สูงอายุ	ค่าเฉลี่ยก่อน ($\bar{x}$ ก่อน)	ค่าเฉลี่ยหลัง ($\bar{x}$ หลัง)	ส่วนต่าง	ค่า t	ค่า p	ผลการเปรียบเทียบ
ศักยภาพผู้สูงอายุโดยรวม	3.28	3.49	0.21	-5.356	< 0.001*	เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ
ด้านที่เพิ่มขึ้นสูงสุด ความมั่นคงทางการเงิน	3.09	3.43	0.34	-6.315	< 0.001*	เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ
ด้านที่ไม่แตกต่าง การสร้างความรักความผูกพันในครอบครัว	3.53	3.61	0.08	-0.999	0.323	ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ

*หมายเหตุ: **p < 0.001

3.2 การประเมินผลความพึงพอใจต่อรูปแบบที่พัฒนาขึ้น

ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจต่อการพัฒนาศักยภาพแบบมีส่วนร่วมโดยรวมใน ระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจ 4.15 รายละเอียดดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 แสดงผลการประเมินความพึงพอใจต่อโครงการของผู้สูงอายุ (N=40)

รายการประเมินความพึงพอใจ	ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$)	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)	ระดับความพึงพอใจ
ความพึงพอใจโดยรวม	4.15	0.42	มาก

3.3 รูปแบบโรงเรียนผู้สูงอายุร่มไทรทองที่ได้จากการวิจัย

จากการประเมินประสิทธิผลและความพึงพอใจ พบว่า รูปแบบโรงเรียนผู้สูงอายุร่มไทรทองฉบับที่พัฒนาขึ้นมีประสิทธิผลสูงและได้รับการยอมรับ ในการยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยมีองค์ประกอบหลักที่สำคัญคือ1) หลักสูตรส่งเสริมสุขภาวะผู้สูงอายุ เน้น 5 หมวดวิชา และบูรณาการกิจกรรมที่เน้นพฤฒพลัง (Active Ageing) ทั้ง 7 ด้าน 2)กิจกรรมพัฒนาทักษะและภูมิปัญญาท้องถิ่นเน้นการเรียนรู้จากการปฏิบัติจริง (Learning by Doing) และการเป็นผู้ถ่ายทอดความรู้ 3)การสร้างเครือข่ายความร่วมมือ การมีส่วนร่วมอย่างเข้มแข็งของภาคีเครือข่ายในทุกกระบวนการ ซึ่งเป็นกลไกสำคัญสู่ความยั่งยืนของการจัดการ

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

สรุปผลการวิจัย (Summary of Findings)งานวิจัยนี้เป็นการพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วมโดยรูปแบบโรงเรียนผู้สูงอายุร่มไทรทอง โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) ตามวงจร 4 ระยะ (Planning, Action, Observing, Reflection) ผลการศึกษาที่สำคัญสรุปได้ดังนี้ ด้านกระบวนการพัฒนา (Process) รูปแบบที่พัฒนาขึ้นผ่านการดำเนินงานตามวงจร 4 ระยะอย่างต่อเนื่อง โดยสามารถแก้ไขอุปสรรคสำคัญระหว่างปฏิบัติการ ได้แก่ ปัญหาด้านความวิตกกังวลในการใช้เทคโนโลยี และ ความผัน

ผวนของการเข้าร่วมกิจกรรม ผ่านกลไกการสังเกตและสะท้อนผลร่วมกับภาคีเครือข่ายอย่างสม่ำเสมอ ด้านการมีส่วนร่วม (Participation) ทั้งภาคีเครือข่ายและผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการมีส่วนร่วมในกระบวนการวิจัยโดยรวมอยู่ในระดับมาก (ภาคีเครือข่าย $\bar{x}$=4.18, ผู้สูงอายุ $\bar{x}$=3.61) ด้านประสิทธิผลต่อศักยภาพ (Effectiveness) ศักยภาพผู้สูงอายุโดยรวม เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) โดยค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 3.28 เป็น 3.49 และมีการเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญใน 6 ใน 7 ด้าน ด้านความพึงพอใจ (Satisfaction) ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจต่อรูปแบบที่พัฒนาขึ้นโดยรวมในระดับ มาก ($\bar{x}$=4.15)

อภิปรายผล

ด้านบริบททางประชากรศาสตร์ที่สอดคล้องกับสังคมสูงวัย ลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ (N=40) ในพื้นที่ชนบทของจังหวัดสุรินทร์ มีความสอดคล้องกับแนวโน้มของสังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ในประเทศไทย[2, 8] โดยเฉพาะอย่างยิ่งสัดส่วนของ เพศหญิงที่มีมากกว่าเพศชาย (ร้อยละ 60.00)[9] และความเปราะบางทางเศรษฐกิจเนื่องจากส่วนใหญ่ประกอบอาชีพใน ภาคเกษตรกรรม (ร้อยละ 62.50) ซึ่งเป็นแรงงานนอกระบบที่มีรายได้ไม่มั่นคง[10] อย่างไรก็ตาม ความเข้มแข็งทางสังคมและครอบครัวมีอยู่สูง โดยผู้สูงอายุส่วนใหญ่มี ผู้ดูแลในครอบครัว (ร้อยละ 80.00)[11] ซึ่งสะท้อนเหตุผลที่ศักยภาพด้าน ความผูกพันในครอบครัว ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากมีระดับพื้นฐานที่ดีอยู่แล้ว ด้านประสิทธิผลของการใช้กลไก PAR และโรงเรียนผู้สูงอายุรูปแบบโรงเรียนผู้สูงอายุร่มไทรทองที่มีการดำเนินการตาม วัฏจักร 4 ระยะของ Kemmis และ McTaggart อย่างเคร่งครัด สอดคล้องกับแนวคิดที่ว่าการจัดการปัญหาสังคมสูงวัยในระดับฐานรากต้องอาศัย ระบบและกลไกที่ขับเคลื่อนโดยชุมชนและภาคีเครือข่ายในระดับตำบล[12, 13] การที่คณะทำงานประกอบด้วย รพ.สต., อบต., และ อสม. สอดคล้องกับแนวคิดการดูแลระยะยาวโดยมีชุมชนเป็นฐาน (LTC) และบทบาทของเครือข่ายในการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ[13, 14] การมีส่วนร่วมในระดับ "มาก" ของภาคีเครือข่าย ($\bar{x}$=4.18) ยืนยันว่า กระบวนการ PAR ไม่เพียงแต่เป็นวิธีการพัฒนา แต่ยังเป็นหัวใจสำคัญในการบริหารจัดการและธำรงรักษารูปแบบโรงเรียนผู้สูงอายุ ในระดับท้องถิ่น[15] ด้านการพัฒนาศักยภาพแบบองค์รวม (Active Ageing) และความสำเร็จของรูปแบบ ผลการประเมินที่แสดงว่าศักยภาพผู้สูงอายุโดยรวม เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมีความพึงพอใจสูง ($\bar{x}$=4.15) พิสูจน์ว่า รูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีประสิทธิผลในการเสริมสร้างศักยภาพแบบ องค์รวม ตามแนวคิด พฤฒพลัง (Active Ageing)[5] โดยเฉพาะอย่างยิ่งด้าน ความมั่นคงทางการเงิน ที่มีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นสูงสุด สะท้อนว่าหลักสูตรที่เน้นทักษะเศรษฐกิจและเทคโนโลยีสามารถตอบสนองต่อ ความเปราะบางทางเศรษฐกิจ ที่พบในกลุ่มตัวอย่างได้จริง การที่ศักยภาพเพิ่มขึ้นภายใต้รูปแบบที่ออกแบบโดยชุมชน (Community-Based) และใช้การมีส่วนร่วม (PAR) สอดคล้องกับงานวิจัยที่เน้นย้ำว่า การมีส่วนร่วมอย่างเข้มแข็งเป็นปัจจัยหลักที่นำไปสู่ความสำเร็จในการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ[16, 17] และเป็นกลไกที่สามารถรองรับสังคมสูงวัยได้อย่างยั่งยืนในระดับตำบล[12]

ข้อเสนอแนะ

1. การนำผลการวิจัยไปใช้และขยายผล ควรนำรูปแบบโรงเรียนผู้สูงอายุร่มไทรทองไปปรับใช้ในชุมชนอื่นที่มีบริบทใกล้เคียงกัน โดยยึดหลักการมีส่วนร่วม (Participatory approach) เป็นสำคัญ รักษาและเสริมสร้างบทบาทของผู้สูงอายุในการร่วมออกแบบกิจกรรมอย่างต่อเนื่องเพื่อสร้างความยั่งยืน และพัฒนาความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายที่หลากหลายเพื่อให้เกิดการสนับสนุนที่ครบวงจร

2. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยในอนาคต ควรมีการศึกษา เชิงเปรียบเทียบ ผลของรูปแบบนี้ในพื้นที่ที่มีบริบททางสังคมและวัฒนธรรมที่แตกต่างกัน และควรพิจารณาใช้ ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ เช่น การศึกษาแบบกรณีศึกษา เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับประสบการณ์ของผู้สูงอายุในโครงการ

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดีด้วยความอนุเคราะห์จากหลายฝ่าย ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ คณาจารย์ผู้ทรงคุณวุฒิ ทุกท่านที่ได้กรุณาให้คำปรึกษา แนะนำ และตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ

อย่างใกล้ชิดขอขอบพระคุณ ผู้สูงอายุโรงเรียนผู้สูงอายุร่มไทรทอง ทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมกิจกรรมและให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่ง และขอขอบพระคุณ กลุ่มสหวิชาชีพและภาคีเครือข่าย ที่ให้การสนับสนุนและอำนวยความสะดวกตลอดการดำเนินงาน

สุดท้ายนี้ ผู้วิจัยขอมอบคุณค่าและประโยชน์ที่ได้จากงานวิจัยนี้เป็นเครื่องบูชาพระคุณแด่ บิดา มารดา ครูบาอาจารย์ และผู้มีพระคุณ ทุกท่าน และหวังเป็นอย่างยิ่งว่างานวิจัยนี้จะเป็นประโยชน์ในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชนต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2565. 2023. Available from: https://thaitgri.org/?p=40208 (Accessed 2025 January 6).
2. คณะทำงานจัดทำรายงานสุขภาพคนไทย. เกิดอะไรขึ้น?เมื่อประเทศไทย เข้าสู่ “สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์. 2023. Available from: https://www.thaihealthreport.com/th/articles_detail.php?id=193 (Accessed 2025 January 6).
3. ปวินตรา มานาดี, กันนิษฐา มาเห็ม, วิทยา วิทยา, รัชนีย์ ไพเมือง. แนวทางการพัฒนาสุขภาวะองค์รวมโดยนวัตกรรมโรงเรียนผู้สูงอายุ. วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ วพบ. นนทบุรี. 2023;17(3):113-25.
4. World Health Organization. WHO-Active-Ageing. Policy Framework. 2002.
5. พูลศักดิ์ หอมสมบัติ, ชิดชนก เชิงหอม. โรงเรียนผู้สูงอายุ: การเสริมสร้างศักยภาพผู้สูงอายุในสังคมสูงวัย. วารสารนวัตกรรมการศึกษาและการวิจัย. 2022;6(2):540–51.
6. กรมกิจการผู้สูงอายุ. แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545 – 2564) (ปรับปรุง ครั้งที่ 1 พ.ศ. 2552). 2017.
7. Thanakwang K. Development and Psychometric Testing of the Active Ageing Scale for Thai People (AAS-Thai). 2013.
8. กรมกิจการผู้สูงอายุ. รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2566 (เล่มเต็ม). กรุงเทพฯ: กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. 2023.
9. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2567. 2024. Available from: https://www.nso.go.th/nsoweb/storage/survey (Accessed 2025 March 15)
10. กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. สถานการณ์และแนวโน้มสถานการณ์ทางสังคมในกลุ่มเปราะบาง ประจำปี 2566. 2023. Available from: http://nontapum.go.th/AttachFiles/EBook/d5c1b04b-9f36-4dd8-9383-a047ea2f4746.pdf (Accessed 2025 March 15).

11. Krungsri Research. สังคมสูงวัย โจทย์ใหญ่ที่มาพร้อมกับโอกาส. 2024. Available from: https://www.krungsri.com/th/research/research-intelligence/silver-economy (Accessed 2025 March 15).
12. นลินี เกิดประสงค์, จันทิมา นวะมะวัฒน์. ระบบและกลไกเพื่อรองรับสังคมสูงวัยระดับตำบล. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา. 2022;30(1):49–63.
13. ขวัญเรือน ชัยนันท์, ชลิดา มณีกุล. การพัฒนารูปแบบโรงเรียนผู้สูงอายุโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน. วารสารวิจัยและพัฒนามหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ในพระบรมราชูปถัมภ์. 2024;19(3):1-13. 14. ดวงกมล แสงวงศ์, กัลยา บัวหลวง. รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในเขตอำเภอโพธิ์ประทับช้าง จังหวัดพิจิตร. วารสารวิชาการป้องกันควบคุมโรค เขต 9. 2023;29(2):17–28.
14. วงธรรม สรณะ, ชูวงศ์ อุบาลี. กระบวนการมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการโรงเรียนผู้สูงอายุ กรณีศึกษาองค์การบริหารส่วนตำบลวังใหม่ อำเภอนายายอาม จังหวัดจันทบุรี. วารสารวิจัยวิชาการ. 2024;7(6):293–303.
15. ถิรวัฒน์ ลาประวัติ. การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลหนองหัวช้าง อำเภอกันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพศรีสะเกษ. 2024;3(1):156–70.
16. กัญญาณัฐ สมาน, สุพรรณี แก้วกัลยา. การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชนชนบทโดยกระบวนการวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม. วารสารวิชาการแพทย์และสาธารณสุขเขต 8. 2022;1(2):64–77.

Received: 29 Sep 2025, Revised: 7 Oct. 2025
Accepted: 2 Nov. 2025

บทความวิจัย

การวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนากระบวนการสนับสนุนภาคประชาชนในการเสนอโครงการกองทุนสุขภาพท้องถิ่น : กรณีศึกษาองค์การบริหารส่วนตำบลวาริชภูมิ จังหวัดสกลนคร

ไอลดา พลไชย [1] , ศศิวรรณ ทัศนเอี่ยม [2*]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินผลกระบวนการสนับสนุนภาคประชาชนในการเสนอโครงการกองทุนสุขภาพท้องถิ่น กลุ่มเป้าหมายเลือกแบบเจาะจง คือ ตัวแทนภาคประชาสังคมในพื้นที่ จำนวน 45 คน ดำเนินการวิจัยโดยใช้กระบวนการวิจัย 4 ขั้นตอนตามแนวคิดของ Kemmis & McTaggart ได้แก่ การวางแผน การปฏิบัติ การสังเกตการณ์ และการสะท้อนผล เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ได้แก่ ประเด็นสนทนากลุ่ม แบบสัมภาษณ์ และแบบสอบถามความพึงพอใจ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา และข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย พบว่า กระบวนการสนับสนุนภาคประชาชนในการเสนอโครงการกองทุนสุขภาพท้องถิ่นประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ได้แก่ การให้คำปรึกษา การประเมินตนเอง การใช้คู่มือและแหล่งข้อมูล และการเสริมสร้างพลังและศักยภาพของประชาชน ตามกระบวนการ CARE Model ประกอบด้วย C: Consultation การให้คำปรึกษา A: Assessment การตรวจสอบและประเมินตนเอง R: Resources มีคู่มือและแหล่งข้อมูล E: Empowerment การเสริมสร้างพลังและศักยภาพ ภายหลังการทดลองใช้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างจัดทำโครงการได้อย่างครบถ้วนตามหัวข้อสำคัญ และได้รับการอนุมัติจากกองทุนทั้งหมด ร้อยละ 100.00 โดยมีความพึงพอใจต่อกระบวนการที่พัฒนาขึ้นอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 4.32, SD = 0.47) สามารถนำไปประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในกระบวนการสนับสนุนการจัดทำโครงการของภาคประชาชนในระดับท้องถิ่น เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพ ลดข้อผิดพลาด และเสริมสร้างศักยภาพในการจัดทำโครงการสุขภาพที่ตอบสนองต่อบริบทของชุมชนได้อย่างแท้จริง

คำสำคัญ: การพัฒนากระบวนการ กองทุนหลักประกันสุขภาพ ภาคประชาชน

[1] นักศึกษาปริญญาโท หลักสูตรสาธารณสุขศาตรมหาบัณฑิต สาขาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร
[2] ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร
* Corresponding author E-mail: sasiwan@snru.ac.th

Original Article

An Action Research for Developing a Support Process for Civil Society in Proposing Projects to the Local Health Security Fund: A Case Study of Waritchaphum Subdistrict Administrative Organization, Sakon Nakhon Province

Ilada Ponchai[1] , Sasiwan Tassana-iem[2*]

Abstract

This study employed an action research methodology to develop and evaluate a support process to enhance civil society engagement in proposing projects under the Local Health Security Fund. The target population consisted of 45 purposively selected representatives from civil society organizations within the jurisdiction of the Waritchaphum Subdistrict Administrative Organization, Sakon Nakhon Province. The research process was structured into four iterative stages based on the conceptual framework of Kemmis and McTaggart: planning, action, observation, and reflection. Data collection instruments included focus group discussion protocols, semi-structured interview guides, and satisfaction questionnaires. Qualitative data were analyzed using content analysis, while quantitative data were analyzed using descriptive statistics, including frequency, percentage, mean, and standard deviation.

The findings revealed that the support process for community participation in proposing projects for the Local Health Security Fund (LHSF) comprised four key components: consultation, self-assessment, provision of resources and guidelines, and community empowerment. These components form the basis of the CARE Model, which includes: C: Consultation- providing guidance and support, A: Assessment- facilitating self-evaluation and internal review, R: Resources - access to manuals and relevant informational tools, E: Empowerment- strengthening the capacity and agency of the community. After implementation, it was found that all participants successfully developed project proposals that fully met the required criteria, and the fund approved 100% of the proposals. The satisfaction with the developed support process was at a high level ($\bar{X}$ = 4.32, SD = 0.47). These results suggest that the CARE Model can be effectively applied as a practical framework to enhance community support processes in the development of local project proposals. It helps increase operational efficiency, reduce errors, and empower civil society organizations to create health projects that are truly responsive to the needs and contexts of their communities.

Keywords: Development of Support Process Local Health Security Fund Civil Society

[1]Master of Public Health Candidate, Master of Public Health Program, Faculty of Public Health, Sakon Nakhon Rajabhat University

[2]Assistant Professor Dr., Department of Health Sciences, Faculty of Science and Technology, Sakon Nakhon Rajabhat University

* Corresponding author E-mail: sasiwan@snru.ac.th

บทนำ

กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่เป็นกลไกที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) สนับสนุนให้เกิดขึ้น โดยถือเป็นนวัตกรรมสำคัญของระบบสุขภาพไทยที่ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชนจากหลายภาคส่วน ไม่ว่าจะเป็นองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) สถานบริการสุขภาพ กลุ่มประชาชน โรงเรียน ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ฯลฯ เพื่อร่วมกันจัดบริการสาธารณสุขในระดับพื้นที่ โดยมีวัตถุประสงค์หลักเพื่อสนับสนุนการให้บริการสุขภาพทั้งด้านการส่งเสริม ป้องกัน และการบริหารจัดการกองทุนในกรณีเหตุการณ์พิเศษต่าง ๆ รวมทั้งกิจกรรมตามมติของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ [1] กองทุนนี้ได้รับการจัดสรรงบประมาณจาก สปสช. 45 บาทต่อประชากร และสมทบจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตามสัดส่วนที่กำหนด โดยมี อปท. เป็นกลไกหลักในการบริหารจัดการกองทุนร่วมกับภาคีเครือข่ายในพื้นที่ โดยเฉพาะการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่สะท้อนปัญหาและบริบทของชุมชน[1] ทั้งนี้ อปท. ยังมีบทบาทสำคัญในการประสานความร่วมมือกับหน่วยงานในพื้นที่ เพื่อค้นหาปัญหา วางแผน และดำเนินกิจกรรมด้านสุขภาพร่วมกับประชาชนอย่างเป็นรูปธรรม [2] แนวทางหนึ่งที่ได้รับการยอมรับในการบริหารจัดการกองทุนอย่างมีส่วนร่วมคือการใช้กระบวนการสมัชชาสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วย 8 ขั้นตอน ตั้งแต่การวิเคราะห์ปัญหา พัฒนาแผน จนถึงการถอดบทเรียน ซึ่งพบว่าส่งผลให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียมีความรู้ บทบาท และความพึงพอใจเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ [3] นอกจากนี้พบว่างานเอกสารด้านการเงินและการจัดทำแผนงานที่เหมาะสมกับบริบทชุมชนจะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการดำเนินงานของกองทุนได้อย่างมีนัย[4]

จากการทบทวนวรรณกรรมทั้งในและต่างประเทศ พบว่า แนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชน (Community Engagement) และการพัฒนากระบวนการแบบมีส่วนร่วม เช่น Participatory Action Research (PAR) มีบทบาทสำคัญในการสร้างศักยภาพและความเป็นเจ้าของร่วมของชุมชนต่อโครงการสุขภาพ[5-7] โดยเฉพาะการพัฒนาแนวทางที่เกิดจากการร่วมมือกันของภาคประชาชน ภาครัฐ และภาควิชาการ ช่วยให้การออกแบบกิจกรรมสุขภาพมีความเหมาะสมกับบริบทท้องถิ่น และมีแนวโน้มที่จะประสบผลสำเร็จในระยะยาว[8, 9] เช่น กรณีศึกษาการใช้ PAR กับอาสาสมัครสาธารณสุขในอิหร่าน พบว่าช่วยส่งเสริมความเข้าใจ ความรู้สึกเป็นเจ้าของ และผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ[10] ในประเทศไทยมีงานวิจัยหลายฉบับที่นำกระบวนการ PAR มาใช้กับชุมชน เช่น การพัฒนาแผนสุขภาพตำบล การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ การเรียนรู้เรื่องสุขภาพในโรงเรียน แสดงให้เห็นถึงความสำคัญของการวิเคราะห์บริบท การมีส่วนร่วมในการออกแบบเครื่องมือ และการถอดบทเรียนร่วมกัน[11 - 13] นอกจากนี้ยังมีงานที่ใช้แนวทางการมีส่วนร่วมพัฒนาคู่มือหรือแนวปฏิบัติ เพื่อให้ภาคประชาชนเข้าใจขั้นตอนการเขียนข้อเสนอโครงการ และลดปัญหาที่พบในการขอรับการสนับสนุนงบประมาณ[14]

ข้อมูลจากองค์การบริหารส่วนตำบลวาริชภูมิ จังหวัดสกลนคร พบว่า สัดส่วนแผนงาน/โครงการที่ได้รับการอนุมัติจากกลุ่มภาคประชาชนและภาคีเครือข่ายมีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่องระหว่างปีงบประมาณ 2565–2567 โดยผ่านการพิจารณาเพียงร้อยละ 82.27, 80.35 และ 79.48 ตามลำดับ[5] จากการสำรวจเบื้องต้นพบว่าปัญหาหลักเกิดจากภาคประชาชนขาดความเข้าใจในกระบวนการเสนอแผนงาน การเบิกจ่ายงบประมาณล่าช้า รวมถึงการติดตามและรายงานผลที่ไม่ต่อเนื่อง[6 -7] ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงข้อจำกัดในการเข้าถึงและมีส่วนร่วมของภาคประชาชนในการดำเนินงานกองทุน เอกสารคู่มือที่จัดทำโดย สปสช. ส่วนใหญ่เน้นสำหรับคณะกรรมการกองทุนหลัก ยังมีข้อจำกัดในการใช้งานสำหรับภาคประชาชนได้โดยตรง[1] ดังนั้นจึงมีความจำเป็นในการพัฒนากระบวนการสนับสนุนภาคประชาชนในการเสนอโครงการกองทุนสุขภาพท้องถิ่นที่จะช่วยให้ภาคประชาชนเข้าใจง่าย และสอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ โดยอาศัยกระบวนการพัฒนาจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทั้งภาครัฐ ภาคประชาชน และภาควิชาการ[3,8,14] การวิจัยครั้งนี้จึงมุ่งพัฒนาและประเมินผลพัฒนากระบวนการสนับสนุนภาคประชาชนในการเสนอโครงการกองทุนสุขภาพท้องถิ่นที่ตอบสนองต่อความ

ต้องการของชุมชน และสามารถนำไปใช้อย่างเป็นระบบ เพื่อเพิ่มอัตราการอนุมัติ ลดข้อผิดพลาด และส่งเสริมบทบาทของภาคประชาชนในระบบสุขภาพท้องถิ่นอย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์ของงานวิจัย

1. เพื่อพัฒนากระบวนการสนับสนุนภาคประชาชนในการเสนอโครงการกองทุนสุขภาพท้องถิ่น
2. เพื่อประเมินผลของกระบวนการสนับสนุนภาคประชาชนในการเสนอโครงการกองทุนสุขภาพท้องถิ่น

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยใช้กรอบแนวคิดของ Kemmis & McTaggart[15] ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ การวางแผน (Planning) การปฏิบัติ (Action) การสังเกตการณ์ (Observation) และการสะท้อนผล (Reflection)

ประชากรและกลุ่มเป้าหมาย

ประชากรในการวิจัย คือ ตัวแทนภาคประชาสังคม ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับกองทุนสุขภาพในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลวาริชภูมิ จังหวัดสกลนคร รวมทั้งสิ้น 69 คน

กลุ่มเป้าหมายที่ใช้ในการวิจัยมี 2 ระยะ ได้แก่

ระยะที่ 1 พัฒนากระบวนการกระบวนการสนับสนุนภาคประชาชนในการเสนอโครงการกองทุนสุขภาพท้องถิ่น เป็นคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพและผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบลวาริชภูมิ จำนวน 16 คน คัดเลือกแบบเจาะจง[16] แบ่งเป็น ภาครัฐ 5 คน ได้แก่ ที่ปรึกษากองทุน 1 คน ประธานกองทุน 1 คน ผู้ทรงคุณวุฒิ 1 คน สมาชิกฯที่สภามอบหมาย 1 คน และอาสาสมัครสาธารณสุข 1 คน ซึ่งเป็นผู้มีความรู้ความชำนาญเกี่ยวกับระบบกองทุนหลักประกันสุขภาพ ที่สามารถให้คำแนะนำเพื่อปรับปรุงคู่มือให้มีประสิทธิภาพและถูกต้อง ภาคประชาชน 8 คน ได้แก่ ประธานสภาสุขภาพ 2 คน ประธานชมรมผู้สูงอายุ 2 คน ตัวแทนศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก 1 คน และผู้อำนวยการโรงเรียน 3 คน ซึ่งเป็นผู้ที่มีประสบการณ์ในการวางแผนและเขียนโครงการ เพื่อให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงรูปแบบการเขียนและเนื้อหาของคู่มือให้ชัดเจน เข้าใจง่ายและใช้งานง่ายและภาควิชาการ 3 คน ได้แก่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และสาธารณสุขอำเภอ ซึ่งเป็นผู้มีความรู้เกี่ยวกับระบบสุขภาพและงานกองทุนหลักประกันสุขภาพ และสามารถให้คำแนะนำเพื่อปรับปรุงคู่มือให้เข้าใจได้ง่ายและใช้งานได้ง่ายขึ้น

ระยะที่ 2 ประเมินผลของพัฒนากระบวนการสนับสนุนภาคประชาชนในการเสนอโครงการกองทุนสุขภาพท้องถิ่น จำนวน 45 คน คัดเลือกแบบเจาะจง[16] เป็นตัวแทนภาคประชาชน ได้แก่ ชมรมผู้สูงอายุและสภาสุขภาพ ในเขตพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบลวาริชภูมิ ที่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัยที่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria)

1. เป็นตัวแทนขององค์กรภาคประชาสังคมหรือภาคีเครือข่ายที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพในพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบลวาริชภูมิ
2. มีความสมัครใจเข้าร่วมการวิจัยตลอดระยะเวลาที่กำหนด
3. มีความสามารถในการสื่อสารและแสดงความคิดเห็นในประเด็นเกี่ยวกับการเสนอโครงการสุขภาพชุมชนได้

เกณฑ์คัดออก (Exclusion Criteria)

1. ผู้ที่ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมครบทุกขั้นตอนของกระบวนการวิจัย
2. ผู้ที่ถอนตัวกลางคัน หรือไม่ส่งแบบสอบถามครบถ้วน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ได้แก่

1) ประเด็นสนทนากลุ่ม ประกอบด้วย สภาพปัญหาและความต้องการการกระบวนการสนับสนุนภาคประชาชนในการเสนอโครงการกองทุนสุขภาพท้องถิ่น

2) แบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้างเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับความสำเร็จ อุปสรรคปัญหาในการเขียนแผนงานโครงการ

3) แบบสอบถามความพึงพอใจภายหลังใช้กระบวนการสนับสนุนภาคประชาชนในการเสนอโครงการกองทุนสุขภาพท้องถิ่น เป็นแบบมาตราส่วน 5 ระดับ (Likert Scale)[17] โดยใช้ระดับคะแนนตั้งแต่ 1-5 (1 = พึงพอใจน้อยที่สุด, 5 = พึงพอใจมากที่สุด)

การกำหนดเกณฑ์การแปลผลคะแนนความพึงพอใจ กำหนดตามค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) อ้างอิงจากแนวทางของ Best[18] ดังนี้

3.67 – 5.00 = พึงพอใจมาก

2.34 – 3.66 = พึงพอใจปานกลาง

1.00 – 2.33 = พึงพอใจน้อย

เครื่องมือที่ใช้ทดลอง ได้แก่ คู่มือกระบวนการสนับสนุนภาคประชาชนในการเสนอโครงการกองทุนสุขภาพท้องถิ่นที่พัฒนาขึ้นการสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์ในระยะที่ 1

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 คนทำการตรวจสอบความครบถ้วน ความชัดเจน และความสอดคล้องของเนื้อหากับวัตถุประสงค์การวิจัย โดยใช้ ดัชนีความตรงของเนื้อหา (Index of Item-Objective Congruence: IOC)[16] คู่มือกระบวนการสนับสนุนภาคประชาชนในการเสนอโครงการกองทุนสุขภาพท้องถิ่น เท่ากับ 0.96 แบบสอบถามความพึงพอใจภายหลังใช้กระบวนการสนับสนุนภาคประชาชนในการเสนอโครงการกองทุนสุขภาพท้องถิ่น เท่ากับ 0.94

การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) โดยการนำเครื่องมือมาวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบราช (Cronbach's Alpha Coefficient) ซึ่งจากการ try out เครื่องมือแบบสอบถามได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามความพึงพอใจภายหลังใช้กระบวนการสนับสนุนภาคประชาชนในการเสนอโครงการกองทุนสุขภาพท้องถิ่น เท่ากับ 0.91

ขั้นตอนการวิจัย และการเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยนี้ใช้กรอบแนวคิดของ Kemmis & McTaggart[15] ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ การวางแผน (Planning) การปฏิบัติ (Action) การสังเกตการณ์ (Observation) และการสะท้อนผล (Reflection) แบ่งเป็น 2 ระยะ ระยะที่ 1 พัฒนากระบวนการกระบวนการสนับสนุนภาคประชาชนในการเสนอโครงการกองทุนสุขภาพท้องถิ่น และระยะที่ 2 ประเมินผลของพัฒนากระบวนการสนับสนุนภาคประชาชนในการเสนอโครงการกองทุนสุขภาพท้องถิ่น มีขั้นตอนการวิจัย และการเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้

ขั้นวางแผน (Planning) ศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการการกระบวนการสนับสนุนภาคประชาชนในการเสนอโครงการกองทุนสุขภาพท้องถิ่น ร่วมกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย โดยการประชุมเชิงปฏิบัติการใช้ประเด็นสนทนากลุ่มและแบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับความสำเร็จ อุปสรรคปัญหาในการเขียน

แผนงานโครงการ นำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์และรวบรวมจัดทำเป็นร่างคู่มือกระบวนการสนับสนุนภาคประชาชนในการเสนอโครงการกองทุนสุขภาพท้องถิ่น และนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญประเมินความสอดคล้องด้านเนื้อหาก่อนนำไปทดลองใช้ในขั้นตอนต่อไป

ขั้นดำเนินการตามแผน (Action) นำคู่มือกระบวนการสนับสนุนภาคประชาชนในการเสนอโครงการกองทุนสุขภาพท้องถิ่นที่ผ่านการประเมินจากผู้เชี่ยวชาญไปทดลองใช้กับกลุ่มเป้าหมาย โดยมีการอบรมวิธีการใช้ โดยใช้เวลา 1 ชั่วโมง 30 นาที หลังสิ้นสุดการอบรม ให้กลุ่มเป้าหมายเขียนแผนงาน/โครงการ โดยมีระยะเวลา 1 สัปดาห์ ให้นำส่งแผนงาน/โครงการที่กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม องค์การบริหารส่วนตำบลวาริชภูมิ

ขั้นสังเกตและประเมินผลการปฏิบัติ (Observation) ประเมินผลหลังใช้ร่างคู่มือกระบวนการสนับสนุนภาคประชาชนในการเสนอโครงการกองทุนสุขภาพท้องถิ่น โดยพิจารณาจากองค์ประกอบที่ถูกต้องครบถ้วนตามเกณฑ์มาตรฐานของแผนงาน/โครงการ จำนวนโครงการที่สามารถผ่านการพิจารณาอนุมัติโดยแบ่งเป็น 3 ประเภท คือ ผ่าน ผ่านหลังแก้ไข ไม่ผ่าน และประเมินความพึงพอใจหลังการใช้กระบวนการสนับสนุนภาคประชาชนในการเสนอโครงการกองทุนสุขภาพท้องถิ่น

ขั้นสะท้อนผล (Reflection) ประชุมกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียและกลุ่มเป้าหมายเพื่อสะท้อนผลและทบทวนข้อดี ข้อเสีย ข้อจำกัด และปัญหาอุปสรรคหลังการใช้กระบวนการสนับสนุนภาคประชาชนในการเสนอโครงการกองทุนสุขภาพท้องถิ่น

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

การวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการการสัมภาษณ์ สนทนากลุ่มแบบทางการและไม่เป็นทางการ จากการดำเนินกิจกรรมตามแผนการดำเนินงาน ใช้ การวิเคราะห์เชิงคุณภาพ (Qualitative Analysis) ด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) โดยนำมาพิจารณากำหนดรหัส จัดกลุ่มข้อมูล นำมาวิเคราะห์เนื้อหาและจัดหมู่เนื้อหาเพื่อให้เห็นประเด็นปัญหาและความต้องการในการพัฒนากระบวนการสนับสนุน

ข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ วิเคราะห์การเขียนแผนงาน/โครงการ และความพึงพอใจหลังการใช้กระบวนการสนับสนุนภาคประชาชนในการเสนอโครงการกองทุนสุขภาพท้องถิ่น ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ เพื่ออธิบายข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างและผลการประเมินการเขียนเสนอโครงการ และค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่อสรุปผลระดับความพึงพอใจต่อกระบวนการที่พัฒนาขึ้น

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร เลขที่ IEC NO. HE68-027

ผลการวิจัย

1. การพัฒนากระบวนการสนับสนุนภาคประชาชนในการเสนอโครงการกองทุนสุขภาพท้องถิ่น

การพัฒนากระบวนการสนับสนุนภาคประชาชนในการเสนอโครงการกองทุนสุขภาพท้องถิ่นดำเนินการตามกรอบแนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการของ Kemmis & McTaggart ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้

1.1 วางแผน รวบรวมข้อมูลจากการประชุมเชิงปฏิบัติการ เมื่อวันที่ 30 กรกฎาคม พ.ศ. 2568 กลุ่มเป้าหมาย คือ คณะกรรมการกองทุนฯและผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในพื้นที่ จำนวน 16 คน ผ่านการประชุมเชิงปฏิบัติการและการสัมภาษณ์ พบว่า สถานการณ์ปัญหาและความต้องการกระบวนการสนับสนุนภาคประชาชนในการเสนอโครงการกองทุน

สุขภาพท้องถิ่น พบประเด็นปัญหา ได้แก่ การเสนอโครงการขาดความชัดเจนในขั้นตอนและกระบวนการ ทำให้เกิดความสับสนในการเตรียมเอกสาร ภาคประชาสังคมจำนวนมากยังขาดความรู้และทักษะในการเขียนข้อเสนอโครงการ ทั้งด้านการกำหนดวัตถุประสงค์ เป้าหมาย ตัวชี้วัด และงบประมาณ การสื่อสารระหว่างหน่วยงานกับภาคประชาสังคมไม่ต่อเนื่อง ทำให้ไม่เข้าใจเกณฑ์การพิจารณาหรือแนวทางการจัดทำโครงการที่สอดคล้องกับนโยบายของกองทุน ด้านความต้องการการสนับสนุนเพื่อเสนอโครงการสำหรับภาคประชาสังคมในการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของกองทุนหลักประกันสุขภาพ พบว่า ต้องการให้มีกระบวนการการเสนอโครงการที่ชัดเจนตั้งแต่เริ่มต้นจนสิ้นสุด ต้องการคู่มือการเขียนข้อเสนอโครงการที่ครอบคลุมประเด็นสำคัญ ได้แก่ หลักการและเหตุผลของโครงการ วัตถุประสงค์ เป้าหมาย กลุ่มเป้าหมาย วิธีดำเนินงาน แผนงาน/กิจกรรม งบประมาณและการจัดสรร ตัวชี้วัดผลลัพธ์และผลกระทบ ดังตัวอย่างคำให้สัมภาษณ์ ดังนี้

“เวลาจะทำโครงการ มันไม่ค่อยรู้ว่าต้องเริ่มยังไง ทำเอกสารก็สับสนเพราะขั้นตอนมันไม่ชัดเจน” (ผู้ให้สัมภาษณ์ คนที่ 4)

“ปัญหาใหญ่เลยคือความไม่แน่ใจนี่แหละครับ คือไม่รู้ว่าของอย่างนี้เบิกได้ไหม อย่างนั้นเบิกได้รึเปล่า อย่างพวกค่าของรางวัลเล็กๆ น้อยๆ เนี่ย ใส่ไปจะผิดระเบียบไหม ก็ไม่มีใครบอกได้ชัดๆ” (ผู้ให้สัมภาษณ์ คนที่ 7)

“ที่สำคัญคือมันไม่มีคู่มือหรือคำแนะนำเรื่องเงินให้ดูแบบชัดๆ เลย สุดท้ายก็เลยต้องใช้วิธีเดาๆ เอาจากโครงการของปีที่แล้วบ้าง ก็ยอมรับกันตรงๆ ว่ายังขาดทักษะเรื่องการทำงบประมาณให้มันดูดีและมีเหตุผล” (ผู้ให้สัมภาษณ์ คนที่ 10)

จากการวิเคราะห์องค์ประกอบของกระบวนการสนับสนุนภาคประชาชนในการเสนอโครงการกองทุนสุขภาพท้องถิ่น องค์การบริหารส่วนตำบลวาริชภูมิ จังหวัดสกลนคร พบปัญหาหลักของกระบวนการสนับสนุนภาคประชาชนในการเสนอโครงการกองทุนสุขภาพท้องถิ่น ได้แก่ ขาดความเข้าใจในโครงสร้างการเขียนข้อเสนอโครงการ เอกสารประกอบและขั้นตอนการเสนอโครงการไม่ชัดเจน ขาดทักษะในการกำหนดวัตถุประสงค์ ตัวชี้วัด และงบประมาณ ขาดแหล่งข้อมูลอ้างอิงและคู่มือที่เหมาะสมกับภาคประชาชน จากผลการวิเคราะห์ จึงได้จัดทำ ร่างกระบวนการสนับสนุนภาคประชาชนในการเสนอโครงการกองทุนสุขภาพท้องถิ่น CARE Model พร้อมคู่มือและและแบบประเมินตนเองก่อนส่งโครงการ (Checklist) ก่อนนำไปใช้จริง ดังนี้

C = Consultation คือ การให้คำปรึกษา การจัดกระบวนการสนับสนุนที่เปิดโอกาสให้มีการรับคำปรึกษาและคำแนะนำก่อนการเขียนโครงการจริง ถือเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้ผู้เขียนมีความเข้าใจและทิศทางที่ถูกต้องตั้งแต่แรก

A = Assessment คือ การตรวจสอบและประเมินตนเอง กระบวนการที่พัฒนาขึ้นได้เป็นเครื่องมือให้ภาคประชาชนสามารถประเมินและตรวจสอบ (Self-Assessment) การเขียนโครงการของตนเองได้ กระบวนการนี้ช่วยให้โครงการทุกฉบับมีคุณภาพตามเกณฑ์ก่อนส่งให้คณะกรรมการพิจารณา

R = Resources คือ การมีสิ่งสนับสนุนได้แก่ คู่มือและแหล่งข้อมูล เป็นทรัพยากร (Resource) ที่สำคัญที่สุดในกระบวนการนี้ โดยเฉพาะในด้านการใช้งานจริง ซึ่งผู้ใช้ระบุว่า "คู่มือสามารถนำไปใช้ในการเขียนแผนงานจริงได้" และ "ผู้ใช้งานที่ไม่เคยเขียนแผนมาก่อนสามารถเข้าใจและใช้คู่มือได้" ซึ่งเป็นสิ่งที่ช่วยลดข้อผิดพลาดและทำให้ผู้ที่ไม่มีประสบการณ์สามารถเขียนโครงการได้สำเร็จ

E = Empowerment คือ การเสริมสร้างพลังและศักยภาพ ทำให้กลุ่มเป้าหมายรู้สึกมั่นใจมากขึ้นหลังจากใช้คู่มือในการเขียนแผนงาน ภาคประชาชนสามารถเขียนข้อเสนอโครงการได้สำเร็จ



ภาพที่ 1 CARE Model

1.2 ดำเนินการตามแผน ดำเนินกิจกรรมทดลองใช้กระบวนการสนับสนุนภาคประชาชนในการเสนอโครงการกองทุนสุขภาพท้องถิ่น CARE Model ดังนี้ 1) อบรมการใช้คู่มือให้กับกลุ่มตัวอย่างภาคประชาชน 45 คน (ใช้เวลา 1.5 ชั่วโมง) 2) มอบหมายให้เขียนข้อเสนอโครงการสุขภาพ ภายใน 7 วัน และ 3) ให้คำปรึกษาตามความสมัครใจระหว่างดำเนินการ ผลลัพธ์ พบว่า กลุ่มเป้าหมายทั้งหมดสามารถจัดทำข้อเสนอได้ครบถ้วน และส่งตามระยะเวลา

1.3 สังเกตประเมินผล ประเมินผลลัพธ์ของการใช้กระบวนการสนับสนุนภาคประชาชนในการเสนอโครงการกองทุนสุขภาพท้องถิ่น CARE Model โดยใช้ 3 เครื่องมือ ได้แก่ เกณฑ์การประเมินคุณภาพข้อเสนอโครงการ (ผ่าน/แก้ไข/ไม่ผ่าน) และ การตรวจสอบแบบฟอร์มด้วยแบบประเมินตนเอง พบว่า ผลหลังการใช้กระบวนการสนับสนุนภาคประชาชนในการเสนอโครงการกองทุนสุขภาพท้องถิ่น

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มเป้าหมาย จำนวน 45 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 55.56 และเพศหญิง ร้อยละ 44.44 อายุเฉลี่ยอยู่ในช่วงวัยกลางคนถึงสูงอายุ โดยกลุ่มอายุที่พบมากที่สุดคือมากกว่า 60 ปี ร้อยละ 37.78 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ต่ำกว่าปริญญาตรี ร้อยละ 75.56 และส่วนใหญ่ไม่เคยมีประสบการณ์ในการเขียนแผนงาน/โครงการ ร้อยละ 64.44

ตารางที่ 1 ผลการประเมินการเขียนข้อเสนอโครงการภายหลังการทดลองใช้กระบวนการที่พัฒนาขึ้น (n = 45)

ข้อเสนอโครงการ	ผ่าน	ผ่านหลังแก้ไข	ไม่ผ่าน
ข้อเสนอโครงการ	45 (100.00)	0 (0.00)	0 (0.00)

จากตารางที่ 1 ผลการประเมินการเขียนข้อเสนอโครงการภายหลังการทดลองใช้กระบวนการที่พัฒนาขึ้น ภายหลังการทดลองใช้กระบวนการที่พัฒนาขึ้น พบว่า ข้อเสนอโครงการ จำนวน 45 โครงการ ได้รับการอนุมัติให้ ผ่าน คิดเป็นร้อยละ 100.00

1.4 สะท้อนผล การสะท้อนผลจัดขึ้นภายหลังประเมินผลเสร็จสิ้น โดยมีการประชุมแลกเปลี่ยนความคิดเห็นระหว่างนักวิจัย กลุ่มตัวอย่าง และผู้เกี่ยวข้อง พบว่า ผู้เข้าร่วมรู้สึกมั่นใจ และ เข้าใจขั้นตอนมากขึ้น คู่มือและแบบประเมินตนเองเป็นเครื่องมือที่ใช้งานได้จริง ความรู้สึกว่ามีส่วนร่วมในระบบสุขภาพของชุมชน เพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน โดยมีข้อเสนอแนะ ควรเพิ่มตัวอย่างโครงการจากชุมชนใกล้เคียง และควรให้เวลาการฝึกอบรมมากกว่า 1 ชั่วโมง 30 นาที โดยเฉพาะกับกลุ่มผู้สูงอายุ

2. ผลของกระบวนการสนับสนุนภาคประชาชนในการเสนอโครงการกองทุนสุขภาพท้องถิ่น

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามความพึงพอใจภายหลังใช้กระบวนการสนับสนุนภาคประชาชนในการเสนอโครงการกองทุนสุขภาพท้องถิ่น (n = 45)

ประเด็นการประเมิน	$\overline{X}$	S.D.	แปลผล
ด้านเนื้อหา	4.31	0.52	มาก
ด้านรูปแบบและกระบวนการ	4.21	0.52	มาก
ด้านการใช้งานจริง	4.34	0.47	มาก
ด้านความพึงพอใจโดยรวม	4.32	0.47	มาก

จากตารางที่ 2 พบว่า ความพึงพอใจภายหลังการทดลองใช้กระบวนการที่พัฒนาขึ้น พบว่า ความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับพึงพอใจมาก ($\overline{X}$ = 4.32, SD = 0.47) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ความพึงพอใจด้านเนื้อหาอยู่ในระดับมาก ($\overline{X}$ = 4.31, SD = 0.52) ด้านรูปแบบและกระบวนการอยู่ในระดับมาก ($\overline{X}$ = 4.21, SD = 0.52) ด้านการใช้งานจริงอยู่ในระดับมาก ($\overline{X}$ = 4.34, SD = 0.47)

อภิปรายผล

การวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนากระบวนการสนับสนุนภาคประชาชนในการเสนอโครงการกองทุนสุขภาพท้องถิ่น : กรณีศึกษาองค์การบริหารส่วนตำบลวาริชภูมิ จังหวัดสกลนคร พบว่า กระบวนการพัฒนาสรุปเป็น CARE Model (Consultation, Assessment, Resources, Empowerment) สอดคล้องกับแนวโน้มการทำงานของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นที่ให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมของภาคประชาชน และการเสริมศักยภาพในการจัดทำโครงการสุขภาพ[1] การเปิดโอกาสให้ประชาชนได้รับคำแนะนำก่อนเขียนโครงการ ช่วยลดความสับสนและข้อผิดพลาด ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของจิราพร ศรีศักดิ์[19] ที่พบว่าการสนับสนุนด้วยการให้ข้อมูลและคำปรึกษาจากคณะกรรมการกองทุน มีส่วนช่วยให้ข้อเสนอโครงการของชุมชนมีคุณภาพมากขึ้น และสอดคล้องกับแนวคิดของ Kemmis & McTaggart[15] ที่เน้นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และการสนับสนุนระหว่างผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ รวมถึงรายงานของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ที่ระบุว่าการเสริมบทบาทคณะกรรมการกองทุนในการให้คำปรึกษาแก่ภาคประชาชน เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ประชาชนกล้าเข้ามามีส่วนร่วมมากขึ้น[20] การตรวจสอบและประเมินตนเอง (Assessment) มีแบบตรวจสอบ (Checklist) ทำให้โครงการครบถ้วนและผ่านการอนุมัติทั้งหมดร้อยละ 100.00 ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของนงลักษณ์ วงศ์นาม และคณะ[21] ที่พบว่าการใช้แบบประเมินตนเองก่อนส่งโครงการช่วยลดการแก้ไขซ้ำซ้อนและเพิ่มโอกาสผ่านการพิจารณา และสอดคล้องกับ Scriven[22] ที่อธิบายว่าการประเมินตนเองเป็นส่วนหนึ่งของการประกันคุณภาพ (Quality Assurance) ที่ทำให้ผู้เขียนโครงการตระหนักถึงข้อบกพร่องและสามารถแก้ไขก่อนการพิจารณา การใช้คู่มือและแหล่งข้อมูล (Resources/Guidelines) คู่มือกระบวนการจะช่วยให้ผู้ไม่มีประสบการณ์สามารถเขียนโครงการได้ครบถ้วนและถูกต้อง โดยผู้เข้าร่วมประเมินความพึงพอใจสูง สอดคล้องกับ Knowles[23] ที่พบว่าผู้ใหญ่เรียนรู้ได้ดีที่สุดเมื่อมีสื่อหรือเครื่องมือที่ชัดเจน ใช้งานง่าย และเชื่อมโยงกับปัญหาที่แท้จริงในบริบท และยังสอดคล้องกับงานวิจัยของปิยวรรณ ทองประเสริฐ[14] ที่พบว่าการใช้คู่มือมีส่วนสำคัญในการทำให้ชุมชนเข้าใจเกณฑ์และสามารถดำเนินการตามขั้นตอนที่ถูกต้อง ตลอดจนรายงานของ สปสช. เขต 8 อุดรธานี ที่พบว่าคู่มือการเขียนข้อเสนอโครงการสุขภาพที่จัดทำร่วมกับภาคประชาชนทำให้โครงการที่เสนอมามีความครบถ้วนและตรงตามเกณฑ์มากขึ้น[24] นอกจากนี้การเสริมสร้างศักยภาพ (Empowerment) ภายหลังการใช้กระบวนการที่พัฒนาขึ้นกลุ่มเป้าหมาย

รู้สึกมั่นใจมากขึ้น และโครงการทั้งหมดผ่านการพิจารณาร้อยละ 100.00 สะท้อนว่ากระบวนการดังกล่าวไม่ได้เพียงเพิ่มทักษะการเขียนข้อเสนอโครงการ แต่ยังสร้างพลังให้ประชาชนรู้สึกว่าสามารถจัดการปัญหาสุขภาพของชุมชนได้ด้วยตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิด Empowerment Approach ของ Wallerstein[25] ที่มุ่งเสริมสร้างศักยภาพและความมั่นใจของชุมชนในการจัดการสุขภาพ และสอดคล้องกับงานวิจัยของศศิธร แก้วประทุม[11] ที่ศึกษาการเสริมพลังภาคประชาชนผ่านการอบรมการจัดทำโครงการกองทุนสุขภาพตำบล พบว่าการอบรมและการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่ทำให้ประชาชนเกิดความมั่นใจและสามารถจัดทำโครงการด้วยตนเอง ขณะที่สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) ก็ย้ำว่าการเสริมศักยภาพประชาชนถือเป็นหัวใจสำคัญของการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน[26]

ภายหลังการทดลองใช้กระบวนการสนับสนุนภาคประชาชนในการเสนอโครงการกองทุนสุขภาพท้องถิ่น กลุ่มเป้าหมายสามารถเขียนข้อเสนอโครงการมีความครบถ้วนร้อยละ 100.00 และผ่านการอนุมัติทั้งหมด รวมถึงความพึงพอใจของผู้ใช้อยู่ในระดับพึงพอใจมาก แสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพของกระบวนการที่พัฒนาขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับงานของนงลักษณ์ วงศ์นาม และคณะ[21] ที่พบว่าการใช้เครื่องมือประเมินตนเองช่วยลดข้อผิดพลาดในการเสนอโครงการ และสอดคล้องกับ Wong et al.[27] ที่พบว่าการให้เครื่องมือช่วยตรวจสอบ (checklist) ทำให้คุณภาพข้อเสนอโครงการสุขภาพชุมชนดีขึ้นและมีโอกาสผ่านการอนุมัติสูงขึ้น ผลนี้คล้ายคลึงกับการศึกษาของ Baum et al.[7] ที่เน้นว่าการสนับสนุนเชิงโครงสร้าง เช่น แนวทางและคู่มือการทำงานทำให้โครงการสุขภาพชุมชนในออสเตรเลียได้รับการสนับสนุนจากท้องถิ่นมากขึ้น ทั้งยังสอดคล้องกับแนวคิดของ Nutbeam[28] ที่อธิบายว่าการพัฒนาเครื่องมือที่เหมาะสมกับผู้ใช้จะช่วยเพิ่มความเข้าใจและการมีส่วนร่วมของชุมชนในกิจกรรมสุขภาพ

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. ข้อเสนอแนะต่อการนำผลการวิจัยไปใช้

สำหรับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) และคณะกรรมการกองทุนสุขภาพท้องถิ่น ควรนำกระบวนการ CARE Model ไปใช้เป็นแนวทางสนับสนุนภาคประชาชนในการจัดทำข้อเสนอโครงการ โดยเฉพาะการจัดระบบการให้คำปรึกษา และแบบตรวจสอบตนเองอย่างเป็นขั้นตอน เพื่อให้ประชาชนสามารถเขียนโครงการได้อย่างถูกต้อง ครบถ้วน และตรงตามหลักเกณฑ์

2. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรศึกษาเปรียบเทียบผลของการใช้กระบวนการที่พัฒนาขึ้นกับพื้นที่อื่น โดยควรมีการทดลองใช้ในพื้นที่อื่นที่มีบริบทต่างกัน เช่น พื้นที่เมือง เพื่อนำไปสู่การปรับปรุงและขยายผลกระบวนการให้มีความเหมาะสมกับบริบทที่หลากหลาย

2.2 ผลการทดลองในครั้งนี้จะประสบความสำเร็จ แต่ยังควรศึกษาปัจจัยแวดล้อม เช่น ความพร้อมของบุคลากร ความเข้าใจในระดับพื้นที่ หรืออุปสรรคเชิงระบบ เช่น การอนุมัติงบประมาณล่าช้า ซึ่งอาจส่งผลต่อความยั่งยืนของการดำเนินงาน

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณาจากนายกองค์การบริหารส่วนตำบลวาริชภูมิ และประชาชนและภาคีเครือข่ายทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. แนวทางการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ พ.ศ. 2566. นนทบุรี: สปสช.; 2566.
2. วรพจน์ พรหมสัตยพรต. การบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น: กรณีศึกษาองค์การบริหารส่วนตำบลในจังหวัดนครศรีธรรมราช. นครศรีธรรมราช: ม.วลัยลักษณ์; 2560.
3. รุ่งฤดี ศรีชัยวาน, อัมราพร สุรการ, อรอนงค์ บุญมี. การดำเนินงานกองทุนสุขภาพโดยกระบวนการสมัชชาสุขภาพ. วารสารวิจัยและพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ. 2567;5(1):85–100.
4. ธีรชัย คงแพทย์, ไชยวัฒน์ เผือกคง, สุพัฒพงศ์ แย้มอิ่ม. การบริหารจัดการกองทุน อบต.ท่าเสา. วารสารสังคมศาสตร์และมานุษยวิทยาเชิงพุทธ. 2565;7(10):329–342.
5. Wallerstein N, Duran B. Community-based participatory research contributions to intervention research: the intersection of science and practice to improve health equity. Am J Public Health. 2010;100(S1):S40–S46.
6. Israel BA, Eng E, Schulz AJ, Parker EA. Methods in community-based participatory research for health. 2nd ed. San Francisco: Jossey-Bass; 2013.
7. Baum F, MacDougall C, Smith D. Participatory action research. J Epidemiol Community Health. 2006;60(10):854–857.
8. Greenhalgh T, Jackson C, Shaw S, Janamian T. Achieving research impact through co-creation in community-based health services: literature review and case study. Milbank Q. 2016;94(2):392–429.
9. Rifkin SB. Paradigms lost: toward a new understanding of community participation in health programmes. Acta Trop. 1996;61(2):79–92.
10. Azar FE, Solhi M, Nejhaddadgar N, Amani F. The effect of participatory action research on improving health literacy among health volunteers in Iran. Health Educ J. 2020;79(1):35–44.
11. ศศิธร แก้วประทุม. การเสริมพลังภาคประชาชนผ่านการอบรมการจัดทำโครงการกองทุนสุขภาพตำบล: กรณีศึกษาจังหวัดขอนแก่น. ม.ขอนแก่น; 2564.
12. อรอุมา บุญมา. การใช้ PAR ในการพัฒนาแผนสุขภาพตำบล. วารสารสาธารณสุขท้องถิ่น. 2562;15(2):12–21.
13. สายฝน ภาพยนต์. รูปแบบการพัฒนาเครือข่ายในพื้นที่ในการดำเนินงานกองทุนสุขภาพ. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา. 2561;24(1):105–121.
14. ปิยวรรณ ทองประเสริฐ. การพัฒนาคู่มือการเขียนโครงการสุขภาพสำหรับประชาชนในพื้นที่ชนบท. มสธ.; 2560.
15. Kemmis S, McTaggart R. Participatory Action Research: Communicative Action and the Public Sphere. In: Denzin NK, Lincoln YS, editors. The Sage Handbook of Qualitative Research. 3rd ed. Thousand Oaks, CA: Sage; 2005. p. 559–603.
16. Patton MQ. Qualitative Research & Evaluation Methods. 4th ed. Thousand Oaks, CA: Sage Publications; 2015.
17. Joshi A, Kale S, Chandel S, Pal DK. Likert Scale: Explored and Explained. Br J Appl Sci Technol. 2015;7(4):396–403.

18. Best JW. Research in Education. 6th ed. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall; 1989.
19. จิราพร ศรีศักดิ์. การมีส่วนร่วมของภาคประชาชนในการใช้กองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล. วารสารการพัฒนาชุมชน. 2561;10(2):45–57.
20. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.). รายงานสถานการณ์กองทุนสุขภาพตำบล. กรุงเทพฯ; 2559.
21. นงลักษณ์ พวงมาลัย, ศิริพันธุ์ ศิริพันธุ์, และ อรุณี ตันติวัฒนา. การพัฒนาระบบการตรวจสอบคุณภาพโครงการในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. วารสารสาธารณสุขท้องถิ่น. 2562;13(1):21–30.
22. Scriven M. Evaluation Thesaurus. 4th ed. Newbury Park: Sage; 1991.
23. Knowles M. The Adult Learner: A Neglected Species. 3rd ed. Houston: Gulf Publishing; 1984.
24. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 8 อุดรธานี. รายงานผลการพัฒนาคู่มือการเขียนข้อเสนอโครงการสุขภาพ. อุดรธานี; 2565.
25. Wallerstein N. Powerlessness, Empowerment and Health: Implications for Health Promotion Programs. Am J Health Promot. 1992;6(3):197–205.
26. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.). แผนยุทธศาสตร์การสร้างเสริมศักยภาพประชาชน. กรุงเทพฯ; 2561.
27. Wong ST, Browne AJ, Varcoe C, Lavoie J, Smye V, Godwin O, et al. Enhancing access to health care for marginalized populations: effectiveness of a community-based participatory health service model. Health Policy. 2011;102(2-3):223–230.
28. 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):259–267.

Received: 29 Sep. 2025, Revised: 2 Nov. 2025
Accepted: 10 Nov. 2025

บทความวิจัย

ผลของการฝึกการทรงตัวด้วยแผ่นฝึกการทรงตัวต่อความสามารถในการเดินของผู้ป่วยกระดูกสะโพกหัก โรงพยาบาลกระทุ่มแบน

นิศามณี ดีจงเจริญ[1] ธนากร ธนวัฒน์[2*]

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลอง แบบกลุ่มเดียววัดผลก่อน–หลัง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการฝึกการทรงตัวด้วยแผ่นฝึกการทรงตัว ต่อความสามารถในการเดิน ความสามารถการทรงตัว และความกลัวการล้มของผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลกระทุ่มแบน จังหวัดสมุทรสาคร กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยหญิงอายุระหว่าง 64-90 ปี จำนวน 13 คน ได้รับโปรแกรมการออกกำลังกายแบบโอทาโก บนแผ่นฝึกการทรงตัว สัปดาห์ละ 3 ครั้ง ครั้งละ 40–45 นาที เป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผลประกอบด้วยการทดสอบการเดิน 10 เมตร การทดสอบลุกจากเก้าอี้และเดิน และแบบการประเมินความกลัวการล้ม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนาและสถิติ Paired t-test โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักได้รับโปรแกรมการออกกำลังกายแบบโอทาโก บนแผ่นฝึกการทรงตัว เป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ ผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักมีค่าเฉลี่ยของระยะเวลาในการทดสอบการเดิน 10 เมตร เท่ากับ 27.93 ± 11.71 วินาที การทดสอบลุกจากเก้าอี้และเดินมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 26.48 ± 10.80 วินาที และคะแนนการกลัวการล้ม มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 20.77 ± 2.05 คะแนน ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) สรุปได้ว่าโปรแกรมการออกกำลังกายแบบโอทาโกบนแผ่นฝึกการทรงตัว ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการเดิน การทรงตัว และลดความกลัวการหกล้มของผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักได้ พยาบาลหรือเจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องสามารถนำโปรแกรมไปประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักเพื่อส่งเสริมการช่วยเหลือตนเองในระยะฟื้นฟูหลังการผ่าตัดได้

คำสำคัญ : กระดูกสะโพกหัก, ความสามารถในการเดิน, แผ่นฝึกการทรงตัว, ความกลัวการหกล้ม

[1]นักกายภาพบำบัดชำนาญการ โรงพยาบาลกระทุ่มแบน จังหวัดสมุทรสาคร
[2]ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏอุตรดิตถ์
Corresponding author E-mail: thanawaturu@gmail.com

Original Article

Effect of balance training in walk ability of patients with hip fracture in Krathum Baen hospital

Nisamanee Deechongcharoen[1] **Thanakorn Thanawat**[2]

Abstract

This single-group pretest–posttest quasi-experimental study aimed to investigate the effects of balance training using a balance board on walking ability, balance performance, and fear of falling in patients with hip fractures receiving care at Khetum Ban Hospital, Samut Sakhon Province, Thailand. The sample consisted of 13 female who aged between 64-90 years. Participants underwent the Otago exercise program on a balance board, conducted 3 times per week for 40–45 minutes per session over a 4-week period. Outcome measures included the 10-Meter Walk Test (10MWT), the Timed Up and Go Test (TUG), and fear of falling assessment. Data were analyzed using descriptive statistics and paired t-tests, with a significance level set at 0.05.

The results indicated that after completing the 4-week Otago exercise program on the balance board, participants showed statistically significant improvements in walking ability (mean duration ± SD = 27.93 ± 11.71), balance performance (mean duration ± SD = 26.48 ± 10.80), and fear of falling (mean score ± SD = 20.77 ± 2.05), as evidenced by reductions in 10MWT time, TUG time, and fear of falling scores ($p<0.001$). These findings suggested that the Otago exercise program on a balance board effectively enhances walking and balance performance while reducing fear of falling in patients with hip fractures. Nurses or other relevant healthcare professionals could apply this program to patients with hip fractures to promote self-care during the postoperative rehabilitation period.

Keywords : Hip bone fracture, Walking ability, Balance board, Fear of falling

*Corresponding author E-mail: thanawaturu@gmail.com

บทนำ

กระดูกสะโพกหัก (Hip fracture) เป็นภาวะบาดเจ็บที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ โดยมีความสัมพันธ์กับภาวะกระดูกพรุน กล้ามเนื้ออ่อนแรง และการทรงตัวที่เสื่อมถอยไปตามวัย[1] ข้อมูลจากองค์การอนามัยโลก (World Health Organization; WHO) ระบุว่า ผู้สูงอายุทั่วโลกมีโอกาสเกิดกระดูกสะโพกหักมากกว่า 1.6 ล้านรายต่อปี และคาดว่าจะเพิ่มขึ้นเป็นกว่า 6 ล้านราย ภายในปี ค.ศ. 2050[2] สำหรับประเทศไทย มีรายงานว่าอัตราการเกิดกระดูกสะโพกหักในผู้ที่มีอายุมากกว่า 50 ปีอยู่ที่ประมาณ 180–200 ต่อประชากรแสนคนต่อปี และมีแนวโน้มสูงขึ้นตามโครงสร้างประชากรที่เข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างรวดเร็ว[3]

ผลกระทบของกระดูกสะโพกหักต่อผู้สูงอายุมีความรุนแรงและหลากหลาย ทั้งในด้านร่างกายและจิตใจ งานวิจัยระบุว่ามากกว่าร้อยละ 50 ของผู้ป่วยไม่สามารถกลับไปเดินได้เช่นเดิมหลังการบาดเจ็บและประมาณร้อยละ 20 เสียชีวิตภายใน 1 ปีแรกหลังผ่าตัด[2] ภาวะดังกล่าวยังเพิ่มความเสี่ยงของการเกิดโรคแทรกซ้อน เช่น แผลกดทับ ภาวะปอดอักเสบ และกล้ามเนื้อฝ่อ[1] อีกทั้งยังส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต เช่น การสูญเสียความเป็นอิสระ ความมั่นใจในการเคลื่อนไหว และการพึ่งพิงผู้อื่นในการดำเนินชีวิตประจำวัน[4] การฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายภายหลังการรักษาผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักมีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งในการฟื้นคืนความสามารถในการเคลื่อนไหว การยืนและการเดินของผู้ป่วย และช่วยให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปดำรงชีวิตประจำวันได้อย่างมีประสิทธิภาพ ปลอดภัย ช่วยลดความเสี่ยงในการหกล้มซ้ำได้ หนึ่งในองค์ประกอบที่มีความสำคัญในการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกาย คือ การฝึกการทรงตัว (Balance training) ซึ่งเป็นการฟื้นฟูระบบการรับรู้ตำแหน่งของร่างกาย (Proprioception) การทำงานร่วมกันของระบบประสาทและกล้ามเนื้อ[5] ตลอดจนการเสริมสร้างกล้ามเนื้อที่เกี่ยวข้องกับการยืนและการเดินอย่างมั่นคง[6] การฝึกการทรงตัวสามารถช่วยลดความเสี่ยงของการหกล้มซ้ำ เพิ่มความมั่นใจในการเคลื่อนไหว และส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถกลับมาเดินได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น[7] อีกทั้งยังช่วยลดภาระของครอบครัวและสังคมในระยะยาว รูปแบบการออกกำลังกายที่น่าสนใจเพื่อส่งเสริมการเดิน การเคลื่อนไหว รวมถึงสามารถช่วยลดการหกล้มในผู้สูงอายุ คือ การฝึกการออกกำลังกายแบบโอทาโก (Otago exercise program : OEP)[8-9] จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่า การออกกำลังกายแบบ OEP สามารถส่งเสริมการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุได้อย่างปลอดภัย ช่วยลดความเสี่ยงต่อการเสียหลักล้มในชีวิตประจำวัน

งานกายภาพบำบัด โรงพยาบาลกระทุ่มแบน มีบทบาทสำคัญในการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายหลังภาวะกระดูกสะโพกหัก โดยมีการให้บริการดูแลและให้คำปรึกษาเกี่ยวกับโปรแกรมการฟื้นฟูด้วยวิธีการออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ การฝึกการทรงตัว การฝึกยืน และการเดิน ตลอดจนการปฏิบัติที่ถูกต้องเหมาะสม จนผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตประจำวันได้อย่างปลอดภัย อย่างไรก็ตามยังพบว่าแม้จะมีการให้คำแนะนำท่าบริหารการออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและฝึกการทรงตัวร่วมกับการให้เอกสารคู่มือและสื่อให้ความรู้แผ่นพับ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถนำไปออกกำลังกายได้อย่างต่อเนื่องที่บ้าน และจากรายงานการบันทึกติดตามการรักษาของแผนกกายภาพบำบัดในช่วงปี 2566 – 2567 พบว่า มีผู้ป่วยร้อยละ 6.4 เมื่อนัดติดตามอาการในครั้งถัดไปผู้ป่วยยังมีการหลงลืมท่าการบริหารออกกำลังกาย จนไม่สามารถบริหารออกกำลังกายได้ครบถ้วนตามโปรแกรม

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจใช้แผ่นฝึกการทรงตัว (Krathumbaen Balance board หรือ KTB balance board) ร่วมกับโปรแกรมการฝึกการออกกำลังกายแบบโอทาโก (Otago exercise program : OEP)[8-9] ที่จากการทบทวนวรรณกรรมงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่าเป็นโปรแกรมการออกกำลังกายที่สามารถส่งเสริมการทรงตัวและลดภาวะการหกล้มในชุมชนของผู้สูงอายุสุขภาพดีได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อเป็นการสร้างความสนใจ และแรงจูงใจให้ผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักสามารถออกกำลังกายตามโปรแกรมของนักกายภาพบำบัดได้อย่างครบถ้วน การพัฒนาวิธีการหรือสื่อที่สามารถช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยจดจำท่าบริหารและสามารถปฏิบัติการออกกำลังกายได้อย่างถูกต้องและต่อเนื่อง จึงเป็น

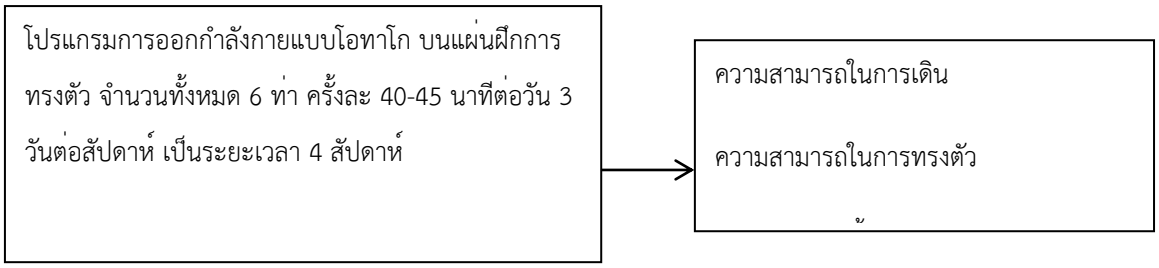
สิ่งจำเป็นในการเพิ่มประสิทธิผลของการฟื้นฟูสมรรถภาพ ลดความเสี่ยงต่อการหกล้มซ้ำ และเสริมสร้างคุณภาพชีวิตที่ดีแก่ผู้ป่วยภายหลังการรักษาภาวะกระดูกสะโพกหัก

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาความสามารถในการเดิน ความสามารถในการทรงตัว และความกลัวการล้มของผู้ป่วยกระดูกสะโพกหัก ภายหลังจากได้รับโปรแกรมการออกกำลังกายแบบโอทาโกบนแผ่นฝึกการทรงตัวเป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์
2. เพื่อเปรียบเทียบความสามารถในการเดิน ความสามารถในการทรงตัว และความการล้มของผู้ป่วยกระดูกสะโพกหัก ก่อน และหลังจากได้รับโปรแกรมการออกกำลังกายแบบโอทาโกบนแผ่นฝึกการทรงตัว เป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์

กรอบแนวคิดงานวิจัย

กรอบแนวคิดในการวิจัยตามแนวคิดโปรแกรมออกกำลังกายแบบโอทาโก (Otago Exercise Program: OEP)[8-9] มีวัตถุประสงค์หลักเพื่อลดความเสี่ยงการหกล้มในผู้สูงอายุ ผ่านการออกกำลังกายที่มุ่งเน้นการเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ การฝึกการทรงตัว และการส่งเสริมการเคลื่อนไหวอย่างปลอดภัย



วิธีการดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบการวิจัยกลุ่มเดียว วัดผลก่อนการให้โปรแกรมและหลังการให้โปรแกรมการออกกำลังกายแบบโอทาโกบนแผ่นฝึกการทรงตัว ระยะเวลา 4 สัปดาห์

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่มีภาวะกระดูกสะโพกหักจากการพลัดตกหกล้ม และได้รับการผ่าตัดรักษาที่โรงพยาบาลกระทุ่มแบน จังหวัดสมุทรสาคร

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยเพศหญิง อายุตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไป มีภาวะกระดูกสะโพกหักจากการพลัดตกหกล้ม ระหว่างเดือนมกราคม ถึง เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2568 และต้องเป็นไปตามลักษณะของเกณฑ์คัดเข้า – คัดออก ดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า คือ ผู้ป่วยกระดูกข้อสะโพกหักจากสาเหตุพลัดตกหกล้ม โดยได้รับการผ่าตัดรักษาด้วยวิธีผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมเพียงครึ่งเดียว (Bipolar hemiarthroplasty) หรือ การผ่าตัดใส่แกนดามกระดูกชนิดพิเศษ (Proximal femoral nail antirotation ; PFNA) ของโรงพยาบาลกระทุ่มแบน จังหวัดสมุทรสาคร หลังการผ่าตัดเป็นระยะเวลาอย่างน้อย 6 สัปดาห์ ผู้ป่วยสามารถเดินได้อย่างน้อย 10 เมตร โดยใช้หรือไม่ใช้อุปกรณ์ช่วยในการเดิน สามารถอ่านและสื่อสารภาษาไทยได้เข้าใจและปฏิบัติตามคำสั่งได้ถูกต้อง เต็มใจและสมัครใจเข้าร่วมงานวิจัย

เกณฑ์การคัดออก คือ มีโรคประจำตัวที่ส่งผลต่อการยืนหรือการเดิน เช่น อัมพาตครึ่งซีก มีความบกพร่องทางการมองเห็น มีข้อห้ามหรือข้อบ่งชี้ทางการแพทย์เกี่ยวกับการออกกำลังกาย มีค่าสัญญาณชีพไม่ปกติ ได้แก่ อุณหภูมิสูงกว่า 37.5 องศาเซลเซียส ความดันโลหิตตัวบนสูงกว่า 160 มิลลิเมตรปรอท หรือตัวล่างสูงกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของหัวใจขณะพักสูงกว่า 120 ครั้งต่อนาที ผู้ป่วยปฏิเสธการออกกำลังกาย ผู้ป่วยขอถอนตัวออกจากงานวิจัย

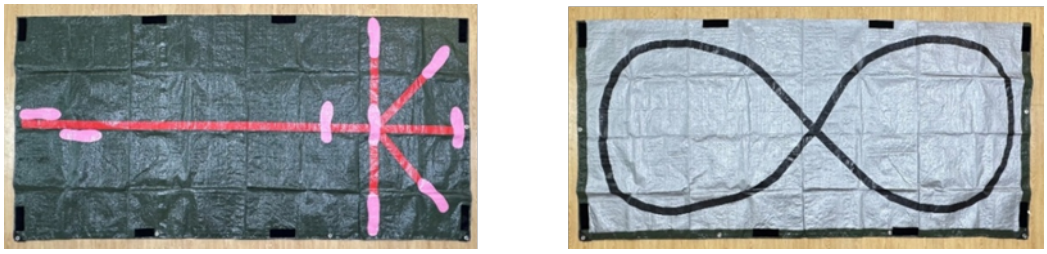
ขนาดตัวอย่าง

ใช้โปรแกรมสถิติสำเร็จรูป G*Power Version 3.1.9.4 กำหนดค่า alpha level และ power คือ 0.05 และ 0.8 ตามลำดับ และค่า effect size จากการศึกษาของฉัตรสุดา ศรีสุดา และคณะ (2563) เท่ากับ 0.76 คำนวณได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อย จำนวน 13 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัย

แบ่งออกเป็น เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. **เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง** คือ โปรแกรมการออกกำลังกายแบบโอทาโก (Otago exercise program : OEP)[8-9] ร่วมกับแผ่นฝึกการทรงตัว (KTB balance board) ดังแสดงในรูปที่ 1



ภาพที่ 1 ภาพแผ่นฝึกการทรงตัว (KTB balance board) (ด้านหน้าและด้านหลัง)

ผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักฝึกออกกำลังกายด้วยท่าทางที่ประยุกต์จากโปรแกรมการออกกำลังกายแบบโอทาโก ซึ่งอยู่บนแผ่นฝึกการทรงตัว (KTB Balance Board) ครั้งละ 40-45 นาทีต่อวัน 3 วันต่อสัปดาห์ เป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ โปรแกรมการออกกำลังกาย ประกอบด้วยช่วงอบอุ่นร่างกาย (5-10 นาที) ช่วงออกกำลังกาย (30-35 นาที) และช่วงคลายกล้ามเนื้อ (5-10 นาที) โดยการออกกำลังกายแบ่งออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่ การออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขาและการฝึกเดินในรูปแบบต่าง ๆ เพื่อเพิ่มความสามารถในการทรงตัว โดยประกอบด้วย 6 ท่า ดังต่อไปนี้

ท่าที่ 1 ก้าวเท้า 5 ทิศ คือ ด้านหน้า ด้านเฉียง 45 องศาไปทางด้านหน้า ด้านข้าง ด้านเฉียง 45 องศา ไปทางด้านหลัง และด้านหลัง จำนวนทิศละ 15 ครั้ง

ท่าที่ 2 ยืนย่อเข่า จำนวน 15 ครั้ง

ท่าที่ 3 ยืนเขย่งปลายเท้า จำนวน 15 ครั้ง

ท่าที่ 4 เดินด้านข้างตามเส้น จำนวน 10 ก้าว ทำซ้ำ 4 รอบ

ท่าที่ 5 เดินเท้าชิดเส้น คล้ายการเดินต่อเท้า จำนวน 10 ก้าว ทำซ้ำ 4 รอบ

ท่าที่ 6 เดินเป็นรูปเลข 8 ทำซ้ำ 4 รอบ

โดยตลอดระยะเวลาการฝึกการออกกำลังกายตามโปรแกรมทุกครั้ง ผู้วิจัยเป็นผู้ดูแลอย่างใกล้ชิดเพื่อสังเกตความผิดปกติหรือความเสี่ยงต่าง ๆ ขณะฝึกออกกำลังกาย รวมถึงผู้ป่วยสามารถใช้เครื่องช่วยเดินหรือการจับเกาะเก้าอี้เพื่อเพิ่มความมั่นคงในระหว่างการฝึกออกกำลังกายได้

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยการทดสอบ ดังต่อไปนี้

2.1 การทดสอบความสามารถในการเดิน ประเมินโดยการทดสอบการเดิน 10 เมตร (10 Meter walk test; 10MWT)[11] เพื่อสะท้อนความสามารถในการเดินโดยทั่วไปที่ผู้ป่วยสามารถทำได้ วิธีการประเมิน คือ ให้ผู้ป่วยเดินบนทางเดิน ระยะทาง 20 เมตร ด้วยความเร็วปกติที่ใช้ในชีวิตประจำวัน ผู้วิจัยจับเวลาเป็นวินาทีในการเดินช่วง 10 เมตรตรงกลางของทางเดิน ทดสอบจำนวน 3 ครั้งแล้วนำมาหาค่าเฉลี่ย

2.2 ความสามารถในการทรงตัว ประเมินโดยการทดสอบลุกจากเก้าอี้และเดิน (Times up and go test; TUG) ประเมินความสามารถในการทรงตัวขณะเดิน โดยประเมินความสามารถด้านการเคลื่อนไหวในชีวิตประจำวัน เช่น การลุกขึ้นยืน การยืน การเดิน และการเดินกลับตัว ซึ่งการทดสอบนี้จะสะท้อนความสามารถด้านการเคลื่อนไหว การทรงตัวขณะเคลื่อนไหว และความเสี่ยงในการหกล้ม[12] วิธีการประเมิน คือ ให้ผู้ป่วยลุกยืนและเดินตามแนวบนพื้นระยะทาง 3 เมตร หมุนตัวอ้อมกรวย และเดินกลับมานั่งที่เก้าอี้โดยหลังชิดพนักพิง ด้วยความเร็วปกติ ผู้วิจัยจับเวลาเป็นวินาทีตั้งแต่คำสั่ง “เริ่ม” จนถึงผู้ป่วยกลับมานั่งหลังชิดพนักพิงอีกครั้ง ทดสอบจำนวน 3 ครั้งแล้วนำมาหาค่าเฉลี่ย

2.3 การประเมินความกลัวการล้ม ประเมินโดยใช้แบบสอบถาม Thai fall efficacy scale: Thai-FES เป็นแบบประเมินอาการกลัวการล้มในผู้สูงอายุไทย ถูกพัฒนาจากแบบประเมิน Fall efficacy scale-International (FES-I)[13] โดยความร่วมมือของเครือข่ายป้องกันการหกล้มในยุโรป (ProFaNE) ประกอบด้วย 16 กิจกรรมในชีวิตประจำวัน ฉบับภาษาไทยแปลโดย ลัดดา เถียมวงศ์ (2554)[14] โดยให้ผู้ป่วยประเมินระดับความกลัวการหกล้มขณะทำกิจกรรมต่าง ๆ ด้วยตนเอง โดยกลัวเล็กน้อย มีค่าคะแนนเท่ากับ 1 คะแนน กลัวมากที่สุด มีค่าคะแนนเท่ากับ 4 คะแนน ช่วงค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 16-64 คะแนน โดยผลรวมคะแนนยิ่งมาก บ่งชี้ว่าผู้ป่วยมีความกลัวการหกล้มสูง อาจนำไปสู่การหลีกเลี่ยงกิจกรรม ลดการเคลื่อนไหว

การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย

การวิจัยครั้งนี้ได้คำนึงถึงหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ได้แก่ หลักความเคารพในบุคคล หลักคุณประโยชน์ไม่ก่ออันตราย และหลักความยุติธรรม โดยผ่านการตรวจสอบและได้รับการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลกระทุ่มแบน ตามเอกสารเลขที่ NO. 015/68 รับรองเมื่อวันที่ 15 พฤษภาคม 2568

ความเชื่อมั่นของเครื่องมือ

การทดสอบ 10MWT การทดสอบ TUG และ แบบประเมินความกลัวการล้มในผู้สูงอายุไทย ได้ผ่านการตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) โดยวิธีการวัดซ้ำ (Test and Re-test reliability) จำนวน 2 ครั้ง กับกลุ่มเป้าหมายที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันจากโรงพยาบาลอื่น จำนวน 5 คน โดยได้ค่าความเชื่อมั่นจากการวัดซ้ำ Intraclass Correlation Coefficient (ICC) เท่ากับ 0.90 0.80 และ0.95 ตามลำดับ

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยทำหนังสือถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลกระทุ่มแบน และหัวหน้าฝ่ายการพยาบาลเพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

2. การเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างเวชระเบียนของโรงพยาบาล ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าแผนกเวชระเบียนของโรงพยาบาลเพื่อดำเนินการเก็บข้อมูล ซักประวัติ ตรวจประเมินผู้ป่วย และอธิบายรายละเอียดโครงการวิจัย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง และให้ผู้ป่วยลงนามในแบบฟอร์มแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

3. ผู้วิจัยนัดหมายวันเวลา และสถานที่กับกลุ่มตัวอย่าง จากนั้นดำเนินการ ซักประวัติ ตรวจประเมินผู้ป่วยตามหลักการทางกายภาพบำบัด

4. กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามความกลัวการล้ม จากนั้นทำการทดสอบ TUG และ 10MWT ณ แผนกกายภาพบำบัด โรงพยาบาลกระทุ่มแบน ตามลำดับ จากนั้นนักวิจัยบันทึกผลการทดสอบ

5. นักวิจัยใช้แผ่นการฝึกการทรงตัวที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้น พร้อมทั้งอธิบายท่าฝึกการออกกำลังกาย จำนวน 6 ท่า โดยประยุกต์จากโปรแกรมการออกกำลังกายแบบโอทาโก (Otago exercise program) โดยใช้ระยะเวลาในการออกกำลังกายด้วยแผ่นฝึกการทรงตัวครั้งละ 40-45 นาที จำนวน 3 วันต่อสัปดาห์ ทั้งหมด 4 สัปดาห์ ที่แผนกกายภาพบำบัด โรงพยาบาลกระทุ่มแบน

6. เมื่อสิ้นสุดระยะเวลา 4 สัปดาห์ ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามความกลัวการล้ม อีกครั้ง พร้อมทั้งทำการทดสอบ TUG และ 10MWT ตามลำดับ และทำการบันทึกผล

7. ตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูล และนำข้อมูลที่ได้จากการเก็บรวบรวมมาวิเคราะห์ทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป SPSS ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยด้วยสถิติพรรณนา โดยแสดงผลเป็นความถี่ และร้อยละ สำหรับตัวแปรนามบัญญัติ และแสดงค่าเฉลี่ยพร้อมส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ย เพื่อหาลักษณะการแจกแจงแบบโค้งปกติ (Normality) โดยใช้สถิติ Shapiro–Wilk test (ในกรณีกลุ่มตัวอย่างมีขนาดเล็กถึงปานกลาง) พบว่ามีการแจกแจงเป็นโค้งปกติทุกชุดข้อมูล (p-value > 0.05)

2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของ 10MWT, TUG และ ความกลัวการล้ม ระหว่างก่อนและหลังการให้โปรแกรมการออกกำลังกาย 4 สัปดาห์ โดยใช้ สถิติ Paired t-test กำหนดระดับความมีนัยสำคัญ $p < 0.05$

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเพศหญิงทั้งหมด 13 คน (ร้อยละ 100.00) อายุเฉลี่ย 75.46 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 8.02 ผู้ป่วย ดัชนีมวลกายเฉลี่ย 23.45 กิโลกรัมต่อตารางเมตร ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.48 ผู้ป่วยร้อยละ 69.23 สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษา ผู้ป่วยร้อยละ 76.92 กระดูกหักในตำแหน่ง Neck of femur และ ร้อยละ 23.07 หักที่ตำแหน่ง Intertrochanteric line ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมแบบบางส่วน (Bipolar hemiarthroplasty) ร้อยละ 84.62 และการผ่าตัดเพื่อดามกระดูกแบบ PFNA ร้อยละ 23.07 ผู้ป่วยเดินโดยใช้ Walker สามารถเดินลงน้ำหนักแบบบางส่วน ร้อยละ 100.00 ผู้ป่วยร้อยละ 76.93 สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เกือบทั้งหมด ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยกระดูกสะโพกหัก

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	13	100.00
อายุ (ปี) ค่าเฉลี่ย = 75.46 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 8.02		
ดัชนีมวลกาย (กิโลกรัมต่อตารางเมตร) ค่าเฉลี่ย = 23.45 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 3.48		
ระดับการศึกษา		
ต่ำกว่าประถมศึกษา	2	15.38
ประถมศึกษา	9	69.23
มัธยมศึกษาตอนต้น	2	15.38
ตำแหน่งกระดูกหัก		
Neck of femur	3	23.07
Intertrochanteric line	10	76.92
การผ่าตัด		
Bipolar hemiarthroplasty	10	76.93
Proximal femoral nail antirotation (PFNA)	3	23.07
การเดินลงน้ำหนัก		
Weight as tolerance	13	100.00
ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน		
ปฏิบัติได้ปานกลาง	3	23.07
ปฏิบัติได้เกือบทั้งหมด	10	76.93
อุปกรณ์ช่วยเดิน		
Walker	13	100.00

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนน 10MWT, TUG และ คะแนนความกลัวการล้ม

การทดสอบ	Mean (SD)	Mean difference (95% CI)	t	*p*-value
10 MWT (วินาที)				
ก่อนได้รับโปรแกรมการฝึก	57.82 (23.42)	29.89	6.784	0.001*
หลังได้รับโปรแกรมการฝึก 4 สัปดาห์	27.93 (11.71)	(27.52-32.17)		
TUG (วินาที)				
ก่อนได้รับโปรแกรมการฝึก	58.01 (21.70)	31.53	9.128	0.001*
หลังได้รับโปรแกรมการฝึก 4 สัปดาห์	26.48 (10.80)	(29.83-33.24)		
ความกลัวการล้ม (คะแนน)				
ก่อนได้รับโปรแกรมการฝึก	32.54 (3.80)	11.77	13.630	0.001*
หลังได้รับโปรแกรมการฝึก 4 สัปดาห์	20.77 (2.05)	(10.1-13.4)		

*p-value < 0.05

จากตารางที่ 2 พบว่า ค่าเฉลี่ยของเวลาในการทดสอบ 10 MWT ของผู้ป่วยก่อนได้รับโปรแกรมการออกกำลังกายด้วยแผ่นฝึกการทรงตัว มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 57.82 วินาที ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 23.42 และหลังได้รับโปรแกรมการออกกำลังกายด้วยแผ่นฝึกการทรงตัว มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 27.9 วินาที ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 11.71 ตามลำดับ ค่าเฉลี่ยของเวลาในการทดสอบ TUG ของผู้ป่วยก่อนได้รับโปรแกรมการออกกำลังกายด้วยแผ่นฝึกการทรงตัว มีค่าเท่ากับ 58.01 วินาที ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 21.70 และหลังได้รับโปรแกรมการออกกำลังกายด้วยแผ่นฝึกการทรงตัว มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 26.48 วินาทีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 10.80 ตามลำดับ สำหรับค่าเฉลี่ยของคะแนนความกลัวการล้มของผู้ป่วยก่อนได้รับโปรแกรมการออกกำลังกายด้วยแผ่นฝึกการทรงตัว มีค่าเท่ากับ 32.54 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.80 และหลังได้รับโปรแกรมการออกกำลังกายด้วยแผ่นฝึกการทรงตัว มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 20.77คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.05 ตามลำดับ

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยก่อนและหลังได้รับได้รับโปรแกรมการออกกำลังกายด้วยแผ่นฝึกการทรงตัว ด้วยสถิติ Paired t-test สรุปผลได้ว่า ค่าเฉลี่ยของระยะเวลาในการทดสอบ 10 MWT, TUG และค่าเฉลี่ยของคะแนนความกลัวการล้มของผู้ป่วยกระดูกสะโพกหัก หลังได้รับโปรแกรม 4 สัปดาห์ ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

การอภิปรายผล

ผลการวิจัยนี้พบว่าค่าเฉลี่ยของเวลาที่ใช้ในการทดสอบ 10MW และ TUG ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการออกกำลังกายด้วยแผ่นฝึกการทรงตัว เป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) อาจเป็นผลมาจากโปรแกรมการออกกำลังกายที่ใช้ในการวิจัยนี้ เป็นท่าทางการออกกำลังกาย ที่ประยุกต์มาจากโปรแกรมการออกกำลังกายแบบโอทาโก (Otago Exercise Program) ซึ่งมีท่าทางออกกำลังกายที่ช่วยเสริมสร้างความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ เพิ่มความสามารถในการทรงตัว การเดิน และช่วยป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ โดยท่าออกกำลังกายที่ผู้วิจัยประยุกต์มาเป็นท่าการออกกำลังกายเป็นท่าทางที่ไม่เป็นข้อห้ามในผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสะโพกหัก และสามารถเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ รวมถึงการออกแบบให้ท่าทางออกกำลังกายมีความท้าทายต่อการทรงตัว ได้แก่ การเปลี่ยนถ่ายน้ำหนักเท้าในทิศทางต่าง ๆ การเดินแบบลดพื้นที่ฐานรองรับ (การเดินเท้าชิดคล้ายการเดินต่อเท้า) การเดินแบบเปลี่ยนทิศทาง (การเดินรูปเลข 8) เป็นการฝึกออกกำลังกายที่กระตุ้นให้เกิดการตอบสนองของปฏิกิริยาการควบคุมท่าทางอัตโนมัติ (Automatic postural reaction) ซึ่งจะดึงให้จุดศูนย์ถ่วงของร่างกายกลับมาอยู่ภายในบริเวณฐานรองรับน้ำหนักของร่างกายได้ และเมื่อออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอจะทำให้ร่างกายสามารถทำงานประสานสัมพันธ์กันได้อย่างดีระหว่างระบบประสาทและระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ ในการควบคุมการทรงท่า และการถ่ายเทน้ำหนักของร่างกายไปตามพื้นที่ฐานรองรับที่มีการเปลี่ยนแปลงไป ทำให้การควบคุมการทรงตัวดีขึ้น[8] อีกทั้งยังกระตุ้นการทำงานของระบบการรับรู้ตำแหน่งและการเคลื่อนไหวของส่วนต่างๆ ของร่างกายให้ดีขึ้น[9] อีกทั้งรูปแบบการออกกำลังกายที่มีการกำหนดไว้บนแผ่นฝึกการทรงตัว (KTB balance board) ซึ่งสามารถดึงดูดความสนใจ ให้ผู้ป่วยจดจ่อมีสมาธิและจดจำท่าทาง จึงทำให้ค่าเฉลี่ยของเวลาที่ใช้ในการทดสอบ 10MWT และ TUG ลดลงอย่างชัดเจน สามารถสะท้อนได้ว่าผู้ป่วยมีความสามารถในการเดิน การทรงตัว และความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขามากขึ้น สอดคล้องกับงานวิจัยของอังคณา พรประไพ (2563)[15] ที่ได้ศึกษาการออกกำลังกายบนพื้นผิวที่ต่างกันต่อความสามารถในการทรงตัว และการเดินของผู้สูงอายุที่กระดูกสะโพกหัก โดยใช้โปรแกรมที่ดัดแปลงมาจากโปรแกรมการออกกำลังกายแบบโอทาโก พบว่า การออกกำลังกายบนพื้นผิวที่ต่างกันช่วยส่งเสริมความสามารถ และความปลอดภัยในการทรงตัว และการเดินของผู้สูงอายุที่กระดูกข้อสะโพกหักได้ และสอดคล้องกับการศึกษาของฉัตรสุดา ศรีสุดา และคณะ (2565)[10] ที่ได้ศึกษาผลของการฝึกเดินถอยหลัง และเดินไปข้างหน้าต่อการทรงตัว ตัวแปรด้านระยะทาง และเวลาของการเดิน และความเสี่ยงของการหกล้มในผู้สูงอายุ พบว่า

โปรแกรมการฝึกเดินถอยหลัง และฝึกเดินไปข้างหน้าสามารถเพิ่มความเร็วในการเดิน และลดระยะเวลาในการทดสอบ TUG อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การประเมินความกลัวการล้มก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการออกกำลังกายร่วมกับแผ่นฝึกการทรงตัว (KTB balance board) พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนความกลัวการหกล้มลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ภายหลังได้รับโปรแกรมการออกกำลังกายด้วยแผ่นฝึกการทรงตัว แสดงให้เห็นว่า ภายหลังการออกกำลังกายด้วยแผ่นฝึกการทรงตัว ช่วยเพิ่มความสามารถในการทรงตัวที่ดีขึ้น ทำให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในการเดินมากขึ้น สามารถเคลื่อนไหวร่างกายและทำกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตประจำวันได้ดีขึ้น จึงส่งผลให้สามารถลดความกลัวการพลัดตกหกล้มได้อย่างชัดเจน สอดคล้องกับผลการวิจัยของ Dadgari et al. (2016)[9] ที่ศึกษาผลของโปรแกรมออกกำลังกายแบบโอทาโกในผู้สูงอายุสุขภาพดีในชุมชน พบว่า การออกกำลังกายด้วยโปรแกรมการออกกำลังกายแบบโอทาโกช่วยเพิ่มความสามารถในการทรงตัวและการเดิน รวมทั้งลดการหกล้มในผู้สูงอายุสุขภาพดีได้ และสอดคล้องกับการศึกษาของ พิมพ์ชนก ปานทอง และสุกัญญา แสงภารา (2567)[16] ที่ศึกษาผลของการออกกลังกายแบบโอทาโกต่อการทรงตัว และความกลัวในการล้มของผู้สูงอายุภาวะเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา พบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ออกกำลังกายตามโปรแกรมการออกกำลังกายแบบโอทาโก เป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์สามารถเพิ่มภาวะสุขภาพและลดความเสี่ยงของการหกล้มได้

อย่างไรก็ตามการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ มีข้อจำกัดเนื่องจากเป็นการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยเพียงกลุ่มเดียว และจำนวนของผู้ป่วยมีเพียง 13 คน จึงควรมีการศึกษาเปรียบเทียบกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง และควรศึกษาผลระยะยาวของการฝึกการทรงตัวต่อความสามารถในการเดิน และคุณภาพชีวิตด้านการเคลื่อนไหว เพื่อให้เกิดประโยชน์ยิ่งขึ้นต่อไป

สรุปได้ว่าโปรแกรมการออกกำลังกายด้วยแผ่นฝึกการทรงตัวในผู้ป่วยกระดูกสะโพกหัก มีแนวโน้มที่จะเพิ่มความสามารถในการเดิน การทรงตัว และความมั่นใจในการเดิน ลดความกลัวการหกล้มในผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักจากการพลัดตกหกล้มได้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้

1. โรงพยาบาลหรือหน่วยกายภาพบำบัดสามารถนำโปรแกรมการฝึกการทรงตัวด้วยแผ่นฝึกการทรงตัว ไปใช้เป็นแนวทางฟื้นฟูผู้ป่วยกระดูกสะโพกหัก เพื่อเพิ่มความสามารถในการเดินและลดความกลัวการหกล้ม

2. บุคลากรด้านสาธารณสุข เช่น พยาบาล นักวิชาการสาธารณสุข สามารถประยุกต์ใช้โปรแกรมการฝึกดังกล่าวในชุมชนหรือในคลินิก โดยปรับระดับความยากง่ายของท่าออกกำลังกายให้มีความเหมาะสมกับสมรรถภาพของผู้ป่วยแต่ละราย

3. สามารถนำไปประยุกต์ใช้เป็นโปรแกรมการฝึกในกลุ่มผู้ป่วยอื่น ๆ ที่มีปัญหาด้านการทรงตัวและการเดินได้

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งถัดไป

1. ควรเพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างให้มากขึ้น และใช้การวิจัยแบบสุ่มมีกลุ่มควบคุมจริง (Control group) เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิผลของโปรแกรมได้อย่างชัดเจนมากขึ้น

2. ควรมีการติดตามผลระยะยาวหลังสิ้นสุดโปรแกรมการฝึก ในระยะเวลา 3–6 เดือน เพื่อประเมินผลลัพธ์ด้านความสามารถในการเดิน ความสามารถในการทรงตัว รวมถึงความกลัวการล้มยังคงอยู่อย่างต่อเนื่องหรือไม่

เอกสารอ้างอิง

1. พัชราพร ตาใจ. กระดูกสะโพกหักในผู้สูงอายุ: บทบาทพยาบาลในการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน ก่อนและหลังผ่าตัดกระดูกสะโพก. วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน. 2563; 26(4): 116-28.
2. Andaloro S, Cacciatore S, Risoli A, Comodo RM, Brancaccio V, Calvani R, Giusti S, Schlögl M, D'Angelo E, Tosato M, Landi F, Marzetti E. Hip fracture as a systemic disease in older adults: a narrative review on multisystem implications and management. Med Sci (Basel). 2025; 13(3): 89.
3. Charatcharoenwitthaya N, Nimitphong H, Wattanachanya L, Songpatanasilp T, Ongphiphadhanakul B, Deerochanawong C, Karaketklang K. Epidemiology of hip fractures in Thailand. Osteoporos Int. 2024; 35(9): 1661–8.
4. Handoll HH, Sherrington C, Mak JC. Interventions for improving mobility after hip fracture surgery in adults. Cochrane Database Syst Rev. 2022; 2022(9): CD001704.
5. Clemson L, Fiatarone Singh MA, Bundy A, Cumming RG, Manollaras K, O'Loughlin P, et al. Integration of balance and strength training into daily life activity to reduce rate of falls in older people (the LiFE study): randomized parallel trial. BMJ. 2012; 345: e4547.
6. Bai F, Leng M, Zhang Y, Guo J, Wang Z. Effectiveness of intensive versus regular or no exercise in older adults after hip fracture surgery: A systematic review and meta-analysis. Braz J Phys Ther. 2023;27(1):1–10.
7. Che YJ, Qian Z, Chen Q, Chang R, Xie X, Hao YF. Effects of rehabilitation therapy based on exercise prescription on motor function and complications after hip fracture surgery in elderly patients. BMC Musculoskelet Disord. 2023; 24(1):817.
8. Yang Y, Wang K, Liu H, Qu J, Wang Y, Chen P, Zhang T, Luo J. The impact of Otago exercise programme on the prevention of falls in older adult: A systematic review. Front Public Health. 2022; 10: 953593.
9. Dadgari A, Aizan Hakim MN, Chaman R, Mousavi, Poh Hin L, et al. Randomized control trials on Otago Exercise Program (OEP) to reduce falls among elderly community dwellers in Shahroud, Iran. Iran Red Crescent Med J. 2016; 18(5): e26340.
10. ฉัตรสุดา ศรีสุดา, ปารวี มุสิกรัตน์, ปฏิมา ศิลสุภดล, กนกวรรณ ศรีสุภรกรกุล. ผลของการฝึกเดินถอยหลัง และเดินไปข้างหน้าต่อการทรงตัว ตัวแปรด้านระยะทางและเวลาเดิน และความเสี่ยงของการหกล้มในผู้สูงอายุ. วารสารกายภาพบำบัด. 2565; 44(1): 12–28.
11. Önal B, Kocaman AA. The validity and reliability of the 10-meter walk test with obstacles in community-dwelling older adults. Int J Rehabil Res. 2025;48(2):120–5.
12. Kear BM, Guck TP, McGaha AL. Timed Up and Go (TUG) test: normative reference values for ages 20 to 59 years and relationships with physical and mental health risk factors. J Prim Care Community Health. 2017; 8(1): 9–13.
13. Delbaere K, Close JC, Mikolaizak AS, Sachdev PS, Brodaty H, Lord SR. The Falls Efficacy Scale International (FES-I). A comprehensive longitudinal validation study. Age Ageing. 2010;39(2):210–6.

14. ลัดดา เถียมวงศ์. การทดสอบคุณสมบัติของเครื่องมือประเมินอาการกลัวหกล้มในผู้สูงอายุไทย. สงขลานครินทร์เวชสาร. 2554; 29(6): 277–87.
15. อังคณา พรประไพ. การออกกำลังกายบนพื้นผิวที่ต่างกันต่อความสามารถในการทรงตัวและการเดินของผู้สูงอายุที่กระดูกข้อสะโพกหัก. พุทธชินราชเวชสาร. 2563; 37(2): 226–36.
16. พิมพ์ชนก ปานทอง และสุกัญญา แสงภารา. ผลของโปรแกรมการออกกำลังกายแบบ OTAGO ต่อการทรงตัวและความกลัวในการล้มของผู้สูงอายุภาวะเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9. 2567; 18(2): 739-754.

Received: 6 Oct.2025, Revised: 29 Oct.2025
Accepted: 8 Dec.2025

บทความวิจัย

ปัจจัยที่มีผลต่ออัตราการกรองของไตในผู้ที่มีภาวะโรคไตเรื้อรัง พื้นที่ชุมชนลดเค็ม จังหวัดอุทัยธานี

เวชพร วังพลับ[1*] อิทธิพล ดวงจินดา[2]

บทคัดย่อ

โรคไตเรื้อรัง (CKD) เป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญที่มีความชุกเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในประเทศไทย การทำความเข้าใจปัจจัยที่ส่งผลต่อการทำงานของไตจึงเป็นสิ่งจำเป็นต่อการป้องกันและชะลอการดำเนินของโรค การวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่ออัตราการกรองของไต (eGFR) ในผู้ป่วย CKD ในพื้นที่ชุมชนลดเค็ม จังหวัดอุทัยธานี ระหว่างเดือนมิถุนายน – กรกฎาคม 2568 ในผู้ที่มีภาวะโรคไตเรื้อรัง 385 คน ได้จากการสุ่มแบบหลายขั้นตอน เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามที่มีความตรงเชิงเนื้อหา CVI ≥ 0.95 และความเชื่อมั่น Cronbach's Alpha 0.899–0.911 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ โดยการถดถอยพหุคูณ

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (55.84%) อายุเฉลี่ย 63.62 ปี (SD=11.06) ส่วนใหญ่มีค่า eGFR ในระยะที่ 3a ระดับการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}$=2.61, SD=0.73) และระดับการรับรู้ความสามารถของตนเองอยู่ในระดับบปานกลาง ($\bar{x}$=2.88, SD=0.60) ปัจจัยที่ส่งผลต่อ eGFR อย่างมีนัยสำคัญ ได้แก่ อายุ พฤติกรรมการกินเค็ม และปัจจัยการรับรู้ด้านสุขภาพ 13 ตัวแปร โดยสามารถอธิบายความแปรปรวนของค่า eGFR ได้ร้อยละ 66.0 และ 61.7 ตามลำดับ

สรุปได้ว่า อายุ พฤติกรรมการกินเค็ม การรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ และการรับรู้ความสามารถตนเองมีผลต่อการทำงานของไตอย่างมีนัยสำคัญ ผลลัพธ์นี้ใช้เป็นแนวทางจัดกิจกรรมในพื้นที่หรือชุมชนลดเค็มหรือออกแบบโปรแกรมที่เน้นการรับรู้ความสามารถตนเองให้ผู้ที่ภาวะโรคไตเรื้อรังมั่นใจที่ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้ดีขึ้น

คำสำคัญ: การรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้ความสามารถตนเอง ชุมชนลดเค็ม โรคไตเรื้อรัง อัตราการกรองของไต

[1*] นักสาธารณสุขชำนาญการ, สำนักงานสาธารณสุขอำเภอหนองฉาง จังหวัดอุทัยธานี

[2] วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี, สถาบันพระบรมราชชนก

[*] Corresponding author E-mail: wetchaporn@gmail.com

Original Article

Factors Influencing the Glomerular Filtration Rate among People with Chronic Kidney Disease in Salt-reduction Communities, Uthai Thani Province

Wetchaporn Wangplap[1*] Aittiphol Duangchinda[2]

Abstract

Chronic kidney disease (CKD) represents a critical public health challenge with an increasing prevalence in Thailand. Understanding factors that affecting kidney function is essential for preventing and decelerating disease progression. This cross-sectional analytical study aimed to examine factors influencing the estimated glomerular filtration rate (eGFR) among CKD patients in salt-reduction communities in Uthai Thani Province. A total of 385 participants were recruited using multi-stage random sampling. The research instrument comprised validated questionnaires with high content validity and reliability (CVI ≥ 0.95, Cronbach's Alpha 0.899–0.911). Data were analyzed using descriptive statistics and multiple regression analysis.

Results revealed that the majority of participants were female (55.84%) with a mean age of 63.62 years (SD = 11.06), and most were classified as CKD stage 3a. The mean score for health belief perception was at a moderate level ($\bar{x}$ = 2.61, SD = 0.73), while self-efficacy perception was also moderate ($\bar{x}$ = 2.88, SD = 0.60). Factors significantly influencing eGFR included age, salt consumption behavior, and 13 variables related to health belief and self-efficacy perceptions, explaining 66.0% and 61.7% of the variance, respectively.

In conclusion, age, salt consumption behavior, health belief perception, and self-efficacy perception significantly affected kidney function. These findings provide valuable insights for designing community-based salt reduction programs that enhance self-efficacy and promote positive behavioral change among individuals with CKD to slow kidney function decline.

Keywords: Health belief Self-efficacy Salt-reduction communities Chronic kidney disease Glomerular filtration rate

[1*] Health Officer, Professional Level, Nongchang District Public Health Office, Uthai Thani Province

[2] Ph.D., Sirindhorn College of Public Health Suphanburi Praboromarajchanok Institute

[*] Corresponding author E-mail: wetchaporn@gmail.com

บทนำ

โรคไตเรื้อรัง (Chronic Kidney Disease: CKD) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่มีความสำคัญในระดับโลก โดยมีผู้ป่วยมากกว่า 850 ล้านคน และติดอันดับหนึ่งในสิบของโรคที่ก่อภาระโรคสูงสุด ในประเทศไทยพบความชุกของ CKD ประมาณร้อยละ 17.5 ของประชากรผู้ใหญ่ทั้งหมด[1] CKD ไม่เพียงส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย แต่ยังเพิ่มภาระค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลและกระทบต่อระบบเศรษฐกิจและสังคมโดยรวม โดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเทศกำลังพัฒนาที่ระบบบริการสุขภาพยังมีข้อจำกัดในการจัดการโรคในระยะเริ่มต้น

สาเหตุของการเกิดโรคไตเรื้อรังมีได้หลายประการ ทั้งจาก ปัจจัยทางสรีรวิทยา พันธุกรรม และพฤติกรรมสุขภาพ โดยสาเหตุหลักที่พบมากที่สุด ได้แก่ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคอ้วน การอักเสบของไตจากภูมิคุ้มกัน การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะเรื้อรัง การใช้ยาแก้ปวดกลุ่ม NSAIDs เป็นเวลานาน รวมถึงพฤติกรรมการบริโภคที่ไม่เหมาะสม[2-3] ปัจจัยเหล่านี้ส่งผลให้หน่วยไตเสื่อมลงอย่างต่อเนื่อง นำไปสู่การลดลงของ eGFR ซึ่งเป็นตัวชี้วัดหลักของการทำงานของไต ในด้านพฤติกรรมสุขภาพ พบว่าการบริโภคโซเดียมสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญและสามารถปรับเปลี่ยนได้ โดยคนไทยบริโภคโซเดียมสูงกว่าเกณฑ์แนะนำเกือบสองเท่า[4] ซึ่งส่งผลโดยตรงต่อการเพิ่มความดันโลหิตและเร่งการเสื่อมของไต[5] ปัญหาการบริโภคเค็มจึงกลายเป็นโจทย์สำคัญที่ต้องแก้ไขในระดับชุมชนและนโยบายประเทศ

รัฐบาลไทยได้ริเริ่มยุทธศาสตร์การลดการบริโภคเกลือและโซเดียมแห่งชาติ พ.ศ. 2559–2568 ซึ่งมีเป้าหมายลดการบริโภคเกลือของประชากรลงร้อยละ 30 ภายในปี 2568 ซึ่งมีการดำเนินงานทั้งในระดับประเทศและระดับพื้นที่ ทั้งนี้ “ชุมชนลดเค็ม” ที่จังหวัดอุทัยธานีดำเนินการตั้งแต่ปี พ.ศ. 2562 ครอบคลุม 16 ชุมชน ใน 4 อำเภอ ได้แก่ อำเภอเมืองอุทัยธานี อำเภอหนองฉาง อำเภอทัพทัน และอำเภอสว่างอารมณ์ โดยเน้นการให้ความรู้เกี่ยวกับโซเดียมและการปรับพฤติกรรมการบริโภค ร่วมกับการจัดตั้งคลินิกชะลอไตเสื่อม (Mini CKD Clinic) ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเพื่อเฝ้าระวังและให้คำปรึกษาอย่างใกล้ชิด ระดับอำเภอขับเคลื่อนการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ภายใต้กรอบ “One District One Problem (ODOP)”[6]

แม้มีหลักฐานชัดเจนว่าการลดการบริโภคโซเดียมสามารถชะลอการเสื่อมของไต แต่ยังมีข้อจำกัดของงานวิจัยในประเทศไทยที่ใช้แนวคิดด้านจิตสังคมเพื่ออธิบายอิทธิพลต่อค่า eGFR ในบริบทชุมชนลดเค็ม โดยในเชิงพยาธิสรีรวิทยา การบริโภคโซเดียมสูงทำให้ปริมาณของเหลวและความดันโลหิตเพิ่มขึ้น ส่งผลให้เกิดภาวะความดันภายในโกลเมอรูลัสสูงและภาวะการกรองของโกลเมอรูลัสมากผิดปกติ ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของความเสียหายต่อผนังหลอดเลือดฝอยของไต การอักเสบเรื้อรัง และความผิดปกติของเยื่อกรองไต นำไปสู่การลดลงของอัตราการกรองของไตอย่างต่อเนื่อง[2,5,7] ในมุมมองพฤติกรรมสุขภาพการทำความเข้าใจว่าผู้ป่วยตัดสินใจลดหรือละเลยการลดเค็มขึ้นอยู่กับระดับการรับรู้ของบุคคล จึงจำเป็นต้องใช้กรอบแนวคิดเชิงทฤษฎี ได้แก่ แบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model: HBM) ซึ่งอธิบายว่าการรับรู้ความเสี่ยง ความรุนแรง ประโยชน์ และอุปสรรคมีผลต่อการตัดสินใจปรับพฤติกรรมสุขภาพ[8] งานวิจัยหลายฉบับรายงานว่าผู้ป่วยที่รับรู้ถึงอันตรายของภาวะไตเสื่อมและเห็นประโยชน์ของการลดเค็มมีแนวโน้มควบคุมอาหารได้ดีกว่า และมีค่า eGFR คงอยู่ในระดับที่ดีกว่าเมื่อเทียบกับผู้ที่มีการรับรู้ต่ำ[9-10] ขณะเดียวกัน ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเอง (Self-Efficacy Theory) เน้นความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองสูงจะสามารถจัดการพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างต่อเนื่อง[11] งานวิจัยในผู้ป่วย CKD ระยะที่ 1-4 พบว่าผู้ที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองสูงสามารถจัดการโรคได้มีประสิทธิภาพมากกว่า[12] อีกทั้งพบว่าการรับรู้ความสามารถของตนเองที่ดีสัมพันธ์กับการจัดการโรคและมีผลโดยตรงต่อค่า GFR ของผู้ป่วย CKD และคุณภาพชีวิตที่สูงขึ้นในผู้ป่วยโรคไต[13] การนำ HBM และ Self-Efficacy Theory มาใช้เป็นกรอบแนวคิดร่วมกับกลไกพยาธิสรีรวิทยาของโรคไตเรื้อรังจึงช่วยอธิบายความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ พฤติกรรมสุขภาพ

และค่า eGFR ได้อย่างครอบคลุม และเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาและเสริมสร้างการดำเนินงานชุมชนลดเค็มในพื้นที่จังหวัดอุทัยธานีให้มีประสิทธิภาพและยั่งยืนมากยิ่งขึ้น[4,6]

ดังนั้น การศึกษาครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพและการรับรู้ความสามารถของตนเอง และศึกษาปัจจัยส่วนบุคล ปัจจัยการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพและการรับรู้ความสามารถของตนเองที่มีผลต่ออัตราการกรองของไตในผู้ที่มีภาวะโรคไตเรื้อรังในพื้นที่ชุมชนลดเค็ม จังหวัดอุทัยธานี ซึ่งจะช่วยให้เข้าใจปัจจัยที่อาจมีอิทธิพลต่อสมรรถภาพการทำงานของไตได้ดียิ่งขึ้นและเป็นข้อมูลสำคัญในการพัฒนาชุมชนลดเค็มที่ยั่งยืนตลอดจนการกำหนดนโยบายด้านสาธารณสุขในการป้องกันและควบคุมโรคไตเรื้อรังต่อไป

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Analytical Study) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อค่าอัตราการกรองของไตในผู้ที่มีภาวะโรคไตเรื้อรังในพื้นที่ชุมชนลดเค็ม จังหวัดอุทัยธานี

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้กำหนดประชากร คือ ผู้ที่มีภาวะโรคไตเรื้อรังที่มีรายชื่อขึ้นทะเบียนผู้ป่วยโรคไตในระบบคลังข้อมูลสุขภาพ (Health Data Center: HDC) ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี ณ วันที่ 15 ตุลาคม พ.ศ. 2567 และอาศัยอยู่ในชุมชนที่มีการดำเนินงานโครงการ “ชุมชนลดเค็ม” ใน 4 อำเภอ ได้แก่ อำเภอเมืองอุทัยธานี อำเภอหนองฉาง อำเภอทัพทัน และอำเภอสว่างอารมณ์ จำนวน 3,479 คน

เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria)

1) ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-5 ที่ระบุในระบบ ICD-10

2) มีอายุตั้งแต่ 18 ปี – 80 ปี

3) ยินดีและสมัครใจเข้าร่วมการวิจัยและสามารถให้ความยินยอม

4) มีสภาพร่างกายและจิตใจที่สามารถตอบแบบสอบถามหรือให้ข้อมูลได้

5) มีบันทึกหรือผลการติดตามดูแลและรักษาโรคไตเรื้อรังของหน่วยบริการสุขภาพ ครั้งล่าสุดในระยะเวลา 1 ปีที่ผ่านมา

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

1) ผู้ที่มีภาวะโรคที่รุนแรงหรือซับซ้อน หรือโรคทางจิตเวชที่ส่งผลต่อความสามารถในการให้ข้อมูล

2) เป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง หรือมีคะแนน Barthel ADL Index < 4

3) ไม่อยู่ในพื้นที่ในระหว่างการเก็บข้อมูล

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างใช้สูตรการคำนวณของ Daniel[14] โดยค่าประชากรทั้งหมด (N) จำนวน 3,479 คน ใช้ค่าความเชื่อมั่นที่ระดับ 95% (α = 0.05) ความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ ±5% และค่าสัดส่วนประชากร (p) เท่ากับ 0.5 เพื่อให้ได้ขนาดตัวอย่างสูงสุด คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างเบื้องต้นได้จำนวน 346 คน และคำนวณการเผื่ออัตราการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 ซึ่งในวิจัยครั้งนี้ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งสิ้น 385 คน

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage sampling) ประกอบด้วย ขั้นตอนแรกเป็นการเลือกพื้นที่ชุมชนที่มีการดำเนินงานชุมชนลดเค็มอย่างต่อเนื่องโดยใช้วิธีการเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) จากนั้นในแต่ละอำเภอใช้วิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนประชากร (Probability Proportional to Size: PPS) และใช้วิธีการสุ่มแบบง่าย (Simple random sampling) จากแต่ละชั้นภูมิโดยใช้วิธีการจับฉลากรายชื่อผู้ที่มีภาวะโรคไตเรื้อรังในพื้นที่การดำเนินงานชุมชนลดเค็มในจังหวัดอุทัยธานี จนครบจำนวนกลุ่มตัวอย่าง

เครื่องมือวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลคือ แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากกรอบแนวคิดทฤษฎีการรับรู้และทฤษฎีความสามารถของตนเอง โดยแบบสอบถามแบ่งออกเป็น 4 ส่วน ประกอบด้วย (1) ปัจจัยส่วนบุคคล เช่น อายุ เพศ การศึกษา ดัชนีมวลกาย อาชีพ/รายได้ โรคร่วม จำนวนสมาชิกในครอบครัว การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ การออกกำลังกาย และพฤติกรรมการกินเค็ม (2) ความความคิดเห็นและการรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับความเสี่ยงและผลประโยชน์ที่จะส่งผลต่อพฤติกรรมทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง จำนวน 20 ข้อ (3) ความคิดเห็นการรับรู้ถึงความสามารถของตนเองและความเชื่อมั่นในตนเองที่มีผลต่อการกำหนดพฤติกรรมทางสุขภาพของผู้ที่มีภาวะโรคไตเรื้อรัง จำนวน 20 ข้อ และ (4) แบบบันทึกค่าอัตราการกรองไตที่คำนวณโดยการใช้สูตร CKD-EPI ของผลการตรวจเลือดในช่วงเวลาระยะเวลาไม่เกิน 1 ปี ซึ่งได้จากเวชระเบียนของกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการวิจัย เครื่องมือแบบสอบถามความคิดเห็นทั้งหมดจัดทำในรูปแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วย (4 คะแนน) ค่อนข้างเห็นด้วย (3 คะแนน) ค่อนข้างไม่เห็นด้วย (2 คะแนน) และไม่เห็นด้วย (1 คะแนน) เกณฑ์การแปลผล แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับสูง (ค่าคะแนนเฉลี่ย 3.01 – 4.00) ระดับปานกลาง (ค่าคะแนนเฉลี่ย 2.01 – 3.00) และระดับต่ำ (ค่าคะแนนเฉลี่ย 1.01 – 2.00)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้ดำเนินการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือใน 2 ด้าน ได้แก่ ความตรงเชิงเนื้อหาและความเชื่อมั่น ในด้านความตรงเชิงเนื้อหาได้รับการประเมินโดยผู้ทรงคุณวุฒิในสาขาสาธารณสุขจำนวน 5 ท่าน โดยใช้ดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ซึ่งผลการประเมินพบว่าแต่ละข้อคำถามมีค่า CVI เท่ากับ 0.94 สำหรับความเชื่อมั่นของเครื่องมือได้ดำเนินการทดสอบกับกลุ่มตัวอย่าง นำร่องจำนวน 30 คน ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างหลัก แล้วนำข้อมูลมาคำนวณค่าความเชื่อมั่นด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach’s Alpha) โดยผลการทดสอบพบว่า แบบวัดปัจจัยด้านการรับรู้ความเชื่อสุขภาพมีค่า Alpha เท่ากับ 0.89 และแบบวัดความสามารถของตนเองมีค่า Alpha เท่ากับ 0.91

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บข้อมูลดำเนินการภายหลังได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ระหว่างเดือนมิถุนายน 2568 - กรกฎาคม 2568 โดยผู้วิจัยประสานหน่วยบริการสุขภาพในพื้นที่เป้าหมายและอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) เพื่อเข้าถึงกลุ่มตัวอย่าง จากนั้นชี้แจงรายละเอียดการวิจัยและขอความยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษรก่อนดำเนินการสัมภาษณ์แบบตัวต่อตัวโดยใช้แบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพ ใช้เวลาประมาณ 15–20 นาทีต่อราย

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลที่รวบรวมได้ถูกตรวจสอบความครบถ้วนและความถูกต้องก่อนนำเข้าสู่การวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ ดังนี้

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่อนำเสนอข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

2. สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics) ได้แก่ การวิเคราะห์ถดถอยเชิงเส้นแบบพหุคูณ (Multiple Linear Regression Analysis) เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ และการรับรู้ความสามารถของตนเองที่มีผลต่อค่าอัตราการกรองของไต กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

3. การทดสอบสมมติฐานเบื้องต้น พิจารณาได้จากค่าความเบ้ (Skewness) อยู่ระหว่าง -3 ถึง +3 และค่าความโด่ง (Kurtosis) อยู่ระหว่าง -7 ถึง +7 ความเป็นเส้นตรง (Linearity) ความคงที่ของความแปรปรวน (Homoscedasticity) การแจกแจงแบบปกติ (Normal distribution) และตรวจสอบปัญหา multicollinearity โดยพิจารณาค่า VIF < 5 ผลการทดสอบพบว่าชุดข้อมูลทั้งหมดเป็นเกณฑ์ที่กำหนด

จริยธรรมวิจัย/การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี การรับรองโครงการวิจัยเลขที่ PHCSP 2568 – 023 วันที่ 13 พฤษภาคม 2568

ผลการวิจัย

การนำเสนอผลการวิจัยครั้งนี้แบ่งออกเป็น 4 ส่วนหลัก ได้แก่ (1) ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง, (2) ระดับคะแนนการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพและการรับรู้ความสามารถตนเอง, (3) ผลการวิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคล และ (4) ผลการวิเคราะห์ปัจจัยการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพและการรับรู้ความสามารถตนเอง เพื่อหาปัจจัยที่มีผลต่อการกรองของไต (eGFR)

1. ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลและค่าอัตราการกรองของไตของผู้ที่มีภาวะโรคไตเรื้อรัง

จากการศึกษากลุ่มตัวอย่างผู้ที่มีภาวะโรคไตเรื้อรัง ทั้งหมดจำนวน 385 คน พบว่าเป็นเพศหญิง ร้อยละ 55.84 และเพศชาย ร้อยละ 44.16 มีอายุเฉลี่ย 63.62 ปี (SD=11.06) โดยกว่าครึ่งหนึ่งมีอายุมากกว่า 65 ปี คิดเป็นร้อยละ 50.13 ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 79.74 มีเพียงร้อยละ 20.26 ที่มีการศึกษาสูงกว่าระดับประถมศึกษา

ผลการศึกษาค่าดัชนีมวลกาย (BMI) พบว่ามีค่าเฉลี่ย 23.99 กิโลกรัมต่อตารางเมตร (SD=4.01) โดยร้อยละ 64.16 จัดอยู่ในเกณฑ์ไม่ปกติ ส่วนใหญ่ว่างงานหรือไม่มีรายได้ ร้อยละ 54.03 และมีอาชีพหรือรายได้ ร้อยละ 45.97 มีจำนวนสมาชิกครอบครัวเฉลี่ย 3.62 คน (SD=1.83) ซึ่งครอบครัวมีสมาชิก 3 คนขึ้นไป มากที่สุด ร้อยละ 67.01

โรคร่วม พบว่าผู้ที่มีภาวะโรคไต ร้อยละ 88.83 มีโรคประจำตัวร่วมด้วย โดยพบความดันโลหิตสูงมากที่สุด ร้อยละ 71.95 รองลงมาคือโรคเบาหวาน ร้อยละ 49.09 ไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 44.16 และโรคหัวใจ ร้อยละ 8.57 ผลการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพพบว่าผู้ที่มีภาวะโรคไตเรื้อรังส่วนใหญ่ ไม่ออกกำลังกาย ร้อยละ 59.00 สูบบุหรี่ ร้อยละ 16.10 และดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 13.77 และพบว่าพฤติกรรมการบริโภคอาหารเค็มระดับปกติ ร้อยละ 62.08 และร้อยละ 37.92 ที่อยู่ในระดับสูงกว่าปกติ

สำหรับค่าอัตราการกรองของไต (eGFR) พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ย 48.54 mL/min/1.73 m^2 (S.D.=30.35) ซึ่งโดยรวมอยู่ในเกณฑ์โรคไตเรื้อรังระยะที่ 3a เมื่อจำแนกตามระยะ พบว่าผู้ที่มีภาวะโรคไตเรื้อรังส่วนใหญ่อยู่ใน CKD ระยะที่ 3 ร้อยละ 31.43 รองลงมาคือระยะที่ 2 ร้อยละ 17.66 และระยะที่ 1 ร้อยละ 17.40 ขณะที่มีผู้ป่วยในระยะรุนแรง ได้แก่ ระยะที่ 4 ร้อยละ 16.37 และระยะที่ 5 ร้อยละ 17.14

2. ระดับการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพและการรับรู้ความสามารถของตนเองของผู้ที่มีภาวะโรคไตเรื้อรัง

ผลการศึกษาระดับการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในพื้นที่ชุมชนลดเค็ม จังหวัดอุทัยธานี 385 คน พบว่าภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}$=2.61, S.D.=0.73) ผลการวิเคราะห์รายด้านพบว่า ด้านการรับรู้ถึงความเสี่ยงของโรคมีค่าเฉลี่ยระดับปานกลาง ($\bar{x}$=2.53, S.D.=0.94) ด้านการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคมีค่าเฉลี่ย

ระดับปานกลาง ($\bar{x}$=2.70, S.D.=1.08) ด้านการรับรู้ถึงประโยชน์ของพฤติกรรมสุขภาพมีค่าเฉลี่ยระดับปานกลาง ($\bar{x}$=2.60, S.D.=0.74) และด้านการรับรู้อุปสรรคมีค่าเฉลี่ยระดับปานกลาง ($\bar{x}$=2.62, S.D.=0.77) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของปัจจัยการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ที่มีภาวะ โรคไตเรื้อรัง จำแนกตามรายด้าน (n=385)

การรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ	$\bar{x}$	S.D.	แปลผล
1. ด้านการรับรู้ถึงความเสี่ยงของโรค	2.53	0.94	ปานกลาง
2. ด้านการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค	2.70	1.08	ปานกลาง
3. ด้านการรับรู้ถึงประโยชน์ของพฤติกรรมสุขภาพ	2.60	0.74	ปานกลาง
4. ด้านการรับรู้ถึงอุปสรรค	2.62	0.77	ปานกลาง
รวม	2.61	0.73	ปานกลาง

ผลการศึกษาระดับการรับรู้ความสามารถของตนเอง พบว่าภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}$=2.88, S.D.=0.60) ผลการวิเคราะห์แยกรายด้านพบว่า ด้านประสบการณ์ความสำเร็จมีค่าเฉลี่ยระดับปานกลาง ($\bar{x}$=2.89, S.D.=0.88) ด้านการสังเกตผู้อื่นมีค่าเฉลี่ยระดับปานกลาง ($\bar{x}$=2.87, S.D.=0.76) ด้านการได้รับการสนับสนุนมีค่าเฉลี่ยระดับปานกลาง ($\bar{x}$=2.70, S.D.=0.85) และด้านการจัดการอารมณ์และสภาวะจิตใจมีค่าเฉลี่ยระดับสูง ($\bar{x}$ =3.08, S.D.=0.70) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของปัจจัยการรับรู้ความสามารถตนเองของผู้ที่มีภาวะ โรคไตเรื้อรัง จำแนกตามรายด้าน (n = 385)

การรับรู้ความสามารถตนเอง	$\bar{x}$	S.D.	แปลผล
1. ด้านประสบการณ์ความสำเร็จ	2.89	0.88	ปานกลาง
2. ด้านการสังเกตผู้อื่น	2.87	0.76	ปานกลาง
3. ด้านการสนับสนุนและการให้กำลังใจ	2.70	0.85	ปานกลาง
4. ด้านการจัดการอารมณ์และสภาวะจิตใจ	3.08	0.70	สูง
รวม	2.88	0.60	ปานกลาง

3. ผลการวิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีผลต่อค่าอัตราการกรองของไต

ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Multiple Linear Regression Analysis) เลือกวิธี Enter พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีผลต่อค่าอัตราการกรองของไต (eGFR) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ 0.05 ได้แก่ อายุ (β= -1.236, p<0.001) และ พฤติกรรมการกินอาหารเค็ม (β= -6.885, p<0.001) ซึ่งทั้งสองปัจจัยมีผลทางลบต่อค่า eGFR กล่าวคือ อายุที่เพิ่มขึ้นทุก 1 ปี ส่งผลให้ค่า eGFR ลดลงเฉลี่ย 1.236 mL/min/1.73 m² และการบริโภคอาหารเค็มเพิ่มขึ้นมีผลให้ค่า GFR ลดลงเฉลี่ย 6.885 mL/min/1.73 m² และปัจจัยที่ไม่มีผลต่อค่า eGFR ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา ดัชนีมวลกาย อาชีพ/รายได้ จำนวนสมาชิกในครอบครัว โรคร่วม การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ และการออกกำลังกาย ดังแสดงในตาราง

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคลที่ส่งผลต่อค่าอัตราการกรองของไต (n=385)

ตัวแปร	β	SE	beta	t	p-value
Constant	192.159	8.603		22.337	0.000
เพศ	-1.256	2.158	-0.021	-0.582	0.561

ตัวแปร	β	SE	beta	t	p-value
อายุ	-1.236	0.096	-0.450	-12.826	0.000**
ระดับการศึกษา	-0.767	2.437	-0.010	-0.315	0.753
ดัชนีมวลกาย	-0.052	0.235	-0.007	-0.221	0.825
อาชีพ/รายได้	3.735	2.012	0.061	1.856	0.064
จำนวนสมาชิกในครอบครัว	-0.196	0.511	-0.012	-0.384	0.701
โรคร่วม	-2.316	3.126	-0.024	-0.741	0.459
การสูบบุหรี่	-3.231	3.649	-0.039	-0.886	0.376
การดื่มแอลกอฮอล์	1.830	3.710	0.021	0.493	0.622
การออกกำลังกาย	-0.775	1.927	-0.013	-0.402	0.688
พฤติกรรมการกินอาหารเค็ม	-6.885	0.504	-0.476	-13.671	0.000**
$R = 0.812$, $R^2 = 0.660$, $R^2_{adj} = 0.649$, $SE_{EST} = 17.968$, $F = 65.679$, p-value < 0.001					

** p-value < 0.01

จากผลการวิเคราะห์ พบว่าสมการถดถอยที่ได้สามารถอธิบายความแปรปรวนของค่าอัตราการกรองของไตได้ร้อยละ 66.0 ($R^2 = 0.660$, Adjusted $R^2 = 0.649$) โดยมีค่า $F = 65.68$, $p < 0.001$ แสดงว่าสมการถดถอยมีความเหมาะสมและมีนัยสำคัญทางสถิติ

4. ผลการวิเคราะห์ปัจจัยการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพและการรับรู้ความสามารถของตนเองที่มีผลต่ออัตราการกรองของไต

ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (Multiple Linear Regression Analysis) เลือกวิธี Stepwise ซึ่งกำหนดเกณฑ์การนำตัวแปรเข้าสู่สมการไว้ที่ $p < 0.05$ และเกณฑ์การนำตัวแปรออกจากสมการไว้ที่ $p > 0.10$ พบว่า มีปัจจัยด้านการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพและการรับรู้ความสามารถของตนเองรวมจำนวน 13 ตัวแปรที่ผ่านเกณฑ์และคงอยู่ในสมการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ตัวแปรดังกล่าวประกอบด้วย

(1) ปัจจัยการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ ได้แก่ หากละเลยการตรวจติดตามค่าการทำงานของไตอาจทำให้เสี่ยงที่จะเกิดภาวะไตเสื่อม (X_3), ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังหากไม่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและระดับความดันโลหิต มีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดภาวะไตเสื่อมมากขึ้น (X_4), การไม่รับประทานยาตามแพทย์สั่งอย่างต่อเนื่อง อาจนำไปสู่ภาวะไตเสื่อมในระยะเวลาอันใกล้ (X_5), หากต้องฟอกไตจะไม่สามารถประกอบอาชีพหรือดูแลครอบครัวได้เหมือนเดิม (X_{10}), การไม่ดื่มแอลกอฮอล์สามารถลดภาระการทำงานของไตและทำให้โรคไตเรื้อรังดีขึ้น (X_{12}), ยังขาดความรู้ที่ชัดเจนเกี่ยวกับอาหารที่ควรหลีกเลี่ยงในการดูแลตนเองผู้ป่วยโรคไต (X_{16}), การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เช่น การลดเค็มหรือควบคุมอาหาร เป็นเรื่องยากและน่าเบื่อ (X_{17}) และ ค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพ เช่น ค่าอาหาร ค่าเดินทางไปโรงพยาบาล เป็นอุปสรรคในการดูแลสุขภาพ (X_{20})

(2) ปัจจัยการรับรู้ความสามารถของตนเอง ได้แก่ เคยสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตหรือระดับน้ำตาลในเลือดได้ตามเป้าหมายที่แพทย์แนะนำ (X_{21}), มีความมั่นใจมากขึ้นในการดูแลตนเองเพราะเคยผ่านประสบการณ์ที่สามารถดูแลสุขภาพได้ด้วยตนเอง (X_{25}), เมื่อรู้สึกเครียดหรือวิตกกังวลมักจะไม่สามารถดูแลสุขภาพตนเองได้ดีเท่าที่ควร (X_{36}), อารมณ์เศร้าหรือท้อแท้ทำให้ละเลยการควบคุมอาหารและการปฏิบัติตัวตามคำแนะนำของแพทย์ (X_{37}) และ สามารถควบคุมอารมณ์ตนเองได้เมื่อต้องเผชิญกับความเครียดจากการเป็นโรคไตเรื้อรัง (X_{39})

โดยตัวแปรทั้ง 13 ตัวร่วมกันมีอำนาจกำหนดความแปรปรวนของค่าอัตราการกรองของไตได้ร้อยละ 61.7 (R^2 = 0.617, Adjusted R^2 = 0.616, F = 615.745, p < 0.001) ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพและการรับรู้ความสามารถของตนเอง กับค่าอัตราการกรองของไต (n=385)

ตัวแปร	β	SE	beta	t	p-value
Constant	-56.845	2.513		-22.625	0.000
X_3	3.934	0.839	0.138	4.689	0.000
X_4	3.662	0.891	0.112	4.111	0.000
X_5	1.985	0.841	0.069	2.361	0.019
X_{10}	2.989	0.733	0.113	4.076	0.000
X_{12}	5.736	0.715	0.167	8.022	0.000
X_{16}	1.504	0.588	0.053	2.557	0.011
X_{17}	1.343	0.615	0.047	2.184	0.030
X_{20}	-2.406	0.603	-0.079	-3.990	0.000
X_{21}	2.891	0.794	0.099	3.639	0.000
X_{25}	7.814	0.722	0.263	10.823	0.000
X_{36}	2.137	1.136	0.063	1.880	0.031
X_{37}	4.229	0.948	0.125	4.463	0.000
X_{39}	2.479	0.931	0.063	2.663	0.008
$R = 0.785$, $R^2 = 0.617$, $R^2_{adj} = 0.616$, $SE_{EST} = 18.818$, $F = 615.745$, p-value < 0.001					

สรุปและอภิปรายผลวิจัย

การศึกษาพบว่าผู้ที่มีภาวะโรคไตเรื้อรังพื้นที่ชุมชนลดเค็ม จังหวัดอุทัยธานี ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ การศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา ที่มีภาวะโรคร่วม โดยเฉพาะความดันโลหิตสูงและเบาหวาน พฤติกรรมสุขภาพส่วนใหญ่ไม่ออกกำลังกาย ไม่สูบบุหรี่ และไม่ดื่มแอลกอฮอล์ และการกินเค็มในระดับปกติ สำหรับค่าอัตราการกรองของไต (eGFR) เฉลี่ยอยู่ในระยะที่ 3a ลักษณะดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่าผู้สูงอายุและผู้ที่มีโรคประจำตัวเป็นกลุ่มเสี่ยงสำคัญของภาวะไตเรื้อรัง ซึ่งสอดคล้องกับรายงานของ Hill et al.[2] ที่พบว่า CKD พบมากในกลุ่มอายุเกิน 60 ปี

ระดับการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพและระดับการรับรู้ความสามารถของตนเองอยู่ในระดับปานกลางเป็นหลัก โดยเฉพาะการรับรู้ด้านความรุนแรงและอุปสรรค ยังเป็นประเด็นที่ต้องให้ความสำคัญในการกำหนดมาตรหรือแนวทางการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ โดยจุดแข็งที่สำคัญคือการจัดการอารมณ์และสภาวะจิตใจที่อยู่ในระดับสูง ผลนี้สะท้อนองค์ประกอบของ Health Belief Model ที่ว่า ‘การรับรู้อุปสรรค’ เป็นตัวแปรสำคัญที่กำหนดพฤติกรรมสุขภาพ หากบุคคลเห็นว่าอุปสรรคสูง จะลดโอกาสในการปรับพฤติกรรมแม้จะรับรู้ถึงประโยชน์ของการลดเค็มก็ตาม[8]

อายุ มีผลเชิงลบกับค่า eGFR อย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งสอดคล้องกับงานของ Coresh et al[15] ที่ระบุว่าอัตราการเสื่อมของไตเพิ่มขึ้นตามอายุ และงานวิจัยในไต้หวันและญี่ปุ่นยังรายงานผลเช่นเดียวกันว่า ผู้สูงอายุเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเข้าสู่โรคไตเรื้อรังระยะรุนแรงเร็วกว่ากลุ่มวัยกลางคน[3] แม้การศึกษานี้ไม่สามารถระบุเหตุผลโดยตรงได้ แต่สะท้อนความจำเป็นของการดูแลสุขภาพไตในผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง

พฤติกรรมการกินเค็ม พบว่ามีผลทางลบกับค่า eGFR อย่างมีนัยสำคัญ โดยการเค็มหรือได้รับโซเดียมปริมาณสูงขึ้นส่งผลให้ค่า eGFR ลดลง สอดคล้องการศึกษาศึกษาในยุโรปและเอเชียพบว่าการได้รับโซเดียมสูงทำให้ความดันโลหิตเพิ่มขึ้นและเร่งการเสื่อมของไต[5] และงานวิจัยในสหรัฐอเมริกาที่พบว่าผู้ป่วย CKD ที่ลดการบริโภคโซเดียมสามารถชะลอการเสื่อมของไตได้[7] ผลนี้สอดคล้องกับยุทธศาสตร์การลดการบริโภคเกลือและโซเดียมแห่งชาติ พ.ศ. 2559–2568 ของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งตั้งเป้าลดปริมาณโซเดียมของคนไทยลงร้อยละ 30 ภายในปี 2568 ในพื้นที่ชุมชนลดเค็มของประเทศไทยการกินอาหารรสจัดและเค็มเป็นวัฒนธรรมที่แพร่หลาย ผลการวิจัยนี้แสดงถึงความสำคัญของการดำเนินโครงการ “ชุมชนลดเค็ม” อย่างต่อเนื่อง

การรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพที่มีผลต่อ eGFR ได้แก่ การรับรู้ถึงความเสี่ยง ความรุนแรงของโรค ประโยชน์ของการปฏิบัติ และอุปสรรคในการดูแลตนเอง ทั้งสี่ด้านเป็นไปตามองค์ประกอบของ Health Belief Model ซึ่งอธิบายว่าความเชื่อเหล่านี้เป็นแรงขับภายในที่กำหนดการตัดสินใจในการปรับพฤติกรรมสุขภาพ[8] โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ผู้ที่มีภาวะโรคไตเรื้อรังที่ตระหนักถึง ความเสี่ยงของโรค เช่น “หากละเลยการตรวจติดตามค่าการทำงานของไตจะเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะไตเสื่อม” หรือรับรู้ถึง ความรุนแรงของผลลัพธ์ เช่น “หากต้องฟอกไตจะสูญเสียความสามารถในการทำงานและภาระครอบครัว” จะมีแรงจูงใจสูงในการปรับพฤติกรรม

สอดคล้องกับงานของ นุชพร ดุมใหม่[9] ที่พบว่าผู้ที่มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคและประโยชน์ของการปฏิบัติสูงมีแนวโน้มชะลอการเสื่อมของไตได้ดีกว่ากลุ่มที่รับรู้ต่ำ ขณะที่ การรับรู้อุปสรรค เช่น “ค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพ” หรือ “การปรับอาหารเป็นเรื่องยาก” เป็นตัวแปรที่ลดค่าอัตราการกรองของไตอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งสอดคล้องกับ Suphaporn และ Srisuphan[16] ที่ระบุว่าผู้ป่วยที่มองว่ามีอุปสรรคสูงจะมีการปฏิบัติตามคำแนะนำทางสุขภาพต่ำกว่า 2 เท่า การจัดการอุปสรรคเหล่านี้จึงควรเป็นส่วนหนึ่งของนโยบายชุมชน เช่น การลดต้นทุนการเดินทาง การส่งเสริมระบบ “คลินิกใกล้บ้าน” หรือการจัดอบรมทำอาหารลดเค็มในครัวเรือน ดังนั้น การเสริมสร้างการรับรู้ทั้ง 4 ด้านตาม Health Belief Model จะช่วยเพิ่มแรงจูงใจในการปรับพฤติกรรม และนำไปสู่การชะลอการเสื่อมของไตในระยะยาว

การรับรู้ความสามารถของตนเองที่มีผลต่อค่าอัตราการกรองของไต โดยเฉพาะด้านประสบการณ์ความสำเร็จ และ การจัดการอารมณ์และสภาวะจิตใจ เป็นไปตามทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเอง (Self-efficacy) ของ Bandura[11] ที่ระบุว่าความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองเป็นตัวกำหนดระดับความพยายามและความต่อเนื่องในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ผลการศึกษาพบว่า ผู้ที่มีภาวะโรคไตเรื้อรังที่เคยประสบความสำเร็จในการควบคุมความดันโลหิตและระดับน้ำตาลในเลือด มีแนวโน้มรักษาค่าอัตราการกนองของไตได้ดีกว่าผู้ที่ไม่เคยประสบความสำเร็จ เพราะเกิดการเรียนรู้จากประสบการณ์ตรง ทำให้เกิด “แรงเสริมเชิงบวก” ต่อการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง

สอดคล้องกับ Moktan et al.[12] ที่พบว่าผู้ป่วย CKD ระยะ 1-4 ที่มีระดับการรับรู้ความสามารถตนเองสูง มีการจัดการตนเองได้ดีและชะลอการลดลงของอัตราการกรองของไตได้ดีกว่า ขณะเดียวกันผู้ที่มีภาวะโรคไตเรื้อรังที่สามารถควบคุมอารมณ์ในภาวะเครียดหรือวิตกกังวลได้ เช่น การไม่ปล่อยให้ความท้อแท้ทำให้ละเลยการควบคุมอาหาร จะมีแนวโน้มรักษาการทำงานของไตได้ดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับ Mirmazhari et al.[13] ที่รายงานว่าการสนับสนุนทางจิตใจและการจัดการอารมณ์ช่วยเพิ่มระดับการรับรู้ความสามารถของตนเองและพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยฟอกไต

สาเหตุที่ปัจจัยด้านอารมณ์และประสบการณ์มีผลสูงในบริบทของชุมชนลดเค็ม อาจเนื่องจากผู้ป่วยได้รับแรงสนับสนุนจากบุคลากรสาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และเพื่อนร่วมกลุ่มที่มีประสบการณ์ร่วม ทำให้เกิด “การเรียนรู้จากแบบอย่าง (Vicarious experience)” และ “การสนับสนุนทางสังคม (Social persuasion)” ซึ่งเป็นกลไกตาม Self-efficacy ที่ช่วยเสริมความเชื่อมั่นและแรงจูงใจอย่างยั่งยืน[11]

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะอันทรงคุณค่า ขอขอบคุณ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี โรงพยาบาล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่ที่ให้การสนับสนุนการเก็บข้อมูลภาคสนาม และอาสาสมัครทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Global health estimates 2020: Deaths by cause, age, sex, by country and by region, 2000–2019. Geneva: WHO; [cited 2025 Jul 27]. Available from: https://www.who.int/data/global-health-estimate
2. Hill NR, Fatoba ST, Oke JL, Hirst JA, O'Callaghan CA, Lasserson DS, Hobbs FDR. Global prevalence of chronic kidney disease – A systematic review and meta-analysis. PLoS One. 2021;16(7):e0255522. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0255522
3. Hsu CY, Bansal N, Xie D. Aging and kidney function decline: A longitudinal cohort study of elderly patients with chronic kidney disease. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2020;75(6):1023–1031. https://doi.org/10.1093/gerona/glz136
4. กรมควบคุมโรค. แนวทางการดำเนินงานลดการบริโภคเกลือและโซเดียมระดับจังหวัด. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2566.
5. Ikizler TA, Robinson-Cohen C, Hsu CY. Sodium intake and its effect on CKD progression. Am J Kidney Dis. 2020;75(4):507–516. https://doi.org/10.1053/j.ajkd.2019.08.017
6. การประชุมคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) อำเภอหนองฉาง จังหวัดอุทัยธานี ครั้งที่ 1/2567; 6 กุมภาพันธ์ 2567; ห้องประชุมสำนักงานสาธารณสุขอำเภอหนองฉาง. อุทัยธานี: สำนักงานสาธารณสุขอำเภอหนองฉาง; 2567.
7. He J, Mills KT, Appel LJ, Yang W, Chen J, Lee BT, et al. Urinary sodium and potassium excretion and CKD progression. *J Am Soc Nephrol.* 2016;27(4):1202–12. doi:10.1681/ASN.2015010022.
8. Becker MH. The health belief model and personal health behavior. Health Educ Monogr. 1974;2(4):324–473. https://doi.org/10.1177/109019817400200407
9. นุชพร ดุมใหม่. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมชะลอความเสื่อมของไตในผู้ที่มีภาวะไตเรื้อรังระยะที่ 1–3 [อินเทอร์เน็ต][ปริญญานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. ชลบุรี: คณะพยาบาลศาสตร์ สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยบูรพา; 2565. [เข้าถึงเมื่อ 16 ต.ค. 2567]. เข้าถึงได้จาก https://ir.buu.ac.th/dspace/bitstream/1513/557/1/62910009.pdf
10. ภทรพรรณ อุณาภาค, ขวัญชัย รัตนมณี. พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ส่งผลต่อโรคไตเรื้อรัง. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์. 2564;43(2):110–123.
11. Bandura A. *Self-efficacy: The exercise of control.* New York: W. H. Freeman; 1997.
12. Moktan S, Leelacharas S, Prapaipanich W. Knowledge, self-efficacy, and self-management behavior of the patients with predialysis chronic kidney disease. Rama Med J. 2019;42(2):38–45. https://doi.org/10.33165/rmj.2019.42.2.119901

13. Mirmazhari R, Ghafourifard M, Sheikhalipour Z. Relationship between patient activation and self-efficacy among patients undergoing hemodialysis: A cross-sectional study. Ren Replace Ther. 2022;8(40):1–11. https://doi.org/10.1186/s41100-022-00431-6
14. Daniel WW, Cross CL. *Biostatistics: A foundation for analysis in the health sciences.* 11th ed. Hoboken (NJ): Wiley; 2019.
15. Coresh J, Matsushita K, Sang Y, Ballew SH, de Jong PE. The global burden of chronic kidney disease: Improving diagnosis and treatment. Lancet. 2019;394(10211):1509–1524. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)31176-1
16. Suphaporn T, Srisuphan W. Factors influencing self-care behavior among patients with chronic diseases in community hospitals. Thai J Nurs Res. 2020 Jan-Mar;24(1):45-57

Received: 12 Oct.2025, Revised: 6 Nov. 2025
Accepted: 23 Dec.2025

บทความวิจัย

การประเมินโครงการพัฒนาศักยภาพและส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ตำบลบ้านควน อำเภอหลังสวน จังหวัดชุมพร

ชวิศา แสงผึ้ง[1] อารยา ประเสริฐชัย[2] ธีระวุธ ธรรมกุล[2]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ประเมินบริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการดำเนินงาน และผลผลิตของโครงการ 2) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างบริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการดำเนินงาน และผลผลิตของโครงการ และ 3) เพื่อศึกษาปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ ในการดำเนินโครงการพัฒนาศักยภาพและส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ตำบลบ้านควน อำเภอหลังสวน จังหวัดชุมพร กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 316 ราย ได้มาจากการสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ (Stratified Random Sampling) เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามตามแบบจำลองซิปป์โมเดล มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.91 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน

ผลการศึกษา พบว่า 1) ภาพรวมของการประเมินผลโครงการทั้ง 4 ด้านอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 4.05, S.D = 0.485$) โดยด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ ด้านกระบวนการ ($\bar{x} = 4.13, S.D = 0.554$) และด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือ ด้านปัจจัยนำเข้า ($\bar{x} = 3.93, S.D = 0.561$) 2) ปัจจัยด้านบริบท ด้านปัจจัยนำเข้าและกระบวนการมีความสัมพันธ์กับปัจจัยด้านผลผลิต ในระดับสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (r อยู่ระหว่าง 0.621-0.686) และ 3) ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ ด้านการสนับสนุนทรัพยากร งบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ แผนงานและขั้นตอนการทำกิจกรรมยังไม่ชัดเจน และต้องการพัฒนาเพื่อให้การดำเนินโครงการพัฒนาศักยภาพและส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในปีต่อๆ ไปมีประสิทธิภาพและสอดคล้องความต้องการของผู้สูงอายุ

คำสำคัญ การประเมินผลโครงการ แบบจำลองซิปป์ (CIPP Model) ผู้สูงอายุ การพัฒนาศักยภาพและส่งเสริมสุขภาพ

[1*]นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต วิชาเอกบริหารสาธารณสุข มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
[2]รองศาสตราจารย์ สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
[*] Corresponding author E-mail: aomchawisa@gmail.com

Original Article

The Evaluation of Potential Development and Health Promotion of the Elderly Tumbon Bankuan, Amphoe Langsuan, Chumphon Province

Chawisa Sangphueng[1] Araya Prasertchai[2] Theerawut Thammakun[3]

Abstract

This research aims to: 1) evaluate the context, inputs, processes, and products of the project; 2) analyze the relationship between the project context, input, process, and product of the project; and 3) study the problems, obstacles, and recommendations in the implementation of the project to develop the potential development and health promotion of the elderly in Tumbon Bankuan, Amphoe Langsuan, Chumphon Province. The sample group consisted of 316 elderly individuals aged 60 years and older, obtained through stratified random sampling. The data was collected using a questionnaire based on the CIPP model, evaluating four main themes: context, input, process, and products, with a Cronbach's alpha coefficient of 0.910. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, and inferential

The results of the study found that: 1) The overall evaluation of the project across all four areas was at a high level ($\bar{x} = 4.05, S.D = 0.485$) the aspect with the highest average score is the process ($\bar{x} = 4.13$, $S.D = 0.554$) And the aspect with the lowest average is the input ($\bar{x} = 3.93$, $S.D = 0.561$) 2) all context, input, and process were related to the output factors of project evaluation at a high level, with statistical significance at the 0.01 level (r is between 0.621-0.686) and 3) problems, obstacles, and suggestions regarding resource support, budget, materials, equipment, plans, and steps for carrying out activities were still unclear and needed for the project to develop the potential and promote the health of the elderly in the following years to be effective and consistent with the needs of the elderly.

Keywords: Project evaluation, Elderly, CIPP Model Potential development and Health Promotion

[1*] Master of Public Health (Public Health Adminnistration) School of Health Science, Sukhothai Thammathirat Open University

[2] Associate Professor, (Research and Publish health) School of Health Science, Sukhothai Thammathirat Open University

[*] Corresponding author E-mail: aomchawisa@gmail.com

บทนำ

องค์การสหประชาชาติได้เปิดเผยการรายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุโลกว่า ปัจจุบัน 1 ใน 9 ประชากรโลกมีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้น และมีแนวโน้มจะเพิ่มเป็น 1 ใน 5 ภายในปีพ.ศ.2593 (ค.ศ.2050) โดยในช่วงปี 2001-2100 จะเป็นศตวรรษแห่งผู้สูงอายุ กล่าวคือ มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 10 ของประชากรทั้งหมด หรือมี ประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 7 ของประชากรทั้งหมด องค์การอนามัยโลก (World Health Organization) คาดการณ์ว่าในปี พ.ศ.2593 (ค.ศ.2050) จำนวนประชากรของผู้สูงอายุทั่วโลกที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป จะเพิ่มสัดส่วนเป็นเท่าตัว จาก 605 ล้านคน หรือ ร้อยละ 11 ของจำนวนประชากรโลกทั้งหมดเป็น 2 พันล้านคน หรือร้อยละ 22 กล่าวโดยสรุปคือ “1 ใน 5 ของประชากรโลกจะมีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป” นั้นหมายความว่า สังคมโลกกำลังจะกลายเป็นสังคมแห่งผู้สูงอายุ[1]

ข้อมูลสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย (พ.ศ.2564) โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า ลักษณะการอยู่อาศัยของผู้สูงอายุ โดยผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียวร้อยละ 12 และอยู่ลำพังกับคู่สมรสร้อยละ 21.1 มีแนวโน้มที่จะเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง[2] ซึ่งทำให้ปัจจุบันไทยเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ (Aged Society) ตั้งแต่ปี 2565 ประเทศไทยมีประชากรผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป 13 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 19 ของประชากรทั้งหมด[3] กรมกิจการผู้สูงอายุได้มีแนวทางการดำเนินโครงการสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด (พมจ.) กองส่งเสริมศักยภาพผู้สูงอายุ โดยมีงบประมาณจัดสรรให้แต่ละจังหวัดมีการเกิดขึ้นของโรงเรียนผู้สูงอายุให้สอดคล้องกับแผนปฏิบัติการด้านผู้สูงอายุ ฉบับที่ 2 (พ.ศ.2545-2565) ฉบับปรับปรุง ครั้งที่ 2 (พ.ศ.2563) และพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ.2546 [4]

รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุจังหวัดชุมพรในปี พ.ศ.2568 มีทั้งหมด 106,385 คน คิดเป็นร้อยละ 20.94 ซึ่งได้ก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์[4] แผนพัฒนาจังหวัดชุมพร พ.ศ.2567-2570 ได้มีการจัดทำแผนในการส่งเสริมศักยภาพผู้สูงอายุ โดยมีเป้าหมายให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น มีความมั่นคงในชีวิต มีทักษะการดำรงชีวิต เรียนรู้พัฒนาตลอดชีวิต มีส่วนร่วมในการจัดทำกิจกรรมสังคม[5] ประชากรผู้สูงอายุตำบลบ้านควนมีจำนวนทั้งหมด 1,790 คน คิดเป็นร้อยละ 28.49 ของประชากรทั้งหมด ซึ่งเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์และเล็งเห็นให้ผู้สูงอายุมีการเตรียมความพร้อมเพื่อก้าวสู่วัยสูงอายุได้อย่างมีคุณภาพ มีความรู้ ความเข้าใจ ในการวางแผนชีวิตตนเองในแต่ละด้าน ได้แก่ ด้านสุขภาพ ด้านสังคม ด้านเศรษฐกิจ ด้านสภาพแวดล้อม และด้านเทคโนโลยี และก้าวสู่การเป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ จึงทำให้มีการจัดโครงการพัฒนาศักยภาพและส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ตำบลบ้านควน อำเภอหลังสวน จังหวัดชุมพร ซึ่งปัจจุบันโครงการฯ ดังกล่าวได้มีการดำเนินการทุกปีแต่ยังไม่มีการประเมินโครงการอย่างเป็นระบบและไม่มีข้อมูลว่าโครงการมีประสิทธิภาพและมีข้อดีและข้อเสียที่ควรจะปรับปรุง แก้ไขอย่างไร ผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการประเมินโครงการดังกล่าวเพื่อใช้ข้อมูลในการตัดสินใจ (Decision-Oriented Evaluation Model) ตามแบบจำลองซิปป์ (CIPP Model) ของสตัฟเฟิลบีมในทุกหน่วยระบบโครงการ ได้แก่ บริบท (Context) ปัจจัยนำเข้า (Input) กระบวนการ (Process) และผลผลิต (Product)[5] ซึ่งเป็นวิธีที่เหมาะสมและครอบคลุมผลการประเมินในทุกๆ องค์ประกอบ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการจัดโครงการพัฒนาศักยภาพและส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ในครั้งต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อประเมินบริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการดำเนินงาน และผลผลิตของโครงการพัฒนาศักยภาพและส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ
2. เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างบริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการดำเนินงาน ที่มีต่อผลผลิตของโครงการพัฒนาศักยภาพและส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ
3. เพื่อศึกษาปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ ในการดำเนินโครงการพัฒนาศักยภาพและส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปริมาณและการศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive study)

กลุ่มประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุที่ทีอายุ 60 ปีขึ้นไปที่อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบของตำบลบ้านควน อำเภอหลังสวน จังหวัดชุมพร จำนวน 18 หมู่บ้าน รวมทั้งหมด 1,790 คน

กลุ่มตัวอย่าง

การเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้การสุ่มตัวอย่างแบบใช้ความน่าจะเป็น (Probability Sampling) โดยการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย และจะใช้การหาขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรของเครซี่และมอร์แกน[6]

$$\frac{3.841x1{,}790(0.5)(1-0.5)}{0.05^2(1790-1)+3.841(0.5)(1-0.5)}$$

n = 316.55

<u>เกณฑ์การคัดเข้า-คัดออก</u>

1) ประชากรที่มีอายุ 60 ปี ขึ้น ที่อาศัยอยู่ในเขตตำบลบ้านควน อำเภอหลังสวน จังหวัดชุมพรเป็นเวลา 6 เดือนขึ้นไป

2) สามารถเข้าร่วมกิจกรรมในโครงการดังกล่าวได้

3) ใช้วิธีการสัมภาษณ์ตามแบบสอบถาม

จากการการหาขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรของเครซี่และมอร์แกน (Krejcie and Morgan,1970) กลุ่มตัวอย่างมีทั้งหมด 316 คน = 316/18=17.55 และใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ (Stratified Random Sampling) จึงได้ผู้สูงอายุประชากรผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปในเขตตำบลบ้านควน

ตารางที่ 1 จำนวนประชากรผู้สูงอายุแต่ละหมู่บ้านของตำบลบ้านควน อำเภอหลังสวน จังหวัดชุมพร

หมู่บ้าน	จำนวน (คน)	หมู่บ้าน	จำนวน (คน)
หมู่ที่ 1 บ้านเขาวอ	17	หมู่ 10 คลองขนาน	18
หมู่ที่ 2 บ้าหนองสิต	17	หมู่ 11 บ้านวัดเหนือ	18
หมู่ที่ 3 บ้านวัดใหญ่	17	หมู่ 12 บ้านคลองกก	18
หมู่ที่ 4 บ้านหนองโพธิ์	18	หมู่ 13 บ้านทุ่งขุนพรหม	18
หมู่ที่ 5 บ้านช่องสะท้อน	18	หมู่ 14 บ้านควนเหนือ	18
หมู่ที่ 6 บ้านห้วยหอย	18	หมู่ 15 ห้วยนาค	17
หมู่ที่ 7 บ้านทุ่งค้อ	17	หมู่ 16 บ้านทับวัง	17
หมู่ 8 บ้านสถานีเก่า	18	หมู่ 17 บ้านห้วยตาสิงห์	17
หมู่ 9 บ้านทุ่งควน	17	หมู่ 18 บ้านถ้ำเขาเกรียบ	18

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถาม ได้มาจากการศึกษาแนวคิด ทฤษฎี หนังสือทางวิชาการ บทความ วิทยานิพนธ์ รวมถึงงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับรูปแบบการประเมินแบบ CIPP Model กับการดำเนินโครงการพัฒนาศักยภาพและส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ตอน ดังนี้ ตอนที่ 1 ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม เป็นแบบตรวจสอบรายการ (Check list) ตอนที่ 2 ข้อคำถามเกี่ยวกับการดำเนินโครงการพัฒนาศักยภาพและส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุใน 4 ด้าน เป็นแบบสอบถามมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (Likert Scale)ตอนที่ 3 ข้อเสนอแนะในการพัฒนา ปัญหา อุปสรรคแบบสอบถาม ลักษณะเป็นคำถามปลายเปิด ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ซึ่งเป็นการตรวจสอบความสอดคล้องของข้อคำถามในแต่ละข้อว่ามีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์เนื้อหาของตัวแปรที่ต้องการวัดหรือไม่ จากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้ค่า IOC เท่ากับ 0.85 และได้มีการนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญไปทดลอง (Try out) กับ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปที่มีลักษณะของพื้นที่และจำนวนประชากรคล้ายคลึงกันกับกลุ่มประชากรที่ทำการศึกษา จำนวน 30 คน และนำมาคำนวณหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาค (Cronbach’s Alpha Coefficient) มีค่าเท่ากับ 0.910

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยทำหนังสือถึงโรงพยาบาลชุมพรเขตอุดมศักดิ์ เพื่อขอประเมินจริยธรรมการวิจัยและการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้ตอบแบบสอบถาม โดยผ่านคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของโรงพยาบาลชุมพรเขตอุดมศักดิ์ จังหวัดชุมพร
2. ผู้วิจัยขอหนังสือขอเก็บข้อมูลวิจัยจากสาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช หลังจากได้รับอนุญาตเก็บข้อมูลวิจัยจาก ผู้วิจัยประสานไปยังอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตตำบลบ้านควน และประชุมเพื่อหาตัวแทนแต่ละหมู่ๆละ 1 คน และชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับโครงการวิจัย วัตถุประสงค์ของวิจัย
3. เมื่อได้ตัวแทนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตตำบลบ้านควน จัดทำแผนเพื่อลงพื้นที่แต่ละหมู่บ้านและแนะนำตัวพร้อมกับแนะนำอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อธิบายรายละเอียดของโครงการวิจัย วัตถุประสงค์ในการวิจัย รวมถึงชี้แจงผู้เข้าร่วมโครงการเกี่ยวกับจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เช่น สิทธิการตอบหรือไม่ตอบคำถามหากผู้ให้ข้อมูลไม่พร้อมหรือไม่สะดวกใจสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกครั้ง ความเสี่ยงจากการวิจัย การรักษาความลับของข้อมูล การลบหรือทำลายข้อมูล การนำเสนอข้อมูลในภาพรวมด้วยการไม่ระบุชื่อผู้เข้าร่วมวิจัย การไม่เปิดเผยข้อมูลส่วนตัวและรายละเอียดอื่น ๆ ที่เป็นลักษณะเฉพาะเจาะจง และการใช้รหัสแทนชื่อจริง เป็นต้น พร้อมทั้งอธิบายประโยชน์ที่กลุ่มตัวอย่างจะได้รับ และเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมโครงการมีโอกาสตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ
4. เมื่อผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยตกลงยินยอมเข้าร่วมการวิจัยเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยทำการนัดหมายวัน เวลาและวิธีการเก็บข้อมูลวิจัยตามที่กลุ่มตัวอย่างสะดวก โดยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามในรูปแบบเอกสาร
5. การเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามในรูปแบบเอกสาร มีการอบรม อสม. เพื่อให้มีความเข้าใจรายละเอียดของข้อมูลและวิธีการเก็บข้อมูลให้เป็นแบบเดียวกันและป้องกันความคลาดเคลื่อน (Bias) หลังจากตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลแล้วหากพบข้อมูลไม่ครบถ้วนจะทำการประสานเพื่อสอบถามเพิ่มเติมในทันที และผู้วิจัยนำข้อมูลไปวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูลสำหรับการวิจัยครั้งนี้ แบ่งการวิเคราะห์ออกเป็น 2 ขั้นตอน คือ

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน และโรคประจำตัวของผู้สูงอายุ ใช้การหาค่าความถี่ (Freguency) และนำเสนอเป็นค่าร้อยละ (Percentage)

2. วิเคราะห์สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ ใช้สถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการประเมินแบบ CIPP Model กับผลการดำเนินงานของโครงการพัฒนาศักยภาพและส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

จริยธรรมในการวิจัย

ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของโรงพยาบาลชุมพรเขตอุดมศักดิ์ จังหวัดชุมพร เลขจริยธรรมที่ CPH-EC-054/2568 ลงวันที่ 20 เมษายน 2568

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลพบว่าผู้ตอบแบบสอบถาม ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 64.9 โดยมีอายุระหว่าง 60-64 ปี ร้อยละ 25.3 มีการศึกษาประถมศึกษาปีที่ 1-6 ร้อยละ 71.5 ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 75 รายได้อยู่ระหว่าง 0-5,000 บาท ร้อยละ 34.8 และมีโรคประจำตัว ร้อยละ 66.1

2. ผลการศึกษาการประเมินผลโครงการพัฒนาศักยภาพและส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ตำบลบ้านควน อำเภอหลังสวน จังหวัดชุมพร

ความคิดเห็นเกี่ยวกับการประเมินผลโครงการพัฒนาศักยภาพและส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ตำบลบ้านควน อำเภอหลังสวน จังหวัดชุมพร ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก (M = 4.05, SD = 0.485) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านกระบวนการมีค่าเฉลี่ยสูงสุดอันดับแรก (M = 4.13, SD = 0.554) รองลงมา คือ ด้านบริบท (M = 4.09, SD = 0.535) ตามมาด้วย ด้านผลผลิต (M=4.05, SD = 0.568) และสุดท้ายคือ ด้านปัจจัยนำเข้า (M=3.93, SD = 0.561) ตามลำดับ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการประเมินผลโครงการพัฒนาศักยภาพและส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ตำบลบ้านควน อำเภอหลังสวน จังหวัดชุมพร ตามรูปแบบ CIPP Model โดยรวม

รูปแบบการประเมิน CIPP Model	ค่าเฉลี่ย	ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ระดับความคิดเห็น
1. ด้านบริบท	4.09	0.535	มาก
2. ด้านปัจจัยนำเข้า	3.93	0.561	มาก
3. ด้านกระบวนการ	4.13	0.554	มาก
4. ด้านผลผลิต	4.05	0.568	มาก
รวม	**4.05**	**0.485**	**มาก**

2.1 ด้านบริบท (Context) พบว่ามีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก (M = 4.09, SD = 0.535) เมื่อจำแนกเป็นรายข้อพบรายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการประเมินผลโครงการพัฒนาศักยภาพและส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ตำบลบ้านควน อำเภอหลังสวน จังหวัดชุมพร ด้านบริบท (Context)

ด้านบริบท (Context)	ค่าเฉลี่ย	ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ระดับความคิดเห็น
1.รูปแบบในการจัดโครงการพัฒนาศักยภาพและส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุมีความเหมาะสมกับสภาพพื้นที่	4.08	0.654	มาก
2. การกำหนดเป้าหมาย วิธีการดำเนินโครงการเหมาะสม สามารถปฏิบัติได้จริง	3.98	0.647	มาก
3. ผู้บริหารให้ความสำคัญมีการสนับสนุนเชิงนโยบาย	4.02	0.659	มาก
4.วัตถุประสงค์การจัดโครงการสอดคล้องกับความต้องการของชุมชน	4.14	0.671	มาก
5.การดำเนินโครงการมีความจำเป็นกับผู้สูงอายุในการส่งเสริมสุขภาพ	4.25	0.660	มากที่สุด
รวม	**4.09**	**0.535**	**มาก**

2.2 ด้านปัจจัยนำเข้า (Input) พบว่ามีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก (M = 3.93, SD = 0.561) เมื่อจำแนกเป็นรายข้อ พบรายละเอียดดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการประเมินผลโครงการพัฒนาศักยภาพและส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ตำบลบ้านควน อำเภอหลังสวน จังหวัดชุมพร ด้านปัจจัยนำเข้า (Input)

ด้านปัจจัยนำเข้า (Input)	ค่าเฉลี่ย	ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ระดับความคิดเห็น
6.งบประมาณในการดำเนินกิจกรรมในโครงการมีความเพียงพอ	3.76	0.742	มาก
7.บุคลากรมีความรู้ ความเข้าใจเรื่องสุขภาพและส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ	4.17	0.641	มาก
8.การจัดกิจกรรมมีความเหมาะสมต่อผู้เข้าร่วมโครงการ	4.10	0.636	มาก
9.วัสดุอุปกรณ์ เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินโครงการเพียงพอ	3.84	0.749	มาก
10.มีบอร์ดประชาสัมพันธ์และการจัดบริการข่าวสาร	3.78	0.785	มาก
รวม	**3.93**	**0.561**	**มาก**

2.3 ด้านกระบวนการ (Process) พบว่ามีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก (M = 4.13, SD = 0.554) เมื่อจำแนกเป็นรายข้อ พบรายละเอียดดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการประเมินผลโครงการพัฒนาศักยภาพและส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ตำบลบ้านควน อำเภอหลังสวน จังหวัดชุมพร ด้านกระบวนการ (Process)

ด้านกระบวนการ (Process)	ค่าเฉลี่ย	ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ระดับความคิดเห็น
11.หน่วยงานมีการสำรวจข้อมูลผู้สูงอายุในพื้นที่เพื่อเข้าร่วมกิจกรรม	4.10	0.696	มาก
12.หน่วยงานมีการประชาสัมพันธ์ข้อมูลข่าวสาร	3.99	0.730	มาก
13.หน่วยงานมีการกำหนด ขั้นตอน การดำเนินกิจกรรมและแจ้งให้ผู้สูงอายุได้รับทราบ	3.98	0.721	มาก
14. จัดกิจกรรมมีความเหมาะสมและมีความสอดคล้องต่อผู้สูงอายุ	4.21	0.643	มากที่สุด
15.มีผู้นำหมู่บ้าน อสม. เข้ามามีส่วนร่วมในการจัดกิจกรรมตามโครงการ	4.41	0.624	มากที่สุด
รวม	**4.13**	**0.554**	**มาก**

2.4 ด้านผลผลิต (Product) พบว่ามีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก (M = 4.05, SD = 0.568) เมื่อจำแนกเป็นรายข้อ พบรายละเอียดดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการประเมินผลโครงการพัฒนาศักยภาพและส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ตำบลบ้านควน อำเภอหลังสวน จังหวัดชุมพร ด้านผลผลิต (Product)

ด้านผลผลิต (Product)	ค่าเฉลี่ย	ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ระดับความคิดเห็น
16.หน่วยงานสามารถถ่ายทอดความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพให้ผู้สูงอายุเข้าใจง่าย	4.19	0.635	มาก
17.ท่านสามารถออกกำลังกายและดูแลสุขภาพของตนเองได้อย่างถูกวิธี	4.12	0.671	มาก
18.ท่านสามารถนำความรู้ที่ได้จากการอบรมไปใช้กับผู้อื่นได้	3.99	0.728	มาก
19.ท่านสามารถถ่ายทอดความรู้ที่ได้จากการอบรมไปยังผู้อื่นได้	3.88	0.738	มาก
20.ท่านสามารถดูแลและพึ่งพาตนเองได้เมื่อมีอาการเจ็บป่วย	4.04	0.702	มาก
รวม	**4.05**	**0.568**	**มาก**

2.5 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ ด้านบริบท ด้านปัจจัยนำเข้า และด้านกระบวนการกับผลผลิต

พบว่าปัจจัยด้านบริบท ด้านปัจจัยนำเข้าและด้านกระบวนการ ทุกปัจจัยมีความสัมพันธ์กับผลผลิตของการประเมินผลโครงการพัฒนาศักยภาพและส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ตำบลบ้านควน อำเภอหลังสวน จังหวัดชุมพร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p <0.01) โดยปัจจัยด้านบริบท ด้านปัจจัยนำเข้าและด้านกระบวนการมีความสัมพันธ์กับผลผลิตของการประเมินผลโครงการพัฒนาศักยภาพและส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ตำบลบ้านควน อำเภอหลังสวน จังหวัดชุมพร ในระดับสูง พบรายละเอียดดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ ด้านบริบท ด้านปัจจัยนำเข้า และด้านกระบวนการกับผลผลิตของการประเมินผลโครงการพัฒนาศักยภาพและส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ตำบลบ้านควน อำเภอหลังสวน จังหวัดชุมพร

ปัจจัย	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์	*p*-value	ระดับความสัมพันธ์ (Interpretation)
ด้านบริบท	0.629	<0.001*	มีความสัมพันธ์สูง
ด้านปัจจัยนำเข้า	0.621	<0.001*	มีความสัมพันธ์สูง
ด้านกระบวนการ	0.686	<0.001*	มีความสัมพันธ์สูง

***p*-value** <0.01

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาการประเมินผลโครงการพัฒนาศักยภาพและส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ตำบลบ้านควน อำเภอหลังสวน จังหวัดชุมพร พบว่า การประเมินผลโครงการทั้ง 4 ด้านอยู่ในระดับมาก โดยด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือด้านกระบวนการ และด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือ ด้านปัจจัยนำเข้าปัจจัยด้านบริบท ด้านปัจจัยนำเข้าและกระบวนการมีความสัมพันธ์กับปัจจัยด้านผลผลิตในระดับสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

1) ด้านบริบท พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความเห็นว่าการดำเนินโครงการมีความจำเป็นกับผู้สูงอายุในเรื่องการส่งเสริมสุขภาพ ด้วยปัจจุบันจำนวนผู้สูงอายุมีเพิ่มมากขึ้นโดยเฉพาะกลุ่มติดสังคมซึ่งกลุ่มเหล่านี้เป็นกลุ่มที่ชอบทำกิจกรรมเพื่อไม่ให้ตนเองต้องอยู่อย่างโดดเดี่ยวซึ่งส่งผลให้ผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้าได้ ดังนั้นจึงควรมีกิจกรรมให้ผู้สูงอายุได้ทำร่วมกันโดยอาจจะให้ชุมชนตั้งชมรมหรือโรงเรียนผู้สูงอายุในพื้นที่ โดยการจัดโครงการก็มีความสอดคล้องกับวัตุประสงค์และความต้องการของชุมชนซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของวสิน เทียนกิ่งแก้ว[7] ได้ศึกษาการประเมินผลโครงการสร้างเสริมสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดกระบี่ ปี 2554 พบว่าด้านบริบทของโครงการมีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพในชมรมผู้สูงอายุและสอดคล้องกับปัญหาความต้องการของผู้สูงอายุ และสอดคล้องกับงานวิจัยของพงษ์ศักดิ์ ทรัพย์ศิลาทอง [8] ได้ศึกษาเรื่อง การประเมินผลโครงการโรงเรียนผู้สูงอายุเทศบาลตำบลเขาสวนกวาง อำเภอเขาสวนกวาง จังหวัดขอนแก่น ผลการศึกษา พบว่าด้านบริบท (Context) โครงการโรงเรียนผู้สูงอายุมีความเหมาะสม สอดคล้องกับบริบทของสถานการณ์ผู้สูงอายุในพื้นที่อำเภอเขาสวนกวางมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นดังนั้นชมรมผู้สูงอายุในพื้นที่ที่เป็นศูนย์กลางการรวมตัวกันเพื่อจัดกิจกรรมของผู้สูงอายุ

2) ด้านปัจจัยนำเข้า พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความคิดเห็นว่าเรื่องบุคลากรมีความรู้ ความเข้าใจเรื่องสุขภาพและส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและการจัดกิจกรรมมีความเหมาะสมต่อผู้สูงอายุเป็นอย่างมากผู้สูงอายุและการจัดกิจกรรมมีความเหมาะสมต่อผู้สูงอายุเป็นอย่างมาก เพราะว่าการเข้ามาทำกิจกรรมผู้สูงอายุก็คาดหวังที่จะได้ทำกิจกรรมไม่ว่าเรื่องการส่งเสริมสุขภาพหรือกิจกรรมสันทนาการก็ตามซึ่งในเรื่องของวิทยากรก็เป็นสิ่งสำคัญต่อการโน้มน้าวให้ผู้สูงอายุได้สนใจเข้าร่วมกิจกรรมและได้ทำกิจกรรมที่ไม่เกิดความเบื่อหน่าย สนใจที่จะมาเข้าร่วมในครั้งต่อไป พร้อมกับชักชวนผู้อื่นเข้ามาร่วมกิจกรรม

สอดคล้องกับงานวิจัยปริญญาภรณ์ ธนะบุญปวง และจริยา อินทนา [9] ได้ศึกษาการวิจัยประเมินโครงการอบรมหลักสูตรผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ ปีงบประมาณ 2564 พบว่า ด้านปัจจัยนำเข้า ซึ่งก็คือ วิทยากรสอนภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติโดยมีความรู้ความสามารถตรงกับโครงการที่จัด ตนเอง แต่ในส่วนที่ผู้สูงอายุให้ความเห็นน้อยสุดเป็นในเรื่องของงบประมาณที่ใช้ในการจัดกิจกรรม ไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของ อเนก จินดาขัด ได้ศึกษาการประเมินผลโครงการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพคนไทยกลุ่มวัยผู้สูงอายุ ซึ่งด้านปัจจัยนำ มีความพร้อมทั้งด้านบุคลากร งบประมาณมีความเพียงพอต่อการจัดกิจกรรม สามารถตรวจสอบ ติดตาม ควบคุมกำกับได้และไปในทางทิศเดียวกัน เนื่องจากอปท.ในพื้นที่ได้มีการลดงบประมาณในการจัดโครงการดังกล่าวจึงทำให้บางกิจกรรมทางหน่วยงานไม่สามารถจัดตามความต้องการของผู้สูงอายุได้

3) ด้านกระบวนการ พบว่า กระบวนการจัดโครงการดังกล่าวจะประสบความสำเร็จและบรรลุเป้าหมายได้นั้นเกิดจากการมีส่วนร่วมของชุมชนโดยเฉพาะ ผู้นำหมู่บ้าน อสม. ที่เข้ามามีบทบาทในการสนับสนุนให้เกิดชมรมผู้สูงอายุ ให้ผู้สูงได้ทำกิจกรรมร่วมกัน มีความสอดคล้องกับงานวิจัยของอเนก จินดาขัด [10] ได้ศึกษาการประเมินผลโครงการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพคนไทยกลุ่มวัยผู้สูงอายุ ที่พบว่าด้านกระบวนการมีการประสานความร่วมมือกับ อปท. เครือข่ายคณะกรรมการระดับอำเภอ ทีมหมอครอบครัว เครือข่ายในชุมชน เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมพร้อมทั้งสนับสนุนทรัพยากรและงบประมาณมาอย่างต่อเนื่อง และกิจกรรมที่ดำเนินการมีความสอดคล้องต่อความต้องการของผู้สูงอายุ

4) ด้านผลผลิต พบว่าหลังจากทำกิจกรรมผู้สูงอายุมีความเห็นว่าหน่วยงานสามารถถ่ายทอดความรู้เรื่องสุขภาพให้ผู้สูงอายุเข้าใจง่าย ซึ่งการใช้ภาษาที่เข้าใจง่ายหรือการทำสื่อที่อาจใช้รูปภาพในการประกอบการสอนและการใช้ภาษาถิ่นในพื้นที่ดังกล่าว ไม่ใช้ศัพท์ทางวิชาการมากเกินไปทำให้ผู้สูงอายุสามารถนำไปพัฒนาตนเองและนำไปปฏิบัติในชีวิตประจำวันได้ ซึ่งสอดคล้องกับพัชรา อาจอินทร์ และกนกพรรธน์ จรัสวิเศษภรณ์ [11] ได้ศึกษา การประเมินผลหลักสูตรการพัฒนาชมรมผู้สูงอายุรอบรู้ด้านสุขภาพของสถาบันพัฒนาสุขภาวะเขตเมือง พบว่า การได้เข้าร่วมอบรมหลักสูตร การพัฒนาชมรมผู้สูงอายุรอบรู้ด้านสุขภาพของสถาบันพัฒนาสุขภาวะเขตเมือง ทำให้ผู้สูงอายุ ในชมรมมีศักยภาพในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น กิจกรรมในหลักสูตรทำให้ผู้สูงอายุได้รับความรู้ ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพ ได้ฝึกทักษะการสื่อสาร ฝึกทักษะในการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ เกิดแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น ตลอดจน สามารถนำกระบวนการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (6V-Shape) ที่ได้จากการเข้าร่วมอบรม มาประยุกต์ใช้ในการดูแลสุขภาพตนเอง ครอบครัว ชุมชนได้

5. ความสัมพันธ์ปัจจัยด้านกระบวนการกับผลผลิตอยู่ในระดับสูง (r=0.686) พบว่าการมีส่วนร่วมของผู้นำหมู่บ้าน, อสม. มีความเข้มแข็ง ส่งผลโดยตรงต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ ศรีสุดา วงศ์วิเศษกุลและเนตรรัชนี ตั้งภาคภูมิ [12] ได้ศึกษาการประเมินผลโครงการการพัฒนาศูนย์การเรียนรู้เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัยและผู้สูงอายุในชุมชน พบว่าจุดแข็งของการพัฒนาศูนย์การเรียนรู้เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัยและผู้สูงอายุในชุมชนคือการมีส่วนร่วมของแกนนำชุมชน,ผู้นำชุมชนและอสม. ในการดำเนินงานและเพิ่มความเข้มแข็งให้สามารถพึ่งพาตนเองได้

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1.หน่วยงานต้นสังกัดและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ควรพิจารณาจัดสรรงบประมาณเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะในส่วนของวัสดุ อุปกรณ์ทางการแพทย์และสื่อการเรียนรู้

2. นโยบายการสร้างเครือข่ายสุขภาพชุมชนควรผลักดันให้มีการทำงานร่วมกับอสม.และผู้นำชุมชนซึ่งเป็นนโยบายหลักของตำบล

ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติ

1.การออกแบบกิจกรรมแบบมีส่วนร่วม: ก่อนเริ่มโครงการในปีถัดไปควรมีการทำ “ประชาคมผู้สูงอายุ” เพื่อสำรวจความต้องการเฉพาะด้าน (Need Assessment) เพื่อให้วัตถุประสงค์ของโครงการสอดคล้องกับปัญหาจริงในแต่ละหมู่บ้าน

2.หลักสูตรบูรณาการ 4 มิติ: นอกจากการส่งเสริมสุขภาพทางกายควรให้มีการบรรจุเนื้อหาการใช้เทคโนโลยีเบื้องต้น (เช่น การใช้สมาร์ทโฟนเพื่อสุขภาพ) เพื่อลดภาวะซึมเศร้าและเพิ่มการเห็นคุณค่าในตนเอง (Self-esteem)

3.การพัฒนาศักยภาพวิทยากร: ควรมีกิจกรรมเสริมทักษะการสื่อสารให้กับอสม. เพื่อให้เป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงในหมู่บ้าน

ข้อเสนอแนะการวิจัยครั้งต่อไป

1.การวิจัยแบบผสานวิธี (Mixed Methods): ควรมีการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) โดยการสัมภาษณ์เจาะลึกผู้บริหารและเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบโครงการ เพื่อสะท้อนปัญหาเชิงโครงสร้างและอุปสรรคด้านการบริหารจัดการงบประมาณ

2.การศึกษาผลกระทบระยะยาว (Longitudinal Study): ควรมีการติดตามประเมินผลพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุหลังจากจบโครงการไปแล้ว 6 เดือน ถึง 1 ปี เพื่อดูความยั่งยืนของพฤติกรรมสุขภาพที่เปลี่ยนไป

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก และอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วมที่ได้กรุณาให้คำปรึกษา คำแนะนำ ในการทำวิจัยจนกระทั่งเสร็จสมบูรณ์ ผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านซึ่งได้ให้คำปรึกษา ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ในการทำวิจัย นายกองค์การบริหารส่วนตำบลบ้านควนที่อนุญาตให้ลงพื้นที่เก็บข้อมูลและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ให้ความอนุเคราะห์ในการประสานและรวบรวมเอกสารตอบแบบสอบถาม และขอขอบคุณผู้สูงอายุทุกท่านที่ตอบแบบสอบถามเพื่อเป็นประโยชน์อย่างยิ่งในการทำวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. นงนุช เชาวน์ศิลป์. มโนทัศน์เกี่ยวกับการพยาบาลผู้สูงอายุ. นครปฐม: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม; 2563.
2. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุ. สถานการณ์สังคมสูงวัยของประเทศไทย. กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์; 2564.
3. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุ. สถานการณ์สังคมสูงวัยของประเทศไทย. กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์; 2565.
4. สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดชุมพร.(2568).รายงานสถานการณ์ทางสังคมจังหวัดชุมพร ปี 2568. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 13 มิถุนายน 2568]. เข้าถึงได้จาก https://www.dop.go.th/th/know/5
5. Stfflebeam& Shinkfield. Evaluation Theory, Models and Applications. John Wiley and Son; 2007.
6. Krejcie, R.V., & D.W. Morgan. (1970). “Determining Sample Size for Research Activities”. Educational and Psychological Measurement. 30(3): 607 – 610.

7. วสิน เทียนกิ่งแก้ว. การประเมินผลโครงการสร้างเสริมสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดกระบี่ ปี 2554: วิทยาสารทันตสาธารณสุข. 2555; 17(2); 82-96.
8. พงษ์ศักดิ์ ทรัพย์ศิลาทอง.การประเมินผลโครงการโรงเรียนผู้สูงอายุเทศบาลตำบลเขาสวนกวาง อำเภอเขาสวนกวาง จังหวัดขอนแก่น: วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน.2567; 9(2): 717-723.
9. ปริญญาภรณ์ ธนะบุญปวง และจิริยา อินทนา: การวิจัยประเมินผลโครงการอบรมหลักสูตรผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ ปีงบประมาณ 2564 โดยใช้แนวคิดการประเมินของสตัฟเฟิลบีม: วารสารการวัด ประเมินผล สถิติ และการวิจัยทางสังคมศาสตร์.2564; 2(1): 36-46.
10. อเนก จินดาขัด. การประเมินผลโครงการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพคนไทยกลุ่มวัยผู้สูงอายุ ในตำบลต้นแบบดูแลผู้สูงอายุระยะยาวจังหวัดแพร่ [การค้นคว้าอิสระปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์;2561.
11. พัชรา อาจอินทร์ และกนกพรรธน์ จรัสวิเศษภรณ์. (2565). *การประเมินผลหลักสูตรการพัฒนาชมรมผู้สูงอายุรอบรู้ด้านสุขภาพของสถาบันพัฒนาสุขภาวะเขตเมือง.* สืบค้น 13 มิถุนายน 2568 จาก https://mwi.anamai.moph.go.th/th/mwi research/download?id=95676&mid=36865&mkey=m_document&lang=th&did=28107
12. ศรีสุดา วงศ์วิเศษกุล และเนตรรัชนี ตั้งภาคภูมิ: การประเมินผลโครงการการพัฒนาศูนย์การเรียนรู้เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัยและผู้สูงอายุในชุมชน: วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา.2556; 19(2): 31-45

Received: 16 Oct. 2025, Revised: 7 Nov. 2025
Accepted: 17 Nov. 2025

บทความวิจัย

การพัฒนาโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำหรับการจัดเก็บรวบรวมข้อมูลการจัดซื้อในโรงพยาบาลเสาไห้เฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา

สถิตย์ สงสนธิ[1*]

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนา (Research and Development: R&D) ครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาและวิเคราะห์ความต้องการของระบบงานแผนการจัดซื้อจัดจ้างของโรงพยาบาลเสาไห้เฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา และ 2) พัฒนาและประเมินประสิทธิภาพของโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำหรับจัดเก็บและบริหารข้อมูลคำขอซื้อจ้างอย่างเป็นระบบ การวิจัยดำเนินการตามกรอบวงจรการพัฒนาระบบ (System Development Life Cycle: SDLC) ประกอบด้วย 5 ระยะ ได้แก่ การวิเคราะห์ระบบ การออกแบบ การพัฒนา การทดสอบ และการประเมินผล โดยเก็บข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลหลัก 3 ท่าน และทดสอบด้วยชุดข้อมูลจำลอง 1,000 รายการ ซ้ำ 100 ครั้ง

ผลการวิจัยพบว่า ระบบงานเดิมมีปัญหาความซ้ำซ้อน ความคลาดเคลื่อน และความล่าช้าในการจัดทำรายงาน โปรแกรมที่พัฒนาขึ้นด้วย Microsoft Access ซึ่งออกแบบให้เป็นฐานข้อมูลเชิงสัมพันธ์ มี 4 โมดูลหลัก ได้แก่ การบันทึกและแก้ไขคำขอ การสืบค้นข้อมูล การจัดการข้อมูลหลัก และการออกรายงาน ผลการประเมินเชิงเทคนิคพบว่า โปรแกรมมีความถูกต้องของผลลัพธ์ 100% ใช้เวลาในการประมวลผลฐานข้อมูล 0.13 วินาที (S.D. 0.01 วินาที) และลดเวลาการสรุปรายงานการจัดซื้อรวมจาก 5.44 นาทีในระบบเดิม เหลือเพียง 2.27 วินาที สะท้อนถึงประสิทธิภาพและเสถียรภาพของระบบที่พัฒนาขึ้นอย่างชัดเจน

สรุปได้ว่า โปรแกรมที่พัฒนาขึ้นมีประสิทธิภาพสูงทั้งด้านความถูกต้องและความรวดเร็ว สามารถแก้ไขข้อจำกัดของระบบงานเดิมได้อย่างมีนัยสำคัญ และเหมาะสมต่อการนำไปใช้สนับสนุนการจัดทำแผนการจัดซื้อจัดจ้างของหน่วยงานภาครัฐให้มีประสิทธิภาพ โปร่งใส และตรวจสอบได้

คำสำคัญ: โปรแกรมจัดการข้อมูล, Microsoft Access, การจัดซื้อจัดจ้าง, SDLC

[1] นักสาธารณสุข โรงพยาบาลเสาไห้เฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา

[*] Corresponding author E-mail : satit.songsonti2523@gmail.com

Original Article

Development of a Computer Program for Collecting and Managing Procurement Data at Sao Hai Chalermphrakiat 80th Anniversary Hospital

Satit Songsonti[1*]

Abstract

This Research and Development (R&D) study aimed to (1) analyze and identify the requirements of the procurement planning system at Sao Hai Chalermphrakiat 80th Anniversary Hospital, and (2) develop and evaluate the performance of a computer program for systematically managing purchase request data. The research followed the System Development Life Cycle (SDLC) framework, consisting of five phases: system analysis, design, development, testing, and evaluation. Data were collected from three key informants, and system testing was performed using a simulated dataset of 1,000 records, repeated 100 times.

The results revealed that the existing system had problems with data redundancy, inaccuracy, and delays in report generation. The developed program, built with Microsoft Access as a relational database, comprised four main modules: purchase request management, data searching, master data management, and reporting. Technical evaluation showed that the program achieved 100% accuracy, with an average processing time of 0.13 seconds (S.D. = 0.01 seconds), and reduced the total report generation time from 5.44 minutes in the old system to only 2.27 seconds. These findings demonstrate the program's outstanding efficiency and stability.

In conclusion, the developed computer program exhibited high performance in both accuracy and speed, effectively overcoming the limitations of the previous system. It is appropriate for use as a tool to enhance the efficiency, transparency, and accountability of procurement planning in public sector organizations.

Keywords: Data Management Program, Microsoft Access, Procurement, SDLC

[1]Public Health Professional Sao Hai Chaloem Phrakiat 80th Anniversary Hospital

[*]Corresponding author E-mail : satit.songsonti2523@gmail.com

บทนำ

การบริหารงานภาครัฐทุกระดับมีความจำเป็นต้องอาศัยกลไกการจัดซื้อจัดจ้างที่เป็นไปตามหลักธรรมาภิบาล ความโปร่งใส และความคุ้มค่า พระราชบัญญัติการจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุภาครัฐ พ.ศ. 2560 จึงถูกประกาศใช้เพื่อเป็นกรอบปฏิบัติที่ชัดเจนสำหรับหน่วยงานของรัฐทุกแห่ง[1] หัวใจสำคัญของการปฏิบัติตามกฎหมายนี้คือการจัดทำแผนการจัดซื้อจัดจ้างประจำปี ซึ่งเป็นขั้นตอนแรกและเป็นเครื่องมือหลักในการวางแผนการใช้จ่ายงบประมาณและบริหารจัดการความต้องการพัสดุล่วงหน้า

อย่างไรก็ตาม ปัจจุบันงานแผนการจัดซื้อจัดจ้างของ โรงพยาบาลเสาไห้เฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา ยังคงประสบปัญหาสำคัญในการรวบรวมและบริหารจัดการข้อมูลคำขอซื้อ/ขอจ้างจากหน่วยงานต่างๆ ดังนี้ ความซ้ำซ้อนและความคลาดเคลื่อนของข้อมูล เนื่องจากมีการรับคำขอผ่านเอกสารกระดาษหรือไฟล์อิเล็กทรอนิกส์แบบแยกส่วน (เช่น Microsoft Excel) ทำให้ข้อมูลขาดมาตรฐาน มีความเสี่ยงในการป้อนข้อมูลซ้ำซ้อน และเกิดความคลาดเคลื่อนในการรวมข้อมูล[2] ความล่าช้าในการจัดทำรายงาน เนื่องจากการรวบรวมข้อมูลเพื่อสรุปและจำแนกตามหมวดหมู่หรือแหล่งงบประมาณ ต้องใช้เวลานานในการตรวจสอบความถูกต้องและจัดทำรายงาน ทำให้แผนถูกจัดทำล่าช้า และ การขาดระบบสืบค้นและติดตาม ทำให้เจ้าหน้าที่ไม่สามารถสืบค้นประวัติคำขอ หรือติดตามความคืบหน้าของคำขอได้อย่างรวดเร็วจึงต้องปรับปรุงกระบวนการทำงานเพื่อลดความสูญเปล่าและเพิ่มประสิทธิภาพ[3]

เพื่อแก้ไขปัญหาข้างต้น การพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อจัดเก็บข้อมูลการจัดซื้อให้เป็นฐานข้อมูลเชิงสัมพันธ์จึงมีความจำเป็น แต่ด้วยข้อจำกัดด้านงบประมาณและบุคลากรด้านเทคโนโลยีสารสนเทศของโรงพยาบาล Microsoft Access จึงเป็นทางเลือกที่เหมาะสม เนื่องจากเป็นโปรแกรมสำเร็จรูปที่มาพร้อมกับชุด Microsoft Office ทำให้ไม่ต้องลงทุนซื้อซอฟต์แวร์เพิ่มเติม และมีความสามารถเพียงพอในการพัฒนาเป็นโปรแกรมฐานข้อมูลเชิงสัมพันธ์ที่ครอบคลุมฟังก์ชันการบันทึก, ค้นหา, และออกรายงานสรุปแผนได้อย่างมีประสิทธิภาพ สำหรับการใช้งานแบบผู้ใช้คนเดียวหรือผู้ใช้จำนวนน้อยในเครือข่ายจำกัด[3] อีกทั้งบุคลากรยังมีความคุ้นเคยกับสภาพแวดล้อมของ Microsoft Office ทำให้ง่ายต่อการบำรุงรักษาในอนาคต ดังนั้น งานวิจัยนี้จึงมุ่งเน้นการพัฒนาโปรแกรมดังกล่าว เพื่อเป็นเครื่องมือสนับสนุนการวางแผนการจัดซื้อจัดจ้างของโรงพยาบาลเสาไห้เฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา ให้มีความถูกต้องและรวดเร็วตามหลักเกณฑ์ของภาครัฐ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาวิเคราะห์ความต้องการในการจัดการข้อมูลการจัดซื้อในโรงพยาบาลเสาไห้เฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา
2. เพื่อพัฒนาและ ประเมินประสิทธิภาพการทำงาน ของโปรแกรมจัดการข้อมูลการจัดซื้อด้วย Microsoft Access 2013 ที่สามารถจัดเก็บและประมวลผลข้อมูลได้อย่างเป็นระบบ

วิธีดำเนินการวิจัย

บทนี้จะนำเสนอวิธีการและขั้นตอนในการดำเนินงานวิจัย ซึ่งเป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development: R&D) ระบบสารสนเทศ โดยใช้กรอบแนวคิดวงจรการพัฒนาระบบ (SDLC) [4] ซึ่งเป็นรูปแบบที่นิยมในการพัฒนาโปรแกรม[5] การพัฒนาโปรแกรมต้องเป็นไปตามหลักการวิศวกรรมซอฟต์แวร์เพื่อรับรองคุณภาพ[6] การออกแบบฐานข้อมูลเชิงสัมพันธ์ต้องอาศัยหลักการ Normalization(3NF)[7] จัดการข้อมูลจัดซื้อด้วย Microsoft Access ที่มีคุณภาพและตอบสนองความต้องการของโรงพยาบาลเสาไห้เฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา[8]

รูปแบบและกรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้ใช้รูปแบบการวิจัยและพัฒนา (R&D) ในการพัฒนาระบบสารสนเทศ โดยอ้างอิงขั้นตอนหลักจากวงจรการพัฒนาระบบ (SDLC) ในรูปแบบ Waterfall Model เพื่อให้การทำงานเป็นไปตามลำดับขั้นตอนที่ชัดเจนและเป็นไปตามหลักการออกแบบฐานข้อมูล ซึ่งแบ่งออกเป็น 5 ระยะ ดังนี้

ตารางที่ 1 ขั้นตอนการวิจัยตามกรอบ SDLC

ระยะ	ขั้นตอนหลัก (SDLC)	วิธีดำเนินการวิจัยในแต่ละขั้นตอน
ระยะที่ 1	การวิเคราะห์ระบบและกำหนดความต้องการ	ศึกษาระบบงานปัจจุบัน, รวบรวมข้อมูล, และวิเคราะห์ความต้องการของระบบใหม่
ระยะที่ 2	การออกแบบระบบ	ออกแบบฐานข้อมูล (ERD), ออกแบบส่วนติดต่อผู้ใช้ (UI), และกำหนดโครงสร้างโปรแกรม
ระยะที่ 3	การพัฒนาโปรแกรม	สร้างตาราง, คิวรี, ฟอร์ม, รายงาน, และเขียนโค้ด VBA/Macro ด้วย Microsoft Access 2013
ระยะที่ 4	การทดสอบระบบ	ทดสอบการทำงานของฟังก์ชัน (Functional Testing) และทดสอบความถูกต้องของข้อมูล
ระยะที่ 5	การประเมินคุณภาพและนำเสนอ	ประเมินประสิทธิภาพและคุณภาพของโปรแกรมโดยผู้ใช้งาน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือและวิธีการวัดความถูกต้อง (ACCURACY)

ผู้วิจัยนำผลรวมของยอดเงินและจำนวนรายการจากรายงานสรุปแผนที่สร้างโดยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ มาเปรียบเทียบกับผลรวมที่คำนวณด้วย การคำนวณด้วยมือ จากชุดข้อมูลตั้งต้นข้อมูลการจัดซื้อจริงในปีงบประมาณ 2566 (Master File) ที่ใช้ในการทดสอบ 1,000 รายการ เกณฑ์การอ้างอิง: อ้างอิงตามหลักการทาง บัญชีและพัสดุภาครัฐ (Accuracy Principle) [9]

$$\textbf{การคำนวณ: ความถูกต้อง (Accuracy)} = \frac{\text{จำนวนผลลัพธ์ที่ถูกต้อง}}{\text{จำนวนผลลัพธ์ทั้งหมด}} \times 100$$

เกณฑ์การแปลผล: กำหนดให้โปรแกรมมีประสิทธิภาพด้านความถูกต้องเมื่อมีผลลัพธ์ ร้อยละ 100 เท่านั้น เนื่องจากงานจัดซื้อจัดจ้างถือเป็นข้อมูลทางการเงินและกฎหมายที่ต้องปราศจากความคลาดเคลื่อน

เครื่องมือและวิธีการวัดความรวดเร็ว (Speed/Time)

การวัดความรวดเร็วตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยเพื่อวัด เวลาที่คอมพิวเตอร์ใช้ในการประมวลผลฐานข้อมูล โดยมีคำสั่งให้โค้ด VBA Timer ในการประมวลผลซ้ำอัตโนมัติ จำนวน 100 ครั้ง เพื่อให้ได้ค่าเฉลี่ยที่น่าเชื่อถือทางสถิติ (Central Limit Theorem) สเปคคอมพิวเตอร์ที่ใช้ทดสอบใช้ CPU Core i-7-7700 RAM 8 GB ทำงานบนระบบปฏิบัติการ Window 10

สิ่งที่วัด: MEAN PROCESSING TIME โดยใช้คำสั่ง VBA TIMER เพื่อจับเวลาที่โค้ดรัน ตั้งแต่เริ่มรันคิวรีจนกระทั่งรายงานปรากฏบนหน้าจอเสร็จสมบูรณ์ อ้างอิงตามหลักการ USER EXPERIENCE (UX)[10] และ TECHNICAL BENCHMARK ตามที่ได้กำหนดไว้ดังนี้

เกณฑ์อ้างอิง UX (User Response Time)	ช่วงเวลา	การจัดระดับประสิทธิภาพ
Immediate Response	0.1 – 1.0 วินาที	ประสิทธิภาพระดับสูงสุด
Maintaining Attention	1.0 – 10.0 วินาที	ประสิทธิภาพที่ยอมรับได้
เกณฑ์ผ่านขั้นต่ำ	ไม่เกิน 5.0 วินาที	ประสิทธิภาพที่เหมาะสม

การใช้ฟังก์ชัน **VBA Timer** เพื่อจับเวลาประมวลผลของโค้ดตั้งแต่เริ่มรันคิวรีจนกระทั่งรายงานปรากฏบนหน้าจอเสร็จสมบูรณ์ใน Microsoft Access ต้องใช้การวางโค้ดจับเวลาไว้ที่ จุดเริ่มต้น (Start Time) คือ คำสั่งเปิดรายงานสรุปการจัดซื้อตามหมวดพัสดุ และวางโค้ดจับเวลาไว้ที่ จุดสิ้นสุด (End Time) ตามโค้ด VBA ดังนี้

```
VBA

Sub RunReportSpeedTest()

    Dim db As DAO.Database
    Dim rs As DAO.Recordset
    Dim StartTime As Single
    Dim EndTime As Single
    Dim i As Integer

    Const REPORT_NAME As String = "Query5-1"

    Set db = CurrentDb
    Set rs = db.OpenRecordset("TBL_PerformanceResults", dbOpenDynaset)

    On Error GoTo ErrorHandler

    For i = 1 To 100

        StartTime = Timer

        DoCmd.OpenReport REPORT_NAME, acViewPreview, , TEST_CONDITION

        DoCmd.Close acReport, REPORT_NAME, acSaveNo

        EndTime = Timer

        rs.AddNew
        rs!TestNumber = i
        rs!ProcessingTime = EndTime - StartTime
        rs.Update

    Next i

    MsgBox "การทดสอบความรวดเร็ว 100 ครั้งเสร็จสมบูรณ์ บันทึกผลในตาราง TBL_PerformanceResults แล้ว", vbInformation

Exit Sub

ErrorHandler:
    MsgBox "เกิดข้อผิดพลาดในการรันที่ครั้งที่ " & i & ": " & Err.Description, vbCritical
    rs.Close
    Set rs = Nothing
    Set db = Nothing
End Sub
```

ภาพที่ 1 ฟังก์ชัน **VBA Timer** เพื่อจับเวลาที่คอมพิวเตอร์ใช้ในการประมวลผลฐานข้อมูล

ประสิทธิภาพเชิงเปรียบเทียบ (Comparative Performance)

สิ่งที่วัด: Total Time per Task วัดรายงานสรุป ผลรวมการจัดซื้อในแต่ละหมวดจัดซื้อ โดยรวมเวลาตั้งแต่ผู้ใช้เริ่มป้อนเงื่อนไข “ปีที่งบประมาณที่จัดซื้อ” ในโปรแกรมจนถึง รายงานฉบับสมบูรณ์ปรากฏ จำนวน 100 ร้อยครั้งหาค่าเฉลี่ย และเปรียบเทียบกับเวลาที่ใช้ในระบบงานมือเงื่อนไขบวกรวมยอดสรุปรวมในแต่ละหมวด (Manual System) เกณฑ์การอ้างอิง: อ้างอิงตาม ประสิทธิภาพกระบวนการ (Process Efficiency) และ ปัญหาเชิงประจักษ์ ที่ได้จากบทนำ

เกณฑ์การแปลผล: กำหนดให้โปรแกรมมีความคุ้มค่าและเป็นประโยชน์เมื่อสามารถ ลดเวลาการทำงาน (Reduction in Time) จากระบบเดิมที่ใช้การรวมงบประมาณที่จัดซื้อด้วยมือวัดด้วยการคำนวนสรุปการจัดซื้อรวม(บวกด้วยมือ) ทั้งหมด 52 หมวดพัสดุการจัดซื้อ ทดลองซุ่มทำ 100 ครั้ง หาค่าเฉลี่ยเพื่อใช้ในการเปรียบเทียบกับรายงานสรุปผลการจัดซื้อรวมในแต่ละหมวดพัสดุ ได้อย่างมีนัยสำคัญ (นาที,วินาที)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้เป็นงานวิจัยและพัฒนาในรูปแบบกรณีศึกษา (Case Study) โดยการประเมินผลในระยะที่ 5 กลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) และ ข้อมูลตัวอย่าง ในการดำเนินงาน ดังนี้:

1. กลุ่มตัวอย่างสำหรับการวิเคราะห์ความต้องการ จำนวน 3 ท่าน โดยเป็นกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงที่เป็นผู้ให้ข้อมูลหลัก (Key Informants) ได้แก่ เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในงานพัสดุ และวางแผนงบประมาณ ซึ่งได้รับคัดเลือกเพราะมีความรู้และประสบการณ์ในการปฏิบัติงานพัสดุโดยตรง

2. กลุ่มตัวอย่างสำหรับการประเมินประสิทธิภาพการทำงาน: ไม่มีการใช้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นมนุษย์ในการประเมิน เนื่องจากงานวิจัยมุ่งเน้นการประเมินผลเชิงเทคนิค (Technical Performance) และการเปรียบเทียบเชิงปริมาณ

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล แล้วประมวลผล โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปคอมพิวเตอร์ โดยใช้ สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ในการวิเคราะห์

ผู้วิจัยได้ดำเนินการตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล และประมวลผลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปคอมพิวเตอร์ โดยแบ่งการวิเคราะห์ออกเป็น

1.วัดความถูกต้อง (Accuracy) สถิติที่ใช้คือ ร้อยละ

2.วัดความรวดเร็ว (Speed/Time) สถิติที่ใช้คือ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3.การวัดประสิทธิภาพเชิงเปรียบเทียบ (Comparative Performance) สถิติที่ใช้คือ ค่าเฉลี่ย

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยได้นำเสนอผลการวิเคราะห์, การออกแบบ, การพัฒนา, และการประเมินโปรแกรมจัดการข้อมูลคำขอซื้อจ้างด้วย Microsoft Access สำหรับงานแผนการจัดซื้อจัดจ้าง โรงพยาบาลเสาไห้เฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา

สรุปผลการวิจัยตามกรอบวงจรการพัฒนาระบบ (SDLC)

1. ระยะที่ 1: การวิเคราะห์ระบบ (System Analysis)

จากการศึกษาวิเคราะห์ระบบงานจัดซื้อจัดจ้างเดิมและการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลหลัก 3 ท่าน พบว่าระบบงานเดิมมี ปัญหาการจัดเก็บข้อมูลแบบกระจาย ในรูปแบบของเอกสาร ทำให้เกิด ความซ้ำซ้อนของข้อมูล และ ความคลาดเคลื่อน ในการบันข้อมูล นอกจากนี้ยังเป็นสาเหตุหลักของ ความล่าช้า ในการจัดทำรายงานสรุปแผนการจัดซื้อ

ความต้องการของระบบใหม่ (Functional Requirements)

ผลการวิเคราะห์สรุปความต้องการของระบบใหม่เป็น 4 ฟังก์ชันหลัก เพื่อใช้เป็นแนวทางในการพัฒนา คือ

1. ระบบการบันทึกและแก้ไขข้อมูลคำขอที่มีการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล
2. การจัดการข้อมูลหลัก (Master Data) เพื่อสนับสนุนการทำ Normalization
3. การสืบค้นข้อมูลตามเงื่อนไขที่ซับซ้อนได้อย่างรวดเร็ว
4. การจัดทำรายงานสรุปแผนการจัดซื้อจัดจ้างตามเกณฑ์ พ.ร.บ. 2560

2. ระยะที่ 2: การออกแบบระบบ (System Design)

โปรแกรมถูกออกแบบตามหลักการ ฐานข้อมูลเชิงสัมพันธ์ (Relational Database) เพื่อให้มั่นใจว่าข้อมูลมีความถูกต้องและลดความซ้ำซ้อน



ภาพที่ 2 แผนภาพความสัมพันธ์ของข้อมูล (Entity-Relationship Diagram: ER Diagram)

สรุปโครงสร้างโมดูล (User Interface)

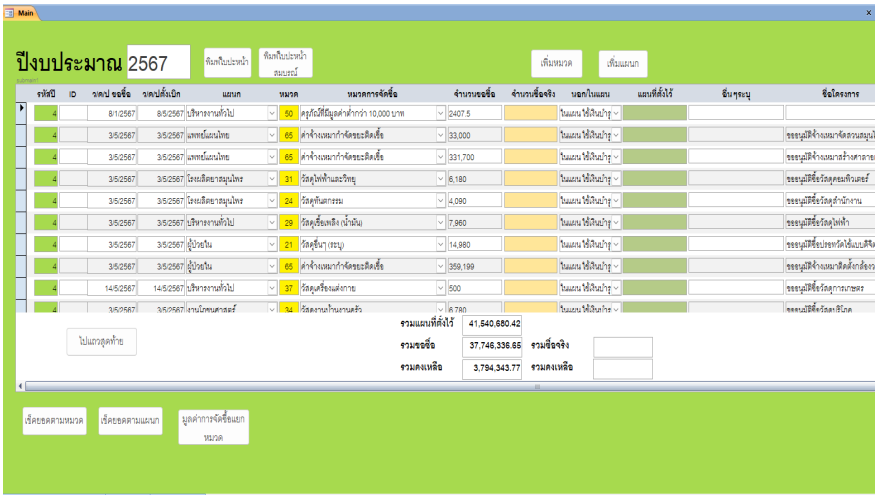
โปรแกรมที่พัฒนาขึ้นมีการจัดโครงสร้างส่วนติดต่อผู้ใช้งานที่ชัดเจนและเป็นไปตามลำดับขั้นตอนของงานพัสดุ โดยแบ่งออกเป็น 4 โมดูลหลักที่เข้าถึงผ่านหน้าจอหลัก (Main Switchboard) ซึ่งสนับสนุนความต้องการของระบบที่ได้จากการวิเคราะห์:

1.โมดูล **A.** หน้าจอหลัก (**Main Switchboard)** ศูนย์กลางการเข้าถึงและควบคุมการทำงานของระบบ

2.โมดูล **B.** โมดูลบันทึก/แก้ไขคำขอ (**Form: Main)** ใช้ป้อนข้อมูลรายการจัดซื้อใหม่ ใช้ **Combo Box** เพื่อดึงรหัส (**FK)** จากตารางหลักมาใช้ (เช่น รหัสแผนก, รหัสหมวด) ทำให้ ลดความผิดพลาด ในการป้อนข้อมูลและรักษาความสมบูรณ์ของข้อมูล

3.โมดูล **C.** โมดูลค้นหาและจัดการข้อมูล ติดตามและแก้ไขข้อมูลเก่า

4.โมดูล **D.** โมดูล**รายงาน (Report Module)** สรุปผลการประมวลผล ใช้ Query (คิวรี) ในการเชื่อมโยงข้อมูลจากตารางหลัก (Group, Dep) กับตารางคำขอ (Submain) เพื่อ จัดกลุ่มและคำนวณยอดสรุป ได้อย่างถูกต้องตามเกณฑ์พัสดุ

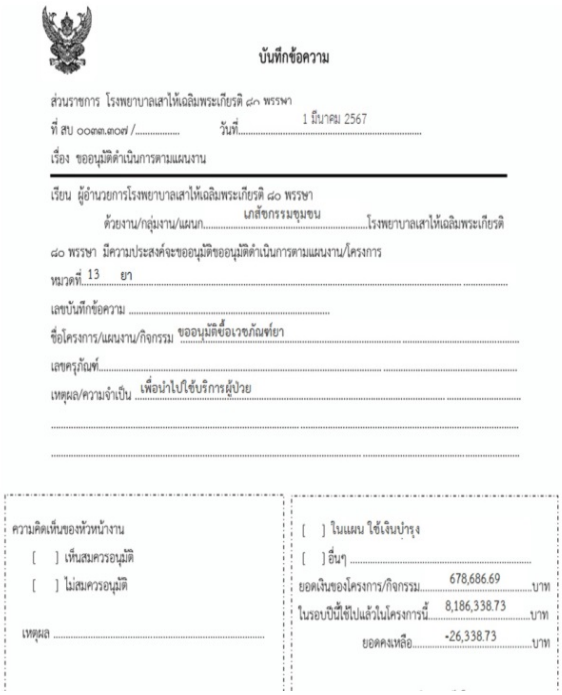


ภาพที่ 3 หน้าจอหลักและโมดูล A B และ C (Form: frm_Main)

รายงานการจัดซื้อ 2567

รหัสหมวด	หมวดการจัดซื้อ	รวมมูลค่า
10	ค่าใช้จ่ายในการฝึกอบรม-ในประเทศ (ค่าที่พัก/ค่าลงทะเบียน	311,798.00
12	ค่าใช้จ่ายตามโครงการ	198,170.00
13	ยา	8,186,338.73
16	เวชภัณฑ์มิใช่ยา (กลุ่มการ)	2,606,513.70
17	วัสดุทันตกรรม	626,693.09
18	วัสดุวิทยาศาสตร์และการแพทย์	3,020,130.00
19	วัสดุสำนักงาน	549,682.25
20	จ้างเหมาถ่ายเอกสาร	36,000.00
21	วัสดุยานพาหนะและขนส่ง	127,498.60
22	น้ำมัน	480,963.00
23	แก๊ส	29,032.00
24	วัสดุไฟฟ้าและวิทยุ	302,099.07
26	วัสดุคอมพิวเตอร์หมึก	175,851.37
27	วัสดุงานบ้านงานครัว	504,366.00
28	วัสดุเภสัชกรรม	1,663,143.20
29	วัสดุบริโภค(ค่าอาหารคนไข้)	492,344.85
30	วัสดุเครื่องแต่งกาย	100,725.00

ภาพที่ 4 โมดูล D ตัวอย่างรายงานสรุปการขอจัดซื้อจัดจ้างตามหมวดพัสดุ (Report: Query5-1)



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ โรงพยาบาลเสาไห้เฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา
ที่ สป ๐๐๓๓.๓๐๗ /..... วันที่ 1 มีนาคม 2567
เรื่อง ขออนุมัติดำเนินการตามแผนงาน
เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเสาไห้เฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา
ด้วยงาน/กลุ่มงาน/แผนก เภสัชกรรมชุมชน โรงพยาบาลเสาไห้เฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา มีความประสงค์จะขออนุมัติขออนุมัติดำเนินการตามแผนงาน/โครงการ
หมวดที่ 13 ยา
เลขบันทึกข้อความ .....
ชื่อโครงการ/แผนงาน/กิจกรรม ขออนุมัติซื้อเวชภัณฑ์ยา
เลขครุภัณฑ์.....
เหตุผล/ความจำเป็น เพื่อนำไปใช้บริการผู้ป่วย

ความคิดเห็นของหัวหน้างาน
[ ] เห็นสมควรอนุมัติ
[ ] ไม่สมควรอนุมัติ
เหตุผล .....

[ ] ในแผน ใช้เงินบำรุง
[ ] อื่นๆ .....
ยอดเงินของโครงการ/กิจกรรม 678,686.69 บาท
ในรอบปีนี้ที่ใช้ไปแล้วในโครงการนี้ 8,186,338.73 บาท
ยอดคงเหลือ -26,338.73 บาท

ภาพที่ 5 โมดูล D ตัวอย่างบันทึกข้อความขอนุมัติจัดซื้อจัดจ้างตามแผน (Report: Report3)

3. ระยะที่ 3: การพัฒนาระบบ (System Development/Implementation)

โปรแกรมถูกพัฒนาขึ้นโดยใช้ Microsoft Access 2013 และ VBA (Visual Basic for Applications) ในการเขียนโค้ดเพื่อควบคุมการทำงานของฟังก์ชันหลักทั้งหมด (การบันทึก, การค้นหา, การประมวลผล) โปรแกรมสามารถทำงานได้ครบถ้วนตามแบบที่กำหนดในระยะการออกแบบ โดยครอบคลุมฟังก์ชันหลักทั้งหมด 4 ส่วนตามความต้องการของระบบ

4. ระยะที่ 4: การทดสอบระบบ (System Testing)

ผลการทดสอบความสมบูรณ์ของฟังก์ชัน:

ความสมบูรณ์ของฟังก์ชัน: ฟังก์ชันหลักทั้ง 4 ส่วนของโปรแกรมสามารถทำงานได้ ครบถ้วนตามความต้องการของระบบใหม่ (100% Functional Completeness) โดยไม่มีข้อผิดพลาด (Bugs) ในการบันทึก การประมวลผล และการออกรายงาน

ผลการทดสอบเชิงเทคนิค (Technical Testing):

ข้อมูลที่ใช้ทดสอบ: ชุดข้อมูลจำลองจำนวน 1,000 รายการ โดยทำการทดลองซ้ำ 100 ครั้ง ผลการทดสอบและประเมินประสิทธิภาพของโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำหรับการจัดเก็บรวบรวมข้อมูลการจัดซื้อแสดงให้เห็นว่า โปรแกรมมีประสิทธิภาพการทำงานในระดับสูงและพร้อมใช้งานจริง โดยพิจารณาจากตัวชี้วัดหลัก 2 ด้าน ดังนี้:

1. ความถูกต้อง (Accuracy)

ผลการทดสอบยืนยันว่าโปรแกรมมีความถูกต้องของผลลัพธ์ ร้อยละ 100 เมื่อเทียบกับชุดข้อมูลตั้งต้น ซึ่งหมายความว่าโปรแกรมสามารถประมวลผลและสร้างรายงานสรุปผลการจัดซื้อจัดจ้างได้อย่างปราศจากความคลาดเคลื่อน และเป็นไปตามหลักการคำนวณของระบบงานบัญชีและพัสดุภาครัฐอย่างสมบูรณ์

2. ความรวดเร็ว (Processing Time)

การทดสอบเชิงเทคนิคพบว่า โปรแกรมมีความรวดเร็วในการประมวลผล (Processing Time) ข้อมูล 1,000 รายการ โดยใช้คำสั่ง VBA Timer ทำคำสั่งประมวลผลรายงานสรุปการจัดซื้อ โดยใช้เวลาประมวลผลเฉลี่ยเพียง 0.13 วินาที และมีค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ที่ 0.01 วินาที ซึ่งจัดอยู่ในระดับประสิทธิภาพที่ "ประสิทธิภาพระดับสูงสุด" ค่าเฉลี่ยที่ต่ำมากนี้ยืนยันว่าระบบสามารถสร้างรายงานที่สำคัญได้อย่างรวดเร็วทันทีที่ผู้ใช้งานสั่งการ ซึ่งเป็นการแก้ไขปัญหาความล่าช้าของระบบงานเดิมได้อย่างมีนัยสำคัญ

5. ระยะที่ 5: การประเมินประสิทธิภาพ (System Evaluation)

ผลการประเมินประสิทธิภาพเชิงเปรียบเทียบ:

ประสิทธิภาพเชิงเปรียบเทียบ: โปรแกรมคอมพิวเตอร์สามารถลดระยะเวลาในการจัดทำรายงานสรุปรายงานการจัดซื้อ โดยเปรียบเทียบการคำนวณรายงานสรุปการจัดซื้อแต่ละหมวด โดยระบบใหม่จับเวลา ใส่เงื่อนไข “ปีงบประมาณ”ที่จัดซื้อแล้วประมวลผลรายงาน ได้ค่าเฉลี่ย 2.27 เปรียบเทียบกับการคำนวนสรุปการจัดซื้อรวม (ระบบด้วยมือ) ทั้งหมด 52 หมวดพัสดุการจัดซื้อ ทดลองซุ่มทำ 100 ครั้ง ได้ค่าเฉลี่ย 5.44 นาที

ข้อสรุปเชิงประเมิน: โปรแกรมคอมพิวเตอร์ที่พัฒนาขึ้นมีประสิทธิภาพสูงในการทำงาน ความถูกต้อง 100% และความรวดเร็วในการประมวลผล 0.13 วินาทีต่อรายงาน ลดเวลาการสรุปรายงานการจัดซื้อ จาก 5.44 นาที เหลือเพียง 2.27 วินาที ซึ่งสามารถ ปิดช่องว่าง (GAP) ของระบบงานเดิมได้อย่างสมบูรณ์ โดยเฉพาะปัญหาความล่าช้าในการจัดทำรายงาน ซึ่งเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ยืนยันว่าการพัฒนาด้วย Microsoft Access เป็นทางเลือกที่คุ้มค่าและพัฒนาได้ง่ายในการแก้ปัญหาของโรงพยาบาลฯ

อภิปรายผลการวิจัย

การอภิปรายผลการวิเคราะห์ความต้องการและการเลือกเทคโนโลยี

1. การตอบโจทย์การปิดช่องว่าง และการวิเคราะห์ความต้องการ: ผลการวิเคราะห์ระบบงานจัดซื้อจัดจ้างเดิมพบปัญหา“ความซ้ำซ้อนและความล่าช้า”ซึ่งสอดคล้องกับงานของ **ประภาพร ศรีสุกใส**[11] ที่ชี้ว่าโรงพยาบาลชุมชนมักประสบปัญหาเดียวกันจากการจัดเก็บข้อมูลแบบแยกส่วนและขาดมาตรฐาน งานวิจัยนี้จึงมุ่งพัฒนา **ฐานข้อมูลเชิงสัมพันธ์** ที่มีระบบตรวจสอบความถูกต้อง (Data Validation) เพื่อแก้ปัญหาความคลาดเคลื่อน[12] และเพิ่มความรวดเร็วในการจัดทำรายงานตามข้อเสนอของประภาพรที่เน้นการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศปรับปรุงระบบพัสดุ

2. เหตุผลที่เลือก Microsoft Access: การตัดสินใจเลือกใช้ Microsoft Access ในการพัฒนาระบบนี้ถือว่าเหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลที่มีข้อจำกัดด้านงบประมาณและบุคลากรด้าน IT สอดคล้องกับ **อมรเทพ วงศ์เกษม ศักดิ์ และ กิตติพงษ์ ทองห่อ**[13] ที่พบว่า Microsoft Access เป็นเครื่องมือพัฒนาระบบฐานข้อมูลที่มีต้นทุนต่ำ ใช้งานง่าย และเหมาะกับการสร้างระบบสารสนเทศเฉพาะทางสำหรับหน่วยงานขนาดเล็กโดยไม่ต้องพึ่งผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้านเทคโนโลยี

การอภิปรายผลการพัฒนาและการประเมินประสิทธิภาพเชิงเทคนิค

1. ความถูกต้อง (Accuracy): ผลการทดสอบแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมมีความถูกต้องของผลลัพธ์ **100%** ซึ่งยืนยันว่าการออกแบบฐานข้อมูลตามหลัก Normalization ระดับ 3NF และการเขียนโค้ด VBA เพื่อประมวลผลคำขอซื้อจ้าง มีความแม่นยำสูงและเชื่อถือได้ในเชิงบัญชีและพัสดุ การบรรลุเป้าหมายความถูกต้อง 100% นี้หมายความว่าระบบที่พัฒนาขึ้นสามารถแก้ไขปัญหา "ความคลาดเคลื่อนในการรวมข้อมูล" ซึ่งเป็นปัญหาเชิงประจักษ์ของระบบงานเดิมได้สำเร็จ

2. ความรวดเร็ว (Speed/Time) และความคุ้มค่า:

ประสิทธิภาพเชิงเทคนิค: เวลาเฉลี่ยในการประมวลผล (Processing Time) ของโปรแกรมคือ 0.13 วินาที ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ **"ประสิทธิภาพระดับสูงสุด"** (Expected Performance: 0.1 – 1.0 วินาที วินาที) ผลลัพธ์นี้แสดงให้เห็นว่าแม้จะใช้ Access แต่ก็สามารถออกแบบคิวรีและโค้ด VBA ได้อย่างมีประสิทธิภาพสูงสำหรับการประมวลผลข้อมูล 1,000 รายการ

ประสิทธิภาพเชิงเปรียบเทียบ: สิ่งที่สำคัญที่สุดคือ โปรแกรมสามารถลดเวลาในการทำงานทั้งหมด (Total Time per Task) จาก 5.44 นาที (ระบบมือ) เหลือเพียง 2.27 วินาที การลดระยะเวลาการทำงานลงอย่างมากแบบมีนัยสำคัญ ถือเป็นการปิดช่องว่าง ที่ระบุไว้ในบทนำโดยตรง และแสดงให้เห็นถึงความคุ้มค่าของการลงทุนด้านเวลาและทรัพยากรในการพัฒนาโปรแกรมนี้[14]

3. ความยากง่าย และต้นทุนการพัฒนา: โปรแกรมนี้ถูกพัฒนาโดยผู้วิจัยเอง ซึ่งแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมฐานข้อมูลขนาดเล็กที่ใช้ Access มีความซับซ้อนในการพัฒนาอยู่ในระดับที่ บุคลากรที่มีพื้นฐานด้าน IT สามารถดำเนินการได้ โดยมีต้นทุนหลักเป็น เวลา (Time Cost) ในการพัฒนา ส่วนต้นทุนด้านซอฟต์แวร์ถือว่าต่ำมาก การพัฒนาลักษณะนี้จึงเป็นทางเลือกที่ดีที่สุดสำหรับหน่วยงานภาครัฐที่ต้องการปรับปรุงประสิทธิภาพการทำงานอย่างเร่งด่วน

โดยสรุป งานวิจัยนี้สามารถปิดช่องว่าง ของระบบงานเดิมได้อย่างชัดเจน ทั้งด้านคุณภาพข้อมูลและระยะเวลาการทำงาน แสดงให้เห็นว่าการนำแนวคิดการพัฒนาระบบสารสนเทศเชิงวิศวกรรมมาประยุกต์ใช้กับงานพัสดุของโรงพยาบาลชุมชน สามารถยกระดับประสิทธิภาพ ความโปร่งใส และความพร้อมในการบริหารแผนจัดซื้อจัดจ้างของภาครัฐได้อย่างเป็นรูปธรรม.

ข้อจำกัดของการวิจัย

เนื่องจากงานวิจัยนี้มุ่งเน้นการประเมินประสิทธิภาพเชิงเทคนิคเพื่อตอบโจทย์ปัญหาความรวดเร็วและความถูกต้องของข้อมูล จึงมีข้อจำกัดที่สำคัญคือ ไม่ได้มีการประเมินความยากง่ายในการใช้งานและความพึงพอใจของผู้ใช้งานจริง ด้วยแบบสอบถามมาตรฐาน ซึ่งเป็นมิติสำคัญในการประเมินความสำเร็จของระบบสารสนเทศ[15] ข้อมูลที่ได้จึงเป็นเพียงการยืนยันประสิทธิภาพของโค้ดและฐานข้อมูลเท่านั้น

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา. (2560). พระราชบัญญัติการจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุภาครัฐ พ.ศ. 2560**.** สืบค้นเมื่อ 14 มกราคม 2567, จาก https://www.krisdika.go.th
2. กัลยาณี เจริญสุข. (2565). การพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารงานพัสดุในโรงพยาบาล *A*(วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, กรุงเทพฯ.

3. มะลิ พรมพิจารณ์. (2566). การพัฒนารูปแบบกระบวนการจัดซื้อจัดจ้างพัสดุด้วยการใช้แนวคิดขจัดความสิ้นเปลืองและสูญเปล่า (Lean) มาประยุกต์ใช้: กรณีศึกษาโรงพยาบาลแม่จัน จังหวัดเชียงราย. วารสารการบริหารนิติบุคคลและนวัตกรรมท้องถิ่น, 9(1), 160–176.
4. Kendall, K. E., & Kendall, J. E. (2014). System analysis and design (9th ed.). Pearson Education.
5. นลินี ชนะมูล. (2562). การจัดทำระบบจัดการฐานข้อมูลครุภัณฑ์สำหรับโรงพยาบาล (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี, จันทบุรี.
6. Pressman, R. S. (2014). Software engineering: A practitioner's approach (8th ed.). McGraw-Hill Education.
7. Date, C. J. (2003). An introduction to database systems (8th ed.). Addison-Wesley.
8. Smith, J., & Jones, A. (2018). Developing small business database solutions with Microsoft Access. Tech Press.
9. สุภาวดี สิทธิยศ, นวลจันทร์ ธรรมเจริญ, และ กาญจนา ลาภเจริญสุข. (2559). การพัฒนาโปรแกรม RE Management เพื่อการจัดการฐานข้อมูลเครื่องมือ/อุปกรณ์วิจัย. ***Mahidol R2R e-Journal***, 3(2).
10. Shneiderman, B., et al. (2016). Designing the user interface: Strategies for effective human-computer interaction (6th ed.). Pearson.
11. ประภาพร ศรีสุกใส. (2563). ปัญหาและแนวทางแก้ไขระบบบริหารพัสดุของโรงพยาบาลชุมชน. วารสารวิจัยสุขภาพชุมชน, 14(2), 45–59.
12. Codd, E. F. (1970). A relational model of data for large shared data banks. Communications of the ACM**,** 13(6), 377–387.
13. อมรเทพ วงศ์เกษมศักดิ์ และ กิตติพงษ์ ทองห่อ. (2565). การพัฒนาระบบฐานข้อมูลการจัดการวัสดุคงคลังสำหรับสำนักงานขนาดเล็กโดยใช้ Microsoft Access. วารสารเทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อการจัดการ, 10(1), 10–25.
14. Hammer, M. (1990). Reengineering work: Don't automate, obliterate. Harvard Business Review, 68(4), 104–112.
15. DeLone, W. H., & McLean, E. R. (2003). The DeLone and McLean model of information systems success: A ten-year update. Journal of Management Information Systems**,** 19(4), 9–30.

Received: 9 Oct. 2025, Revised: 14 Nov.2025
Accepted: 23 Nov.2025

บทความวิจัย

ความต้องการพัฒนาตนเองในการปฏิบัติตามองค์กรสมรรถนะสูง กระทรวงสาธารณสุข MoPH-4T ของบุคลากรสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ พื้นที่จังหวัดกาญจนบุรี

ชวาลา ยิ่งทวีศักดิ์[1*] อิทธิพล ดวงจินดา[2]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความต้องการพัฒนาตนเองในการปฏิบัติตามองค์กรสมรรถนะสูง กระทรวงสาธารณสุข MoPH-4T และปัจจัยที่ส่งผลต่อความต้องการดังกล่าวของบุคลากรสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ พื้นที่จังหวัดกาญจนบุรี ใช้การวิจัยแบบผสานวิธี (Mixed Methods Research) ในรูปแบบการทำตามลำดับอธิบายผล (Explanatory Sequential Design) ดำเนินการ 2 ระยะ คือระยะที่ 1 เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ ประชากรคือบุคลากรจำนวน 116 คน เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถาม วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนาและการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ ระยะที่ 2 เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ สัมภาษณ์เชิงลึกผู้ให้ข้อมูลสำคัญ 26 คน ประกอบด้วย สาธารณสุขอำเภอ ทำการเลือกแบบเจาะจง จำนวน 13 คน และบุคลากรสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ทำการสุ่มอย่างง่าย จำนวน 13 คน วิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา ผลการศึกษาพบว่า ระดับความต้องการพัฒนาตนเองในการปฏิบัติตามองค์กรสมรรถนะสูง MoPH-4T โดยรวมอยู่ในระดับมาก (μ = 3.88, σ = 0.59) ปัจจัยที่ส่งผลต่อความต้องการพัฒนาตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ สถานภาพสมรส (β = 0.233) และปัจจัยความพึงพอใจในการทำงาน 5 ด้าน ประกอบด้วย การรับทราบนโยบายและภารกิจอย่างชัดเจน (β = 0.330) การได้รับความช่วยเหลือจากเพื่อนร่วมงาน (β = 0.254) งานที่ต้องใช้ทักษะและองค์ความรู้ (β = 0.208) การที่วิชาชีพได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวาง (β = 0.155) และการใช้ความคิดสร้างสรรค์ในงาน (β = -0.169) โดยตัวแปรทั้ง 5 สามารถทำนายความแปรปรวนได้ร้อยละ 44.80 ผลการวิจัยเชิงคุณภาพยืนยันว่า บุคลากรมีความภาคภูมิใจในงานที่ท้าทายและบรรยากาศการทำงานที่เกื้อกูล แต่ยังประสบภาระงานหนักและขาดโอกาสใช้ความคิดสร้างสรรค์อย่างเต็มที่

ดังนั้น ควรส่งเสริมการสื่อสารนโยบายให้ชัดเจน สร้างวัฒนธรรมการทำงานเป็นทีม และสนับสนุนการพัฒนาสมรรถนะบุคลากร เพื่อขับเคลื่อนองค์กรไปสู่ความเป็นเลิศอย่างยั่งยืน

คำสำคัญ: ความต้องการพัฒนาตนเอง, ความพึงพอใจในการทำงาน, องค์กรสมรรถนะสูง, MoPH-4T

[1*]นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี สถาบันพระบรมราชชนก

[2]อาจารย์ประจำคณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี สถาบันพระบรมราชชนก

*Corresponding Author: E-mail: 66207501006@phcsuphan.ac.th

Original Article

Self-Development Needs in Compliance with the High Performance Organization, Ministry of Public Health MoPH-4t among the Personnel of the District Public Health Offices, Kanchanaburi Province

Chawala Yingthaweesak[1*], Aittiphol Duangchinda[2]

Abstract

This research aimed to investigate the level of self-development needs for High Performance Organization (HPO) competency practices as outlined in the Ministry of Public Health's MoPH-4T framework and to identify factors influencing these needs among personnel at District Health Offices in Kanchanaburi Province. An explanatory sequential mixed-methods design was employed in two phases. Phase 1 used a quantitative approach, using 116 personnel as the sample. Data were collected using questionnaires and analyzed through descriptive statistics and multiple regression analysis. Phase 2 employed a qualitative approach, conducting in-depth interviews with 26 key informants, comprising 13 district public health officers selected by purposive sampling and 13 district public health office personnel selected by simple random sampling, followed by content analysis.

The overall level of self-development needs for MoPH-4T HPO competency practices was high (μ = 3.88, σ = 0.59). Factors significantly influencing self-development needs at the 0.05 level included marital status (β = 0.233) and five dimensions of job satisfaction: clear understanding of policies and missions (β = 0.330), support from colleagues (β = 0.254), work requiring skills and knowledge (β = 0.208), widespread professional recognition (β = 0.155), and opportunities for creative expression in work (β = -0.169). These variables collectively explained 44.80% of the variance. Qualitative findings confirmed that personnel expressed pride in challenging work and supportive work environments; however, they continued to experience heavy workloads and limited opportunities for full creative expression. Therefore, district health personnel demonstrate substantial self-development needs aligned with HPO competencies. Job satisfaction factors, particularly clarity of organizational direction and collegial support, significantly influence these developmental needs, while constraints on creativity warrant organizational attention.

Keywords: Self-Development Needs, Job Satisfaction, High-Performance Organization, MoPH-4T

[1*]Master of Public Health Program Sirindhorn College of Public Health Suphan Buri, Faculty of Public Health and Allied Health Sciences Praboromarajchanok Institute.

[2]Intrutor of Public Health Program Sirindhorn College of Public Health Suphan Buri, Faculty of Public Health and Allied Health Sciences Praboromarajchanok Institute.

*Corresponding Author: E-mail: 66207501006@phcsuphan.ac.th

บทนำ

ประเทศไทยมีแผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (พ.ศ. 2561–2580) เป็นกรอบการดำเนินงานหลัก มีเป้าหมายเพื่อปรับเปลี่ยนหน่วยงานราชการให้เป็นองค์กรที่มีสมรรถนะสูงและทันสมัยเน้นการทำงานแบบเปิดกว้าง เชื่อมโยง และให้ความสำคัญกับประชาชนเป็นศูนย์กลาง นอกจากนี้ยังมีการส่งเสริมการสร้างสรรค์นวัตกรรมและการปรับตัวสู่ระบบดิจิทัลโดยยึดมั่นในหลักธรรมาภิบาล ก่อนหน้านี้ประเทศไทยได้นำ เกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) มาใช้เป็นเครื่องมือสำคัญในการขับเคลื่อนการพัฒนาระบบราชการให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด เพื่อให้ส่วนราชการสามารถพัฒนาองค์กรไปสู่ผลการปฏิบัติงานที่เป็นเลิศ และสะท้อนถึงการเป็นองค์กรที่มีคุณภาพ[1] ซึ่งการบรรลุเป้าหมายเหล่านี้ต้องอาศัยความร่วมมือและการพัฒนาจากทุกภาคส่วนอย่างต่อเนื่อง สำหรับกระทรวงสาธารณสุขผลการวิเคราะห์สถานการณ์ในอดีตได้สะท้อนถึงความท้าทายหลายมิติ ทั้งปัญหาภายในองค์กรที่ส่งผลให้ความสัมพันธ์และความเป็นเอกภาพของบุคลากรลดลงเกิดการแบ่งแยกเป็นกลุ่มก้อน นำไปสู่ความเหลื่อมล้ำและบั่นทอนระบบคุณธรรม แผนงานด้านสาธารณสุขขาดความชัดเจน กระบวนการมีส่วนร่วมและการสื่อสารภายในองค์กรมีประสิทธิภาพลดลง ทำให้การนำแผนไปปฏิบัติไม่เกิดผลสัมฤทธิ์เท่าที่ควร เป็นอุปสรรคสำคัญต่อการบูรณาการการทำงานในทุกระดับ[2]

เพื่อแก้ไขปัญหาเชิงโครงสร้างและยกระดับประสิทธิภาพขององค์กร กระทรวงสาธารณสุขจึงได้กำหนดยุทธศาสตร์และทิศทางการดำเนินงานที่ชัดเจน โดยอาศัยการปลูกฝังค่านิยมองค์กรเป็นรากฐานสำคัญ และนำมาสู่การขับเคลื่อนนโยบายเร่งด่วน 6 ประการ ซึ่งรวมถึงการเพิ่มประสิทธิภาพการสื่อสาร การพัฒนาระบบบริการให้พร้อมรับสังคมสูงวัย การขับเคลื่อนบริการสู่ความเป็นดิจิทัล การสร้างความมั่นคงด้านสุขภาพ การส่งเสริมให้ไทยเป็นศูนย์กลางทางการแพทย์ และการพัฒนาองค์กรสู่ความเป็นเลิศ (High-Performance Organization) ควบคู่ไปกับการสร้างเสริมคุณภาพชีวิตที่ดีในการทำงานของบุคลากร[2] กระทรวงสาธารณสุขจึงได้พัฒนา “แนวทางการพัฒนาองค์กรสมรรถนะสูง กระทรวงสาธารณสุข MoPH-4T” ขึ้นเพื่อใช้เป็นกรอบในการพัฒนาหน่วยงานทั้งในส่วนกลางและส่วนภูมิภาคให้มีความสามารถในการบริหารจัดการที่ยอดเยี่ยม ถือเป็นกลไกสำคัญที่ขับเคลื่อนองค์กรผ่านหลักปฏิบัติ 4 ประการ คือ ความไว้วางใจ (Trust), การทำงานเป็นทีมและส่งเสริมคนเก่ง (Teamwork & Talent, เทคโนโลยี (Technology), และการมุ่งเน้นเป้าหมาย (Targets) การนำกรอบแนวทางการพัฒนาองค์กรสมรรถนะสูง กระทรวงสาธารณสุข MoPH-4T มาปรับใช้จึงช่วยยกระดับองค์กรให้สอดคล้องกับนโยบายที่วางไว้ และนำพากระทรวงสาธารณสุขไปสู่การเป็นองค์กรสมรรถนะสูงได้สำเร็จตามเป้าหมาย[2] โดยมีเป้าหมายในการขยายผลจากหน่วยงานส่วนกลางและระดับเขตสุขภาพ ไปสู่หน่วยงานในระดับจังหวัด อำเภอ และชุมชน อย่างครอบคลุมทั่วประเทศ ปัจจุบันได้มีกระบวนการคัดเลือกหน่วยงานที่มีการดำเนินงานพัฒนาองค์กรอย่างโดดเด่นเพื่อยกย่องเป็น แนวปฏิบัติที่เป็นเลิศ (Best Practice) ตามกรอบ MoPH-4T ซึ่งข้อมูลในช่วงปีงบประมาณ 2566–2567 พบว่า มีหน่วยงานที่ได้รับการคัดเลือกในระดับกรมจำนวน 8 กรม (รวม 68 หน่วยงานย่อย) และในระดับเขตสุขภาพทั้ง 12 เขต (รวม 50 หน่วยงาน) สำหรับในเขตสุขภาพที่ 5 มีหน่วยงานที่ได้รับการคัดเลือกเป็นแนวปฏิบัติที่เป็นเลิศจำนวน 9 แห่ง ในพื้นที่จังหวัดกาญจนบุรี ยังไม่มีหน่วยงานใดที่ได้รับการพิจารณาคัดเลือกตามเกณฑ์ดังกล่าว[3]

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี มีแผนยุทธศาสตร์ระยะ 5 ปี ได้รับการพัฒนาขึ้นโดยคำนึงถึงบริบทของยุคสมัยที่เปลี่ยนแปลงสู่ระบบดิจิทัล โดยให้ความสำคัญกับการบูรณาการและขับเคลื่อนภารกิจให้สอดรับกับนโยบายในทุกระดับ[4] ได้รับนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขในการมุ่งสู่การเป็นองค์กรสมรรถนะสูง ซึ่งสะท้อนผ่านวิสัยทัศน์ที่กำหนดไว้ว่า “ประชารัฐร่วมใจ ก้าวไกลนวัตกรรม เทคโนโลยีสารสนเทศเลิศล้ำ นำประชาชนสุขภาพดี” ขับเคลื่อนผ่านค่านิยมหลักขององค์กร จากการดำเนินงานที่ผ่านมา พบว่าบุคลากรยังประสบปัญหาความไม่ชัดเจนในการตัดสินใจเชิง

ปฏิบัติการ ขาดความเข้าใจถึงคุณค่าและประโยชน์ของการเป็นองค์กรสมรรถนะสูงอย่างถ่องแท้ และยังไม่มีการกำหนดเกณฑ์การประเมินผลการปฏิบัติงานที่ชัดเจนเป็นรูปธรรม โครงสร้างการบริหารงานสาธารณสุขในจังหวัดกาญจนบุรี ในช่วงปีงบประมาณ 2566–2567 ได้เกิดการเปลี่ยนแปลงครั้งสำคัญ โดยมีการโอนย้ายภารกิจของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ทั้งหมด 143 แห่ง ให้ไปอยู่ภายใต้การกำกับดูแลขององค์การบริหารส่วนจังหวัดกาญจนบุรี ซึ่งการถ่ายโอนนี้ครอบคลุมทั้งด้านบุคลากร งบประมาณ และทรัพย์สิน เพื่อรองรับกระบวนการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ ก่อนการเปลี่ยนแปลงนี้ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (สสอ.) ดำรงบทบาทเป็นหน่วยงานหลักในการสนับสนุนการดำเนินงานของ รพ.สต. ในทุกมิติผ่านรูปแบบเครือข่ายบริการสุขภาพปฐมภูมิ (CUP)[1] ดังนั้น เมื่อมีการถ่ายโอนภารกิจไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัด จึงส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเชิงโครงสร้างและการบริหารจัดการ ทำให้บทบาทของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอจำเป็นต้องปรับเปลี่ยนไปสู่การเป็นหน่วยงานที่เอื้ออำนวยและสนับสนุน การดำเนินงานของ รพ.สต. ทั้งที่ถ่ายโอนและไม่ถ่ายโอนภารกิจ เพื่อตอบสนองต่อความต้องการด้านสุขภาพของประชาชนเป็นสำคัญ[5]

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน มีความสัมพันธ์อย่างมากกับการปฏิบัติงานและการบรรลุวัตถุประสงค์ขององค์กร เนื่องจากเมื่อบุคลากรเกิดความพึงพอใจ จะเกิดแรงจูงใจในการเพิ่มประสิทธิภาพการทำงาน[6] การที่บุคลากรมีการพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง จึงเป็นสิ่งสำคัญที่ส่งผลให้องค์กรบรรลุเป้าหมาย โดยเฉพาะการพัฒนาตนเองด้วยการนำแนวทางการพัฒนาองค์กรสมรรถนะสูง MoPH-4T ไปปฏิบัติ นอกจากจะส่งผลดีต่อองค์กรแล้ว ยังส่งผลให้ผู้ปฏิบัติสามารถบรรลุเป้าหมายในการดำเนินชีวิตและประสบความสำเร็จในหน้าที่การงานอีกด้วย จากการศึกษาแนวคิดความพึงพอใจในการทำงานของ Stamps[7] พบว่ามีความเหมาะสมในการนำมาประยุกต์ใช้กับบุคลากรในองค์กรสุขภาพหรือองค์กรด้านสาธารณสุข และมีแบบวัดที่สร้างขึ้นอย่างมีมาตรฐานที่ใช้วัดความพึงพอใจในการทำงานของบุคลากรด้านสาธารณสุข (The Index of Work Satisfaction: IWS) เคยถูกใช้ในการวัดความพึงพอใจในองค์กรสาธารณสุขมาอย่างยาวนาน มีความน่าเชื่อถือในความเที่ยงและความมีมาตรฐาน มีงานวิจัยหลายฉบับที่นำแนวคิดและเครื่องมือนี้มาใช้ตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน จึงเป็นเหตุผลที่ผู้วิจัยเลือกแนวคิดของ Stamps มาใช้ในการวิจัยครั้งนี้

ทำให้ผู้วิจัยมีความสนใจศึกษาเรื่องความต้องการพัฒนาตนเองในการปฏิบัติตามองค์กรสมรรถนะสูง กระทรวงสาธารณสุข MoPH-4T ของบุคลากรสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ พื้นที่จังหวัดกาญจนบุรี เนื่องจากบุคลากรสาธารณสุขมีส่วนสำคัญในการขับเคลื่อนการดำเนินงานตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข โดยการศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความต้องการพัฒนาตนเองในการปฏิบัติตามองค์กรสมรรถนะสูง กระทรวงสาธารณสุข MoPH-4T และปัจจัยที่ส่งผลต่อความต้องการพัฒนาตนเองในการปฏิบัติตามองค์กรสมรรถนะสูง กระทรวงสาธารณสุข MoPH-4T ของบุคลากรสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ พื้นที่จังหวัดกาญจนบุรี ผลที่ได้จากการศึกษาวิจัยจะเป็นประโยชน์ในการวางแผนส่งเสริมสนับสนุนให้บุคลากร มีการพัฒนาตนเองในการปฏิบัติงานตามนโยบาย บุคลากร มีคุณภาพชีวิตในการทำงานที่ดีขึ้น มีความสมดุลชีวิตกับการทำงาน ส่งผลให้บรรลุตามแผนยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุขตามเป้าหมายประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความต้องการพัฒนาตนเองในการปฏิบัติตามองค์กรสมรรถนะสูง กระทรวงสาธารณสุข MoPH-4T ของบุคลากรสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ พื้นที่จังหวัดกาญจนบุรี

2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความต้องการพัฒนาตนเองในการปฏิบัติตามองค์กรสมรรถนะสูง กระทรวงสาธารณสุข MoPH-4T ของบุคลากรสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ พื้นที่จังหวัดกาญจนบุรี

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

รูปแบบงานวิจัย เป็นการวิจัยแบบผสานวิธี (Mixed Methods Research) ในการทำตามลำดับอธิบายผล (Explanatory Sequential Design) โดยดำเนินการ 2 ระยะ ดังนี้ ระยะที่ 1 การวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) คือการเก็บข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัยเชิงปริมาณจนเสร็จสิ้นแล้วจึงนำเอาไปเชื่อมต่ออธิบายโดยการวิจัย ระยะที่ 2 การวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) โดยทำการเก็บข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัยเชิงคุณภาพแล้วทำการตีความหมาย เพื่อช่วยอธิบายปัจจัยที่ส่งผลต่อความต้องการพัฒนาตนเองในการปฏิบัติตามองค์กรสมรรถนะสูง กระทรวงสาธารณสุข MoPH-4T ของบุคลากรสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ พื้นที่จังหวัดกาญจนบุรี

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ บุคลากรที่ปฏิบัติงานในสำนักงานสาธารณสุขอำเภอสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี ทั้งหมด 13 แห่ง ประกอบด้วย ตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุข นักสาธารณสุข เจ้าพนักงานสาธารณสุข พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการการเงินและบัญชี เจ้าพนักงานการเงินและบัญชี นักวิชาการคอมพิวเตอร์ และเจ้าพนักงานธุรการ จำนวน 116 คน (ข้อมูล ณ วันที่ 30 ตุลาคม 2567)[8] ดังนี้

ระยะที่ 1 การวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research)

เก็บข้อมูลโดยแบบสอบถามจากจำนวนประชากร ทั้งหมดจำนวน 116 คน โดยกำหนดเกณฑ์การคัดเข้าร่วมการวิจัย ได้แก่ 1) เป็นบุคลากรสำนักงานสาธารณสุขอำเภอที่ปฏิบัติงานในเขตพื้นที่จังหวัดกาญจนบุรี 2) ต้องปฏิบัติงานในสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ มากกว่า 3 เดือน 3) ไม่เป็นผู้อยู่ระหว่างยื่นใบลาออกจากราชการหรือมีความตั้งใจลาออกภายในระยะเวลา 1 ปี นับจากนี้ และ 4) ยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ 1) มีอาการเจ็บป่วยรุนแรง กะทันหัน ไม่สามารถให้ข้อมูลได้ 2) ปฏิเสธหรือถอนตัวจากโครงการวิจัย

ระยะที่ 2 การวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research)

กลุ่มเป้าหมายที่ใช้ในการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) คือ บุคลากรสำนักงานสาธารณสุขอำเภอในพื้นที่จังหวัดกาญจนบุรี ทั้งหมดจำนวน 26 คน เป็นผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (Key Informants) ประกอบด้วย 1) สาธารณสุขอำเภอ หรือรักษาการแทนสาธารณสุขอำเภอ หรือผู้ช่วยสาธารณสุขอำเภอ ทำการเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จำนวน 13 คน และ 2) บุคลากรสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ทำการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) จำนวน 13 คน โดยกำหนดเกณฑ์การคัดเข้าร่วมการวิจัย ได้แก่ 1) เป็นบุคลากรสำนักงานสาธารณสุขอำเภอที่ปฏิบัติงานในเขตพื้นที่จังหวัดกาญจนบุรี 2) ต้องปฏิบัติงานในสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ มากกว่า 3 เดือน 3) ไม่เป็นผู้อยู่ระหว่างยื่นใบลาออกจากราชการหรือมีความตั้งใจลาออก ภายในระยะเวลา 1 ปี นับจากนี้ 4) ยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย กำหนดเกณฑ์การคัดออกการเข้าร่วมวิจัย ได้แก่ 1) มีอาการเจ็บป่วยรุนแรง กะทันหัน ไม่สามารถให้ข้อมูลได้ 2) ปฏิเสธหรือถอนตัวจากโครงการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ระยะที่ 1 การวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research)

เป็นแบบสอบถาม (Questionnaire) ซึ่งผู้วิจัยได้สร้างขึ้นโดยการศึกษาค้นคว้ามาจากแนวคิดและทฤษฎีต่างๆ การทบทวนวรรณกรรม รวมถึงงานวิจัยที่เกี่ยวข้องนำมาประยุกต์ใช้ในการสร้างแบบสอบถาม โดยแบ่งออกเป็น 3 ส่วน รวมจำนวนทั้งหมด 53 ข้อ ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคล จำนวน 8 ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา ระดับตำแหน่งงาน ตำแหน่งสายงาน ระยะเวลา และอัตราเงินเดือน

ส่วนที่ 2 ความพึงพอใจในการทำงาน ผู้วิจัยแปลและประยุกต์จากแบบสอบถาม The Index of Work Satisfaction: IWS ของ Stamps (1997)[7] จำนวน 25 ข้อ เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับด้านลักษณะงาน ด้านการมีปฏิสัมพันธ์ในหน่วยงาน ด้านนโยบายองค์กร ด้านความเป็นอิสระ ด้านสถานภาพของวิชาชีพ และด้านค่าตอบแทน

ส่วนที่ 3 ความต้องการพัฒนาตนเองในการปฏิบัติตามองค์กรสมรรถนะสูง กระทรวงสาธารณสุข MoPH-4T จำนวน 20 ข้อ เป็นคำถามเกี่ยวกับด้านการสร้างความไว้วางใจ (T1: Trust) ด้านการส่งเสริมการทำงานเป็นทีม (T2: Teamwork & Talent) ด้านการใช้เทคโนโลยี (T3: Technology) และด้านการทำงานที่มุ่งเป้าหมาย (T4: Targets)

โดยเกณฑ์การให้คะแนนส่วนที่ 2 และส่วนที่ 3 จะประเมินคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (Rating Scale) ตามวิธีของลิเคิร์ท (Likert scale) ได้แก่ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด โดยรายข้อที่เป็นเชิงบวกมีการให้คะแนนระหว่างปฏิบัติมากที่สุด เท่ากับ 5 คะแนน ซึ่งคะแนนจะลดลงตามลำดับจนถึงปฏิบัติน้อยที่สุด เท่ากับ 1 คะแนน ส่วนรายข้อเชิงลบจะให้คะแนนตรงกันข้ามกัน และใช้เกณฑ์ของ Best (1986)[9] เพื่อการวิเคราะห์ในการแบ่งระดับโดยใช้คะแนนสูงสุดลบด้วยคะแนนต่ำสุด และนำมาหารด้วยระดับการวัดที่ต้องการ คือ 5 ระดับ ดังนี้ ค่าเฉลี่ย 4.21 - 5.00 อยู่ในระดับมากที่สุด 3.41 – 4.20 อยู่ในระดับมาก 2.61 – 3.40 อยู่ในระดับปานกลาง 1.81 – 2.60 อยู่ในระดับน้อย 1.00 – 1.80 อยู่ในระดับน้อยที่สุด

ระยะที่ 2 การวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research)

เก็บข้อมูลด้วยวิธีการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In-Depth Interview) ร่วมกับร่วมกับการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม (Non-Participant Observation) และบันทึกเทปขณะทำการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยเตรียมเครื่องมือดังนี้ 1) แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง (Semi structured Interview) ประเด็นสำคัญที่จะสัมภาษณ์โดยใช้แนวคำถามที่เตรียมไว้ (Interview Guideline) เป็นคำถามปลายเปิด (Open-Ended) ที่ผู้วิจัยใช้วิธีการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In-Depth Interview) เพื่อให้ได้ข้อมูลระดับลึก 2) เครื่องบันทึกเสียง 3) สมุดสำหรับจดบันทึก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือเชิงปริมาณ ผู้วิจัยนำแบบแบบสอบถามที่สร้างขึ้น โดยการเลือกผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Item Content Validity Index: I-CVI) โดยความพึงพอใจในการทำงาน ความต้องการพัฒนาตนเองในการปฏิบัติตามองค์กรสมรรถนะสูง กระทรวงสาธารณสุข MoPH-4T มีค่า S-CVI เท่ากับ 0.95 และ 1.00 ตามลำดับ จากนั้นนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ในพื้นที่ใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่ไม่อยู่ในพื้นที่เก็บข้อมูลการวิจัย จำนวน 30 คน วิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach’s Alpha Coefficient)[10] ทั้งฉบับเท่ากับ 0.93 และแบบสอบถามความพึงพอใจในการทำงาน ความต้องการพัฒนาตนเองในการปฏิบัติตามองค์กรสมรรถนะสูง กระทรวงสาธารณสุข MoPH-4T เท่ากับ 0.80 และ 0.97 ตามลำดับ

ส่วนที่ 2 การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือเชิงคุณภาพ เป็นการตรวจสอบคุณภาพของแบบสัมภาษณ์ที่สร้างขึ้น โดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ช่วยประเมินว่าคำถาม สาระหรือหัวข้อที่ใช้ตรงกับวัตถุประสงค์การวิจัย และการตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า (Triangulation) ผู้วิจัยตรวจสอบข้อมูลด้วยวิธีการตรวจสอบสามเส้าด้านข้อมูล โดยการตรวจสอบแหล่งข้อมูลทั้งในเชิงเวลา สถานที่ และบุคคล เพื่อตรวจสอบว่าข้อมูลที่ได้มาถูกต้อง และการตรวจสอบสามเส้าด้านวิธีการรวบรวมข้อมูล โดยใช้วิธีการเก็บข้อมูลหลายวิธี คือ การสัมภาษณ์ การสังเกต การจดบันทึก และการบันทึกเสียง เพื่อรวบรวมข้อมูลในเรื่องเดียวกัน แล้วนำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบยืนยันกัน การอ้างคำพูด

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์เป็นเครื่องมือหลัก โดยผู้วิจัยที่ผ่านการอบรมเกี่ยวกับการใช้เครื่องมือวิจัยเป็นผู้ดำเนินการสัมภาษณ์ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องโดยตรง ทั้งนี้ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบไปด้วย การบันทึกคำตอบของบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในสำนักงานสาธารณสุขอำเภอในพื้นที่จังหวัดกาญจนบุรี ลงในแบบสอบถาม จากนั้นทำการตรวจสอบความครบถ้วนและความถูกต้องของข้อมูล เมื่อผ่านการตรวจสอบแล้ว จึงไปลงรหัสเพื่อเตรียมการวิเคราะห์ข้อมูลในขั้นตอนต่อไป ในการสัมภาษณ์แบบสัมภาษณ์เชิงลึก เมื่อข้อมูลอิ่มตัว (Data Saturation) ผู้วิจัยจึงหยุดการสัมภาษณ์เชิงลึก ผู้วิจัยสรุปผลที่ได้จากการสัมภาษณ์ และนำเสนอข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

ระยะที่ 1 การวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research)

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของประชากร ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ความพึงพอใจในการทำงาน ความต้องการพัฒนาตนเอง องค์กรสมรรถนะสูง กระทรวงสาธารณสุข MoPH-4T การแจกแจงค่าความถี่ (Frequency) ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

2. สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อความต้องการพัฒนาตนเองในการปฏิบัติตามองค์กรสมรรถนะสูง กระทรวงสาธารณสุข MoPH-4T ของบุคลากรสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ พื้นที่จังหวัดกาญจนบุรี โดยใช้การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis) กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ระยะที่ 2 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ (Qualitative Data Analysis)

โดยใช้รูปแบบเชิงอธิบาย (Explanatory Sequential Design) เนื่องจากในการวิจัยระยะนี้ เป็นการเก็บข้อมูลเพื่ออธิบายผลที่ได้จากการวิจัยระยะที่ 1 มีการตรวจสอบสามเส้าด้านข้อมูล โดยการตรวจสอบแหล่งข้อมูลทั้งในเชิงเวลา สถานที่ และบุคคล เพื่อตรวจสอบว่าข้อมูลที่ได้มาถูกต้อง และการตรวจสอบสามเส้าด้านวิธีการรวบรวมข้อมูล โดยใช้วิธีการเก็บข้อมูลหลายวิธี และการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) ในประเด็นที่ต้องการหาคำตอบ ข้อมูลที่ได้จึงเป็นเนื้อหา (Content) และนำมาเขียนในเชิงบรรยาย

การพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี ใบรับรองโครงการวิจัยเลขที่ PHCSP 2568 - 020 ลงวันที่ 6 พฤษภาคม 2568

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

ผู้ตอบแบบสอบถามเป็นบุคลากรสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ พื้นที่จังหวัดกาญจนบุรี 116 คน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 62.93 มีอายุเฉลี่ย 43.85 ปี (σ = 10.19) มีสถานภาพคู่ ร้อยละ 59.48 ระดับการศึกษาปริญญาตรี ร้อยละ 72.42 อยู่ในตำแหน่งทางสายงานเป็นนักวิชาการสาธารณสุข/นักสาธารณสุข ร้อยละ 54.31 ไม่มีตำแหน่งทางบริหาร ร้อยละ 74.14 ระยะเวลาการปฏิบัติงานเฉลี่ย 20.28 ปี (σ = 11.69) และมีอัตราเงินเดือน 50,001 บาทขึ้นไป ร้อยละ 32.76

2. ความพึงพอใจในการทำงาน

ความพึงพอใจในการทำงานทั้งหมด 6 ด้าน ของบุคลากรสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ พื้นที่จังหวัดกาญจนบุรี พบว่า ภาพรวมอยู่ในระดับมาก (μ = 3.70, σ = 0.44) ด้านลักษณะงาน อยู่ในระดับมาก (μ = 3.94, σ = 0.58) ด้านการมีปฏิสัมพันธ์ในหน่วยงาน อยู่ในระดับมาก (μ = 4.18, σ = 0.66) ด้านนโยบายองค์กร อยู่ในระดับมาก (μ = 3.75, σ = 0.65) ด้านความเป็นอิสระ อยู่ในระดับมาก (μ = 3.59, σ = 0.69) ด้านสถานภาพของวิชาชีพ อยู่ในระดับมาก (μ = 3.48, σ = 0.55) และด้านค่าตอบแทน อยู่ในระดับปานกลาง (μ = 3.23, σ = 0.80) รายละเอียดตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความพึงพอใจในการทำงาน ทั้งหมด 6 ด้าน ของบุคลากรสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ พื้นที่จังหวัดกาญจนบุรี (N = 116)

ความพึงพอใจในการทำงาน	μ	σ	แปลผล
ด้านลักษณะงาน	3.94	0.58	มาก
ด้านการมีปฏิสัมพันธ์ในหน่วยงาน	4.18	0.66	มาก
ด้านนโยบายองค์กร	3.75	0.65	มาก
ด้านความเป็นอิสระ	3.59	0.69	มาก
ด้านสถานภาพของวิชาชีพ	3.48	0.55	มาก
ด้านค่าตอบแทน	3.23	0.80	ปานกลาง
รวม	**3.70**	**0.44**	**มาก**

3. ความต้องการพัฒนาตนเองในการปฏิบัติตามองค์กรสมรรถนะสูง กระทรวงสาธารณสุข MoPH-4T

ความต้องการพัฒนาตนเองในการปฏิบัติตามองค์กรสมรรถนะสูง กระทรวงสาธารณสุข MoPH-4T ทั้ง 4 ด้าน ของบุคลากรสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ พื้นที่จังหวัดกาญจนบุรี พบว่า ภาพรวมอยู่ในระดับมาก (μ = 3.88, σ = 0.59) ด้านการสร้างความไว้วางใจ (T1: Trust) อยู่ในระดับมาก (μ = 3.90, σ = 0.67) ด้านการส่งเสริมการทำงานเป็นทีม (T2: Teamwork & Talent) อยู่ในระดับมาก (μ = 3.95, σ = 0.71) ด้านการใช้เทคโนโลยี (T3: Technology) อยู่ใน

ระดับมาก (μ = 3.87, σ = 0.67) และด้านการทำงานที่มุ่งเป้าหมาย (T4: Targets) อยู่ในระดับมาก (μ = 3.81, σ = 0.60) รายละเอียดตามตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความต้องการพัฒนาตนเองในการปฏิบัติตามองค์กรสมรรถนะสูง กระทรวงสาธารณสุข MoPH-4T ทั้งหมด 6 ด้าน ของบุคลากรสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ พื้นที่จังหวัดกาญจนบุรี (N = 116)

ความต้องการพัฒนาตนเอง ในการปฏิบัติตามองค์กรสมรรถนะสูง กระทรวงสาธารณสุข MoPH-4T	**μ**	**σ**	**แปลผล**
ด้านการสร้างความไว้วางใจ (T1: Trust)	3.90	0.67	มาก
ด้านการส่งเสริมการทำงานเป็นทีม (T2: Teamwork & Talent)	3.95	0.71	มาก
ด้านการใช้เทคโนโลยี (T3: Technology)	3.87	0.67	มาก
ด้านการทำงานที่มุ่งเป้าหมาย (T4: Targets)	3.81	0.60	มาก
รวม	**3.88**	**0.59**	**มาก**

4. ผลการวิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคลที่ส่งผลต่อความต้องการพัฒนาตนเองในการปฏิบัติตามองค์กรสมรรถนะสูง กระทรวงสาธารณสุข MoPH-4T ของกลุ่มตัวอย่าง ด้วยการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis)

ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis) โดยใช้วิธี Enter พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล จำนวน 1 ตัวแปร ได้แก่ สถานภาพ (X_3) ที่ส่งผลต่อความต้องการพัฒนาตนเองในการปฏิบัติตามองค์กรสมรรถนะสูง กระทรวงสาธารณสุข MoPH-4T (Y) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ 0.05 โดยสถานภาพมีผลเชิงบวก (β = 0.233, p = 0.036) และสามารถเขียนสมการ y = a + bx ได้ดังนี้ $Y = 73.431 + 2.860 (X_3)$

ส่วนตัวแปรอื่น ๆ ได้แก่ เพศ (X_1), อายุ (X_2), ระดับการศึกษา (X_4), ระดับตำแหน่งงาน (X_5), ตำแหน่งสายงาน (X_6), ระยะเวลาการปฏิบัติงาน (X_7) และอัตราเงินเดือน (X_8) ไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับความต้องการพัฒนาตนเองในการปฏิบัติตามองค์กรสมรรถนะสูง กระทรวงสาธารณสุข MoPH-4T (Y) รายละเอียดตามตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับความต้องการพัฒนาตนเองในการปฏิบัติตามองค์กรสมรรถนะสูง กระทรวงสาธารณสุข MoPH-4T (N = 116)

ตัวแปร	b	SE	**β**	t	p
Constant	73.431	5.990		12.259	0.000
X_1	2.508	2.639	0.102	0.950	0.344
X_2	5.519	4.633	0.161	1.191	0.236
X_3	6.058	2.860	0.233	2.119	0.036*
X_4	2.598	4.759	0.052	0.546	0.586
X_5	-2.142	3.154	-0.079	-0.679	0.499
X_6	1.360	2.559	0.057	0.531	0.596
X_7	-7.083	3.780	-0.256	-1.874	0.064
X_8	-3.423	3.492	-0.129	-0.980	0.329

$R = 0.315$, $R^2 = 0.099$, $R^2_{Adj} = 0.032$, $SE_{EST} = 11.68573$, Durbin-Watson = 1.899

5. ผลการวิเคราะห์ปัจจัยความพึงพอใจในการทำงานที่ส่งผลต่อความต้องการพัฒนาตนเองในการปฏิบัติตามองค์กรสมรรถนะสูง กระทรวงสาธารณสุข MoPH-4T ของกลุ่มตัวอย่าง ด้วยการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis)

ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณระหว่างปัจจัยความพึงพอใจในการทำงานกับความต้องการพัฒนาตนเองในการปฏิบัติตามองค์กรสมรรถนะสูง กระทรวงสาธารณสุข MoPH-4T โดยใช้วิธี Stepwise พบว่า ปัจจัยความพึงพอใจในการทำงานที่มีผลต่อความต้องการพัฒนาตนเองในการปฏิบัติตามองค์กรสมรรถนะสูง กระทรวงสาธารณสุข MoPH-4T (Y) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ 0.05 จำนวน 5 ตัวแปร ได้แก่ รับทราบนโยบายและภารกิจเกี่ยวกับงานอย่างชัดเจน (X_9) (β = 0.330, p = 0.001), งานที่ทำต้องการทักษะหรือองค์ความรู้ในการปฏิบัติ (X_{19}) (β = 0.208, p = 0.009), ได้รับความช่วยเหลือเมื่อเกิดปัญหาในการทำงานและได้รับคำปรึกษาจากเพื่อนร่วมงานอยู่เสมอ (X_6) (β = 0.254, p = 0.002), สามารถใช้ความคิดสร้างสรรค์ในงานที่ทำอย่างเต็มที่ (X_2) (β = -0.169, p = 0.021) และ วิชาชีพของผู้ปฏิบัติได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวางว่าเป็นวิชาชีพสำคัญ (X_{18}) (β = 0.155, p = 0.049)โดยพบว่ามีตัวแปรที่มีผลทางลบต่อความต้องการพัฒนาตนเองในการปฏิบัติตามองค์กรสมรรถนะสูง กระทรวงสาธารณสุข MoPH-4T (Y) คือสามารถใช้ความคิดสร้างสรรค์ในงานที่ทำอย่างเต็มที่ (X_2) โดยตัวแปรทั้ง 5 ตัวร่วมกันมีอำนาจกำหนดความแปรปรวนของความต้องการพัฒนาตนเองในการปฏิบัติตามองค์กรสมรรถนะสูง กระทรวงสาธารณสุข MoPH-4T (Y) ได้ร้อยละ 44.80 (R^2 = 0.448, R^2_{Adj} = 0.423, F = 17.867, p < 0.001) และสามารถเขียนสมการ y = a + bx ได้ดังนี้ $Y = 22.404 + 5.501(X_9) + 3.460(X_{19}) + 4.238(X_6) - 1.791(X_2) + 1.745(X_{18})$ ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณระหว่างปัจจัยความพึงพอใจในการทำงานกับความต้องการพัฒนาตนเองในการปฏิบัติตามองค์กรสมรรถนะสูง กระทรวงสาธารณสุข MoPH-4T (N = 116)

ตัวแปร	b	SE	β	t	p
Constant	22.404	7.063		3.172	0.002*
X_9	5.501	1.418	0.330	3.878	0.001*
X_{19}	3.460	1.304	0.208	2.652	0.009*
X_6	4.238	1.315	0.254	3.224	0.002*
X_2	-1.791	0.766	-0.169	-2.339	0.021*
X_{18}	1.745	0.877	0.155	1.990	0.049*

R = 0.669, R^2 = 0.448, R^2_{Adj} = 0.423, SE_{EST} = 9.02039, Durbin-Watson = 1.839

6. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ

ผลการสังเคราะห์ข้อมูลจากการสัมภาษณ์จากผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (Key Informants) จำนวนทั้งหมด 26 คน ประกอบด้วยสาธารณสุขอำเภอ (Public Health Executive: PE) จำนวน 13 คน และบุคลากรสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (Public Health: PH) จำนวน 13 คน เกี่ยวกับความต้องการพัฒนาตนเองในการปฏิบัติตามองค์กรสมรรถนะสูง กระทรวงสาธารณสุข MoPH-4T จากการวิเคราะห์ข้อมูลระยะที่ 1 ทำให้ผู้วิจัยสามารถสรุปประเด็นที่สำคัญจากข้อมูลเชิงปริมาณ เพื่อให้เป็นแนวทางในการสังเคราะห์ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก ทั้ง 6 ประเด็น โดยมีรายละเอียดดังนี้

6.1 ด้านลักษณะงาน

บุคลากรส่วนใหญ่รู้สึกภาคภูมิใจและพึงพอใจในความรับผิดชอบที่ได้รับ และงานที่มีความซับซ้อนท้าทายเป็นแรงกระตุ้นให้พัฒนาตนเองในการปฏิบัติตามองค์กรสมรรถนะสูง กระทรวงสาธารณสุข MoPH-4T ดังคำสัมภาษณ์ที่ว่า

“มีการกำหนดงานที่ได้รับผิดชอบอย่างชัดเจน ทำให้รู้ว่าตัวเองสามารถวางแผนการทำงานได้...เรามีการเขียน Action Plan ทุกปี ให้สอดคล้องกับงานที่ได้รับผิดชอบ” (PH02, ผู้ให้สัมภาษณ์, 4 สิงหาคม 2568)

6.2 ด้านการมีปฏิสัมพันธ์ในหน่วยงาน

บรรยากาศการทำงาน มีความเป็นมิตร มีความร่วมมือ และการช่วยเหลือเกื้อกูลซึ่งกันและกัน ดังคำสัมภาษณ์ที่ว่า

“ต้องสร้างทีมงาน...ดูแลทีมงาน เน้นการทำงานเป็นทีม ส่งเสริมศักยภาพของบุคลากรแต่ละคน” (PE05, ผู้ให้สัมภาษณ์, 5 สิงหาคม 2568)

“การสื่อสารทางตรงโดยการพูดคุย และทางอ้อมผ่านทางโทรศัพท์ เช่น Line Facebook และมีการประชุมชี้แจงงานและนโยบายทุกเดือน” (PH13, ผู้ให้สัมภาษณ์, 7 สิงหาคม 2568)

6.3 ด้านนโยบายองค์กร

นโยบายและภารกิจขององค์กรมีความชัดเจน และมีการสื่อสารให้รับทราบอย่างต่อเนื่อง แต่กฎระเบียบและขั้นตอนการทำงานบางครั้งเป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติงาน ดังคำสัมภาษณ์ที่ว่า

“การกำหนดแผนร่วมกัน...เมื่อรับทราบนโยบายแล้ว จะนำมาทำแผนร่วมกันของสำนักงาน และกำหนดเข็มมุ่ง โดยพิจารณาจากยุทธศาสตร์และตัวชี้วัดที่กระทรวงให้ความสำคัญในปีนั้น ๆ เช่น NCD, อาหารปลอดภัย, ยาเสพติด, ไตเสื่อม” (PE06, ผู้ให้สัมภาษณ์, 5 สิงหาคม 2568)

6.4 ด้านความเป็นอิสระ

บุคลากรต้องการอิสระในการตัดสินใจและความเชื่อมั่นจากผู้บังคับบัญชา ดังคำสัมภาษณ์ที่ว่า

“ในหน่วยงานเดียวกันจะมีการทำงานแบบพี่น้อง เปิดโอกาสให้แสดงความคิดเห็นและเป็นอิสระในการทำงาน โดยกำหนดความสำเร็จร่วมกัน” (PE05, ผู้ให้สัมภาษณ์, 5 สิงหาคม 2568)

6.5 ด้านสถานภาพของวิชาชีพ

มีความภาคภูมิใจในวิชาชีพ และเห็นว่างานที่ทำต้องใช้ทักษะและองค์ความรู้เฉพาะด้านที่สำคัญต่อการพัฒนาสังคม โดยทักษะหรือองค์ความรู้ในการปฏิบัติงาน และการยอมรับ ดังคำสัมภาษณ์ที่ว่า

“ทักษะความรู้ความสามารถที่ผ่านมา ได้โอกาสเลื่อนขั้นบ่อย ๆ แต่ตำแหน่งยังคงอยู่ที่ระดับชำนาญการ อยากให้เปิดโอกาสคล้ายกับกระทรวงศึกษา ที่ตำแหน่งสามารถเลื่อนได้” (PH04, ผู้ให้สัมภาษณ์, 5 สิงหาคม 2568)

6.6 ด้านค่าตอบแทน

รายได้และค่าตอบแทนที่ได้รับยังไม่เพียงพอต่อการครองชีพ และเกณฑ์การจ่ายค่าตอบแทนไม่สอดคล้องกับภาระงานที่แท้จริง ดังคำสัมภาษณ์ที่ว่า

“รายได้ไม่เพียงพอเลย ไม่สามารถเก็บออมได้ มาปฏิบัติงานที่ สสอ.ก็จะมีรายได้แค่ทางเดียวคือเงินเดือน ยังไม่มีเงินค่าประจำตำแหน่ง และเงินค่าตอบแทนอื่น ๆ” (PH08, ผู้ให้สัมภาษณ์, 6 สิงหาคม 2568)

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

ความต้องการพัฒนาตนเองในการปฏิบัติตามองค์กรสมรรถนะสูง กระทรวงสาธารณสุข MoPH-4T ของบุคลากรสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ พื้นที่จังหวัดกาญจนบุรี เป็นการวิจัยแบบผสานวิธี (Mixed Methods Research) ในรูปแบบการทำตามลำดับอธิบายผล (Explanatory Sequential Design) แบ่งเป็น 2 ระยะ คือ ระยะที่ 1 การวิจัยเชิงปริมาณ ระยะที่ 2 การวิจัยเชิงคุณภาพ พบว่า ระดับความต้องการพัฒนาตนเองในการปฏิบัติตามองค์กรสมรรถนะสูง

กระทรวงสาธารณสุข MoPH-4T ภาพรวมอยู่ในระดับมาก (μ = 3.88, σ = 0.59) ปัจจัยที่ส่งผลต่อความต้องการพัฒนาตนเองในการปฏิบัติตามองค์กรสมรรถนะสูง กระทรวงสาธารณสุข MoPH-4T อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ 0.05 ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ด้านสถานภาพ (β = 0.233) และปัจจัยความพึงพอใจในการทำงานที่ส่งผลต่อความต้องการพัฒนาตนเองในการปฏิบัติตามองค์กรสมรรถนะสูง กระทรวงสาธารณสุข MoPH-4T อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ 0.05 จำนวน 5 ตัวแปร ได้แก่ รับทราบนโยบายและภารกิจเกี่ยวกับงานอย่างชัดเจน (β = 0.330) งานที่ทำต้องการทักษะหรือองค์ความรู้ในการปฏิบัติ (β = 0.208), ได้รับความช่วยเหลือเมื่อเกิดปัญหาในการทำงานและได้รับคำปรึกษาจากเพื่อนร่วมงานอยู่เสมอ (β = 0.254), สามารถใช้ความคิดสร้างสรรค์ในงานที่ทำอย่างเต็มที่ (β = -0.169) และวิชาชีพของผู้ปฏิบัติได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวางว่าเป็นวิชาชีพสำคัญ (β = 0.155) โดยที่ความสามารถในการใช้ความคิดสร้างสรรค์ในงานที่ทำอย่างเต็มที่ ส่งผลเชิงลบอย่างมีนัยสำคัญ ยิ่งบุคลากรรู้สึกพึงพอใจน้อยลงต่อการใช้ความคิดสร้างสรรค์ในงานปริมาณความต้องการพัฒนาตนเองกลับยิ่งเพิ่มสูงขึ้น ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าการพัฒนาตนเองถูกมองเป็นเครื่องมือในการรับมือกับข้อจำกัดเชิงระบบมากกว่าการเพิ่มอิสระในการสร้างสรรค์ สามารถอภิปรายตามวัตถุประสงค์ ดังนี้

1. ระดับความต้องการพัฒนาตนเองในการปฏิบัติตามองค์กรสมรรถนะสูง MoPH-4T

ผลการวิจัยพบว่า บุคลากรสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ พื้นที่จังหวัดกาญจนบุรี มีความต้องการพัฒนาตนเองในการปฏิบัติตามองค์กรสมรรถนะสูง กระทรวงสาธารณสุข MoPH-4T โดยรวมอยู่ในระดับมาก ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ สอดคล้องกับทฤษฎีความต้องการของ Maslow[11] ที่กล่าวว่า ความต้องการด้านความสำเร็จในชีวิต (Self-actualization Needs) เป็นความต้องการในระดับสูงสุด อะนุสอน จันทะปะเสิด และคณะ[12] ที่พบว่าบุคลากรสาธารณสุขใน สปป.ลาว ยังขาดทักษะความเชี่ยวชาญที่สูงขึ้น และมีความต้องการในการอยากพัฒนาตนเองทั้งด้านการเข้ารับการฝึกอบรมและการศึกษาต่อในระดับที่สูงขึ้น รวมทั้งการศึกษาของ เนาวรัตน์ มณีนิล และคณะ[13] ที่พบว่าบุคลากรส่วนใหญ่มีความต้องการการพัฒนาโดยการศึกษาต่อ

2. ปัจจัยที่ส่งผลต่อความต้องการพัฒนาตนเองในการปฏิบัติตามองค์กรสมรรถนะสูง กระทรวงสาธารณสุข MoPH-4T ของบุคลากรสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ พื้นที่จังหวัดกาญจนบุรี

2.1 ปัจจัยส่วนบุคคล

สถานภาพ เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อความต้องการพัฒนาตนเองในการปฏิบัติตามองค์กรสมรรถนะสูง กระทรวงสาธารณสุข MoPH-4T ของบุคลากรสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ พื้นที่จังหวัดกาญจนบุรี อธิบายได้ว่า บุคลากรที่มีสถานภาพสมรสจะมีความต้องการพัฒนาตนเองสูงกว่าบุคลากรที่มีสถานภาพโสด หม้าย หรือหย่าร้าง ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีความต้องการของ Maslow[11] ที่กล่าวว่า เมื่อบุคคลได้รับการตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานด้านความรักและความผูกพันแล้ว จะเกิดความต้องการในระดับที่สูงขึ้น อนุชา มหานิล[14] ที่พบว่าปัจจัยความสุขมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการพัฒนาตนเองของบุคลากรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของ เนาวรัตน์ มณีนิล และคณะ[13]ที่พบว่าการพัฒนาความก้าวหน้าในวิชาชีพเป็นความต้องการของมารดาหรือผู้ปกครอง รวมถึงการศึกษาของ พรชลิศา ยะจะนะ[15] ที่พบว่าบุคลากรที่มีสถานภาพทางครอบครัวที่แตกต่างกันมีความต้องการพัฒนาตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ปัจจัยด้านเพศ อายุ ระดับการศึกษา ตำแหน่งงาน ระยะเวลาการปฏิบัติงาน และอัตราเงินเดือนไม่ส่งผลต่อความต้องการพัฒนาตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ ชุติกาญจน์ สลาหลง[16] ที่พบว่าเพศ ประสบการณ์ วุฒิการศึกษา มีความต้องการพัฒนาตนเองไม่แตกต่างกัน

2.2 ปัจจัยความพึงพอใจในการทำงาน

1) ด้านลักษณะงานโดยรวมอยู่ในระดับมาก โดยมีความพึงพอใจในหน้าที่ความรับผิดชอบของงานที่ได้รับมอบหมายในปัจจุบันสูงที่สุด สอดคล้องกับแนวคิดของ Stamps[7] ที่อธิบายว่า ความพึงพอใจในประเภทของงานและ

ชนิดของงานที่ผู้ปฏิบัติงานต้องปฏิบัติเป็นประจำ เป็นองค์ประกอบสำคัญของความพึงพอใจในการทำงาน โดยเฉพาะในบุคลากรสาธารณสุขที่ต้องมีการปฏิบัติงานที่หลากหลายและซับซ้อน และผลการวิจัยยังพบว่าบุคลากรรู้สึกพอใจในหน้าที่ความรับผิดชอบของงานที่ได้รับมอบหมายในระดับมากที่สุด ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยเชิงคุณภาพที่พบว่า บุคลากรส่วนใหญ่รู้สึกภาคภูมิใจและพึงพอใจในความรับผิดชอบที่ได้รับ แม้งานมีความซับซ้อนและภาระมาก แต่กลับเป็นแรงกระตุ้นให้บุคลากรพัฒนาความรู้ ทักษะ และศักยภาพของตนเอง แสดงให้เห็นว่าการมีความชัดเจนในหน้าที่ความรับผิดชอบและการมีส่วนร่วมในการวางแผนงาน ส่งผลให้บุคลากรเกิดความพึงพอใจและมีแรงจูงใจในการพัฒนาตนเองเพื่อให้งานบรรลุเป้าหมาย และสอดคล้องกับทฤษฎีปัจจัยจูงใจของ Herzberg[17] ที่กล่าวว่า ลักษณะงานที่สนใจเป็นปัจจัยจูงใจที่มีความสัมพันธ์กับความสำเร็จของงานและการได้รับการยกย่องชมเชย เมื่อบุคลากรมีความพึงพอใจในลักษณะงานที่ปฏิบัติ จะเป็นแรงจูงใจให้เพิ่มผลผลิตและปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

2) ด้านการมีปฏิสัมพันธ์ในหน่วยงาน การได้รับความช่วยเหลือเมื่อเกิดปัญหาในการทำงานและการได้รับคำปรึกษาจากเพื่อนร่วมงาน ส่งผลเชิงบวกต่อความต้องการพัฒนาตนเองในการปฏิบัติตามองค์กรสมรรถนะสูง กระทรวงสาธารณสุข MoPH-4T ของบุคลากรสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ พื้นที่จังหวัดกาญจนบุรี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับผลการวิจัยเชิงคุณภาพที่พบว่า บรรยากาศการทำงานภายในสำนักงานสาธารณสุขอำเภอมีความเป็นมิตร มีความร่วมมือ และการช่วยเหลือเกื้อกูลซึ่งกันและกัน บุคลากรส่วนใหญ่รู้สึกว่าได้รับคำปรึกษาและการสนับสนุนจากเพื่อนร่วมงานและผู้บังคับบัญชาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งช่วยเสริมสร้างความไว้วางใจและความผูกพันในองค์กร สอดคล้องกับมิติ Teamwork ขององค์กรสมรรถนะสูง กระทรวงสาธารณสุข MoPH-4T ที่เน้นความร่วมมือและการทำงานเป็นทีมเพื่อนำองค์กรไปสู่ความสำเร็จ และสอดคล้องกับการศึกษาของขวัญใจ จิรัฐจินดา[18] ที่ศึกษารูปแบบการเสริมสร้างสมรรถนะหลักสำหรับบุคลากรสาธารณสุขของรพ.สต. พบว่าผลการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ช่วยกระตุ้นให้เกิดการปรับบทบาทของบุคลากรสาธารณสุขในการพัฒนาสมรรถนะตนเองเพิ่มขึ้น และบุคลากรสาธารณสุขต้องมีความเข้มแข็งที่จะสร้างกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันในชุมชน มีสัมพันธภาพและการสื่อสารที่ดีกับหน่วยงานในพื้นที่

3) ด้านนโยบายองค์กร การรับทราบนโยบายและภารกิจเกี่ยวกับงานอย่างชัดเจน ส่งผลเชิงบวกต่อความต้องการพัฒนาตนเองในการปฏิบัติตามองค์กรสมรรถนะสูง กระทรวงสาธารณสุข MoPH-4T ของบุคลากรสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ พื้นที่จังหวัดกาญจนบุรี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับผลการวิจัยเชิงคุณภาพที่พบว่า นโยบายและภารกิจขององค์กรมีความชัดเจน และมีการสื่อสารให้รับทราบอย่างต่อเนื่อง มีข้อสะท้อนถึงข้อจำกัดของกฎระเบียบและขั้นตอนการทำงานที่บางครั้งเป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติงาน นอกจากนี้ โอกาสในการก้าวหน้าในสายงานยังถูกมองว่ายังไม่ทั่วถึง ซึ่งประเด็นเหล่านี้สะท้อนความต้องการของบุคลากรที่จะมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายและต้องการความยืดหยุ่นมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของจตุพล พงศษฏ์ธนพิบูล[19] ที่พบว่าปัจจัยตำแหน่งงานมีความสัมพันธ์กับระดับความพึงพอใจและแรงจูงใจด้านนโยบายและการบริหารงานองค์กร และข้อเสนอแนะว่าความชัดเจนในกฎระเบียบและการพัฒนาศักยภาพบุคลากรจะทำให้เกิดแรงจูงใจและความพึงพอใจในการปฏิบัติงานเพิ่มขึ้น รวมทั้งความรู้สึกผูกพันและเป็นส่วนหนึ่งขององค์กร

4) ด้านความเป็นอิสระ ไม่ส่งผลต่อความต้องการพัฒนาตนเองในการปฏิบัติตามองค์กรสมรรถนะสูง กระทรวงสาธารณสุข MoPH-4T ของบุคลากรสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ พื้นที่จังหวัดกาญจนบุรี สอดคล้องกับการศึกษาของจุรีวรรณ จันพลา และคณะ[20] ที่พบว่าปัจจัยลักษณะงานมีความเหมาะสมกับคุณลักษณะงานบางประเภท เช่น งานที่ใช้ความคิดสร้างสรรค์ งานที่ไม่ต้องมีปฏิสัมพันธ์หรือเกี่ยวข้องกับผู้อื่นมากนัก ซึ่งอาจไม่สอดคล้องกับลักษณะงานสาธารณสุขที่ต้องมีมาตรฐานและแนวปฏิบัติที่ชัดเจน

5) ด้านสถานภาพวิชาชีพ การที่วิชาชีพได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวางว่าเป็นวิชาชีพสำคัญ และงานที่ทำต้องการทักษะหรือองค์ความรู้ในการปฏิบัติ ส่งผลเชิงบวกต่อความต้องการพัฒนาตนเองในการปฏิบัติตามองค์กรสมรรถนะสูง กระทรวงสาธารณสุข MoPH-4T ของบุคลากรสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ พื้นที่จังหวัดกาญจนบุรี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับผลการวิจัยเชิงคุณภาพที่พบว่าบุคลากรสาธารณสุขมีความภาคภูมิใจในวิชาชีพ และเห็นว่างานที่ทำต้องใช้ทักษะและองค์ความรู้เฉพาะด้านที่สำคัญต่อการพัฒนาสังคม มีการสอดคล้องกับแนวคิด Talent ในองค์กรสมรรถนะสูง กระทรวงสาธารณสุข MoPH-4T ที่มุ่งเน้นการสร้างคุณค่าของบุคลากรและการพัฒนาศักยภาพอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับ Stamps[7] ที่กล่าวว่า การได้รับการยอมรับนับถือจากผู้อื่นเป็นปัจจัยจูงใจสำคัญที่ทำให้บุคคลต้องการพัฒนางานและพัฒนาตนเองให้ดียิ่งขึ้น เมื่อบุคลากรรับรู้ว่าวิชาชีพของตนมีคุณค่า มีความสำคัญต่อระบบสุขภาพ และต้องใช้ความรู้ความชำนาญเฉพาะด้าน จะกระตุ้นให้เกิดความต้องการพัฒนาสมรรถนะของตนเองเพื่อรักษาและยกระดับมาตรฐานวิชาชีพ และสอดคล้องกับการศึกษาของกรรณิกา เรืองเดช ชาวสวนศรีเจริญ และคณะ[21] ที่พบว่านักวิชาการสาธารณสุขในเขตสุขภาพที่ 12 มีความต้องการพัฒนาสมรรถนะตนเองในด้านการพัฒนางานวิชา การวิจัย และนวัตกรรมสุขภาพอยู่ในระดับสูงที่สุด

6) ด้านค่าตอบแทน ไม่ส่งผลต่อความต้องการพัฒนาตนเอง สอดคล้องกับผลการวิจัยเชิงคุณภาพที่พบว่า รายได้และค่าตอบแทนที่ได้รับยังไม่เพียงพอต่อการครองชีพและไม่สามารถเก็บออมได้มากนัก แม้จะยอมรับว่าอัตราเงินเดือนอยู่ในระดับปานกลางเมื่อเทียบกับข้าราชการกลุ่มอื่น แต่ยังมีความรู้สึกว่าเกณฑ์การจ่ายค่าตอบแทนไม่สอดคล้องกับภาระงานที่แท้จริง สะท้อนว่าความจำเป็นที่องค์กรต้องมีการปรับระบบค่าตอบแทนเพื่อสร้างแรงจูงใจมาก และสอดคล้องกับแนวคิด Stamps[7] ที่จัดค่าตอบแทนเป็นปัจจัยค้ำจุน ที่ป้องกันความไม่พอใจ แต่ไม่ใช่ปัจจัยจูงใจที่แท้จริง ผลการวิจัยนี้แตกต่างจากการศึกษาของจตุพล พงศษฎ์ธนพิบูล[19] ที่พบว่าปัจจัยด้านเงินเดือน/ค่าตอบแทนและสวัสดิการมีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจ

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะจากผลการศึกษา

1.1 ผู้บริหารควรนำมิติครอบครัวเป็นแรงจูงใจในการพัฒนาตนเองของบุคลากร เนื่องจากการสถานภาพครอบครัวมีแนวโน้มที่จะเพิ่มแรงจูงใจในการสร้างความมั่นคงและความก้าวหน้าในชีวิต

1.2 ผู้บริหารควรสื่อสารและถ่ายทอดนโยบายและเป้าหมายเชิงกลยุทธ์ของกระทรวงกระทรวงสาธารณสุข โดยเฉพาะแนวทางการพัฒนาองค์กรสมรรถนะสูง MoPH-4T อย่างสม่ำเสมอและชัดเจน ควรจัดทำเข็มมุ่งหรือแผนปฏิบัติการ (Action Plan) ร่วมกับบุคลากรในแต่ละปี เพื่อให้ทุกคนทราบความต้องการขององค์กรและตนเองในการพัฒนาทักษะเพื่อตอบสนองเป้าหมายนั้น

1.3 ควรส่งเสริมวัฒนธรรมองค์กรที่เป็นมิตร และสนับสนุนการทำงานเป็นทีม เพื่อสร้างความเชื่อมั่นและความรู้สึกปลอดภัยในการทำงานแก่บุคลากร ส่งเสริมการทำผลงานวิชาการหรือการวิจัย เพื่อให้บุคลากรคงไว้ซึ่งความเชี่ยวชาญทางวิชาชีพ และตอบสนองความมุ่งมั่นภายในของบุคลากร จัดเวทีและช่องทางยกย่องชมเชย ผลงานที่ต้องใช้ทักษะสูงอย่างเป็นรูปธรรม

1.4 ทบทวนขั้นตอนและกฎระเบียบที่ทำให้งานมีลักษณะเชิงตั้งรับมากกว่าเชิงรุก เพื่อเพิ่มโอกาสให้บุคลากรได้ใช้ความคิดริเริ่มและตัดสินใจในงานมากขึ้น โดยให้การสนับสนุนทรัพยากรที่จำเป็นอย่างเพียงพอ เมื่อมอบหมายงานที่ต้องใช้ความคิดสร้างสรรค์

1.5 ผู้บริหารควรพิจารณาทบทวนเกณฑ์การให้ค่าตอบแทน ค่าตอบแทนอื่น ๆ หรือสวัสดิการ ที่เหมาะสมและยุติธรรม เพื่อให้สอดคล้องกับภาระงานที่แท้จริงและความเชี่ยวชาญที่ต้องใช้ การจัดการเรื่องเงินจะช่วยเสริมสร้างความไว้วางใจและเพิ่มความสุขในการทำงาน

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1 ควรศึกษาเปรียบเทียบความต้องการพัฒนาตนเองกลุ่มตัวอย่างที่มีความแตกต่างกันในด้านของสถานภาพ เพื่อศึกษาความต้องการพัฒนาตนเองในการปฏิบัติตามองค์กรสมรรถนะสูง กระทรวงสาธารณสุข MoPH-4T และศึกษาในบริบทการเปลี่ยนแปลงที่แตกต่างกัน ควรขยายการศึกษาไปในพื้นที่อื่น ๆ หรือหน่วยงานอื่น ๆ ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ที่มีบริบทการเปลี่ยนแปลงเชิงโครงสร้างที่แตกต่างกัน โดยเฉพาะหลังจากมีการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.)

2 ควรศึกษาในกลุ่มบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการขับเคลื่อน องค์กรสมรรถนะสูง กระทรวงสาธารณสุข MoPH-4T โดยตรง ควรขยายกลุ่มตัวอย่างไปยังผู้บริหารระดับสูง นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ผู้อำนวยการโรงพยาบาล และคณะกรรมการที่รับผิดชอบการขับเคลื่อนนโยบาย องค์กรสมรรถนะสูง กระทรวงสาธารณสุข MoPH-4T ในระดับจังหวัดและระดับเขต เพื่อรวบรวมมุมมองและความคาดหวังที่แตกต่างกันระหว่างผู้นำกับผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่

3 ควรศึกษาเชิงลึกในมิติของความคิดสร้างสรรค์ เนื่องจากผลการวิจัยพบความสัมพันธ์เชิงลบ ระหว่างความพึงพอใจในการทำงานด้านการใช้ความคิดสร้างสรรค์อย่างเต็มที่กับความต้องการพัฒนาตนเอง การวิจัยครั้งต่อไปควรใช้รูปแบบการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) หรือการวิจัยแบบผสมผสานวิธี (Mixed Methods Research) เพื่อเจาะลึกถึงสาเหตุเชิงระบบและเชิงวัฒนธรรมที่ทำให้บุคลากรรับรู้ว่าการพัฒนาตนเองเป็นการรับมือกับข้อจำกัด

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้เกี่ยวข้องทุกท่านที่ให้ความอนุเคราะห์และสนับสนุนในการเก็บรวบรวมข้อมูล ในเขตพื้นที่จังหวัดกาญจนบุรี ทั้ง 13 แห่ง ขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิ และอาจารย์ที่ปรึกษาที่ได้ให้คำแนะนำ

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. การขับเคลื่อนค่านิม MOPH สู่การปฏิบัติ. นนทบุรี: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2560.
2. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการพัฒนาองค์กรสมรรถนะสูง กระทรวงสาธารณสุข MoPH-4T. นนทบุรี: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2566.
3. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. Best Practice องค์กรสมรรถนะสูง กระทรวงสาธารณสุข MoPH-4T. นนทบุรี: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขม, 2567.
4. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี. แผนยุทธศาสตร์ 5 ปี (2566-2570) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี [อินเตอร์เน็ต]. กาญจนบุรี: สำนักงานสาธารณสุขกาญจนบุรี; 2566 [เข้าถึงเมื่อ 10 พ.ย. 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://somdet19.moph.go.th/web/ planning/planning100.pdf

5. รัตน์นริศ สุวรรณรัตน์, วีรศักดิ์ เดชอรัญ. รูปแบบการดำเนินงานตามบทบาทสำนักงานสาธารณสุขอำเภอหลังการกระจายอำนาจของกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดสงขลา. วารสารวิชาการเพื่อการพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิและสาธารณสุข. 2566;1(3):1-13.
6. ดุษฎี อรรจน์อังกูร. ความต้องการในการพัฒนาตนเองของพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง [ปริญญานิพนธ์ปริญญาบริหารธุรกิจมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ; 2561.
7. Stamps L. Nurses and work satisfaction: An index for measurement**.** 2nd ed. Chicago: Health Administration; 1997.
8. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี. ข้อมูลบุคลากรในสังกัดสำนักงานสาธารสุขจังหวัดกาญจนบุรี. กาญจนบุรี: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี. 2567.
9. Best JW. Research in Education. 5th ed. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall; 1986.
10. Cronbach LJ. Coefficient Alpha and the Internal Structure of Tests. Psychometrika. 1951;16(3):297–334. doi:10.1007/BF02310555
11. Maslow, A. H. Theory of human motivation. 2nd ed. New York: Harpers and Row; 1980.
12. อะนุสอน จันทะปะเสิด, กุลชญา ลอยหา, เด่นดวงดี ศรีสุระ. การพัฒนาตนเองเพื่อเพิ่มศักยภาพในการปฏิบัติงานของบุคลากรสาธารณสุขในสำนักงานสาธารณสุขแขวงจำปาสัก สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี. 2565;11(2):25-41.
13. เนาวรัตน์ มณีนิล, วงศา เล้าหศิริวงศ์, ไพศาล บางชวด, กิตติพงษ์ สอนล้อม, สถิรกร พงศ์พานิช, ทัศนีย์ บัวคำ, สมใจ สุดจิต มานะ เปาทุย, อเนก ทิมทับ, สุพจน์ เจริญพร, คณิต หนูพลอย. สมรรถนะ ความต้องการการพัฒนาความก้าวหน้าในวิชาชีพและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของนักสาธารณสุขในประเทศไทย. วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพแห่งประเทศไทย. 2566;4(4):27-35.
14. อนุชา มหานิล. ปัจจัยที่ส่งผลต่อการพัฒนาตนเองในการปฏิบัติตามค่านิยม MOPH ของข้าราชการในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน. 2566;8(1):205-219.
15. พรชลิศา ยะจะนะ. การศึกษาความต้องการในการพัฒนาตนเองของบุคลากรสายวิชาการ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี. วารสารการบริหารนิติบุคคลและนวัตกรรมท้องถิ่น. 2564;7(9):287-302.
16. ชุติกาญจน์ สกาหลง. ความต้องการและความคาดหวังในการพัฒนาตนเองของข้าราชการครูสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา เขต 13 จังหวัดตรัง. [ปริญญานิพนธ์ปริญญารัฐประศาสสนศาสตรมหาบัณฑิต]. ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา; 2563.
17. Herzberg F, Bernard M, Barbara B.S. The Motivation to Work. U.S.A.: Transaction Publishers; 1990.
18. ขวัญใจ จิรัฐจินดา. รูปแบบการเสริมสร้างสมรรถนะหลักสำหรับบุคลากรสาธารณสุขของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล [อินเตอร์เน็ต] [ปริญญานิพนธ์ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต]. นครปฐม: มหาวิทยาลัยศิลปากร; 2557 [เข้าถึงเมื่อ 25 พ.ย. 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://sure.su.ac.th/ xmlui/handle/123456789/10374
19. จตุพล พงศษฎ์ธนพิบูล. ความพึงพอใจและแรงจูงใจในการปฏิบัติงานของบุคลากรสาธารณสุขสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดลำพูน. วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมล้านนา. 2568;15(1):191-206
20. จุรีวรรณ จันพลา, โสภณ สระทองมา, พชร ใจอารีย์. ความพึงพอใจในการทำงาน ความเหนื่อยหน่ายในการทำงานและความตั้งใจในการลาออกจากงาน: กรณีศึกษาพนักงานที่ทำงานที่บ้านในจังหวัดนครปฐม. วารสารวิชาการศรีปทุม ชลบุรี. 2565;19(2):72-83

21. กรรณิกา เรืองเดช ชาวสวนศรีเจริญ, ไพบูลย์ ชาวสวนศรีเจริญ, เสาวลักษณ์ คงสนิท, และจิตนา เซ่งสิ้ม. การประเมินความต้องการจำเป็นในการพัฒนาสมรรถนะตนเองเพื่อการปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (คลินิกหมอครอบครัว) ของนักวิชาการสาธารณสุขในเขตสุขภาพที่ 12. วารสารการบริหารนิติบุคคลและนวัตกรรมท้องถิ่น. 2563;6(2): 149-168.

Received: 19 Oct. 2025, Revised: 25 Nov.2025
Accepted: 15 Dec.2025

บทความวิจัย

การศึกษาปริมาณรังสีที่ผู้ป่วยได้รับจากการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ในโรงพยาบาลกันทรลักษ์

รุ่งทิพย์ ทรงกลด[1]* พีรพงษ์ แสงประดับ[2] นงนุช พริ้งเพราะ[2] กิตตินันท์ แซ่ลิ้ม[2]

บทคัดย่อ

การตรวจวินิจฉัยด้วยเครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (CT) มีปริมาณเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ซึ่งเพิ่มความกังวลต่อปริมาณรังสีที่ผู้ป่วยได้รับสำหรับโรงพยาบาลกันทรลักษ์ ซึ่งยังไม่มีข้อมูลเชิงประจักษ์ของปริมาณรังสีที่ใช้ในปัจจุบัน การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์หลักเพื่อประเมินปริมาณรังสีที่ผู้ป่วยได้รับจากการตรวจ CT ในโรงพยาบาลกันทรลักษ์ และเปรียบเทียบกับค่าปริมาณรังสีอ้างอิงระดับประเทศของประเทศไทย (DRLs) ประจำปี 2568 การวิจัยนี้เป็นการศึกษาย้อนหลังเชิงพรรณนา (retrospective descriptive study) ทำการรวบรวมข้อมูลค่าปริมาณรังสีในหนึ่งหน่วยปริมาตร (CTDIvol) และค่าปริมาณรังสีตลอดช่วงความยาวในการสแกน (DLP) จากรายงานปริมาณรังสี ในระบบ PACS ของผู้ป่วยจำนวน n=180 ที่มีอายุมากกว่า 18 ปี น้ำหนัก 47-75 กิโลกรัม ซึ่งเข้ารับการตรวจในช่วง 1 ธันวาคม 2567 ถึง 30 มิถุนายน 2568 ข้อมูลถูกวิเคราะห์โดยใช้ค่ามัธยฐานของ CTDIvol และ DLP ในแต่ละประเภทการตรวจมาเปรียบเทียบกับค่า DRLs ของประเทศ ผลการศึกษาพบว่าค่า CTDIvol ส่วนใหญ่จะสอดคล้องกับค่าอ้างอิง ค่ามัธยฐานของ DLP หลายรายการตรวจหลัก ได้แก่ Brain NC, C, Chest NC, C, Upper Abdomen Multiphases และ Whole Abdomen สูงกว่า ค่าปริมาณรังสีอ้างอิงของประเทศอย่างมีนัยสำคัญ ในทางตรงกันข้ามค่า DLP ที่สูงในหลายรายการมีแนวโน้มเกิดจากการกำหนดความยาวในการสแกน ที่มากเกินความจำเป็นทางคลินิก ดังนั้น จึงมีความจำเป็นเร่งด่วนในการทบทวน และเพิ่มประสิทธิภาพโปรโตคอลการตรวจ (Dose Optimization) โดยเฉพาะการกำหนดขอบเขตการสแกนให้เหมาะสมกับข้อบ่งชี้ทางคลินิก เพื่อลดปริมาณรังสีที่ผู้ป่วยได้รับให้สอดคล้องกับมาตรฐานของประเทศ และหลักการ ALARA ต่อไป

คำสำคัญ: ค่าปริมาณรังสีอ้างอิง, การตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์, CTDIvol, DLP

[1]โรงพยาบาลกันทรลักษ์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ
[2]ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 10 อุบลราชธานี กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ สำนักรังสีและเครื่องมือแพทย์ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์
*Corresponding author: e-mail : roongcrt@gmail.com

Original Article

Radiation dose from Computed Tomography Scanning in Patients at Kantharalak Hospital.

Roongthip Songklod[1], Nongnuch Pringprao[2*], Peerapong Sangpradub[3*], Kittinan Saelim[4*]

Abstract

Objective The use of computed tomography (CT) is continuously increasing, which raises concerns about patient radiation dose. For Kantharalak Hospital, there is currently no empirical data on the radiation doses being used. This study's main objective was to evaluate the radiation dose patients receive from CT examinations at Kantharalak Hospital and compare it with Thailand's National Diagnostic Reference Levels (DRLs) for 2025.This was a retrospective descriptive study. Data for the volume CT dose index CTDIvol and dose-length product (DLP) were collected from the PACS dose reports of 180 patients. Patients were over 18 years old, weighed between 47-75 kg, and were scanned between December 1, 2024, and June 30, 2025. The median CTDIvol and DLP for each scan type were analyzed and compared against the national DRLs.Results: The study found that CTDIvol values were mostly consistent with the reference levels. However, the median DLP for several major protocols—namely Brain NC, C, Chest NC, C, Upper Abdomen Multiphases, and Whole Abdomen—was significantly higher than the national DRLs.Conclusion: The high DLP values in many protocols are likely attributable to scan lengths (z-axis) exceeding clinical necessity. Therefore, there is an urgent need to review and implement dose optimization protocols, particularly by defining scan limits appropriate to clinical indications, to reduce patient radiation dose in accordance with national standards and the ALARA principle.

Keywords: Diagnostic reference level, CT examination, CTDIvol, DLP

[1]Kantharalak Hospital, Sisaket Provincial Public Health Office, Ministry of Public Health

[2* 3* 4*]Regional Medical Sciences Center 10 Ubon Ratchathani Department of Medical Sciences

[4]Division of Radiology and Medical Devices Department of Medical Sciences

*Corresponding author: e-mail : roongcrt@gmail.com

บทนำ

ปัจจุบันการตรวจวินิจฉัยด้วยเครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์มีปริมาณเพิ่มขึ้น [1,2] เนื่องจากมีความสะดวกและรวดเร็ว อีกทั้งช่วยในการกระบวนวินิจฉัยโรคได้หลากหลาย และให้ผลการวินิจฉัยที่ค่อนข้างแม่นยำ การตรวจด้วยเครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์แต่ละครั้งผู้ป่วยจะได้รับปริมาณรังสี ซึ่งก่อให้เกิดผลข้างเคียง เช่นการทำลายสารพันธุกรรม (DNA) มีผลต่อกระบวนการซ่อมแซม DNA เพิ่มความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็ง ได้แก่ เต้านมและผิวหนัง ต่อมไทรอยด์ มะเร็งช่องปาก หลอดอาหาร กระเพาะอาหาร นอกจากนี้ยังมีผลต่อการเกิดโรคที่เกี่ยวข้องกับระบบหลอดเลือดหัวใจ และสมอง [3,4,5] เพื่อให้การใช้ปริมาณรังสีอย่างเหมาะสม และเฝ้าระวังปริมาณรังสีในการถ่ายภาพทางรังสี คณะกรรมาธิการระหว่างประเทศว่าด้วยการป้องกันอันตรายจากรังสี (International Commission on Radiological Protection: ICRP) และทบวงการพลังงานปรมาณูระหว่างประเทศ (International Atomic Energy Agency: IAEA) ได้มีการส่งเสริมให้มีการใช้ปริมาณรังสีอ้างอิง (Diagnostic Reference Levels: DRLs) เป็นเครื่องมือในการพิจารณาความเหมาะสมระดับปริมาณรังสีที่ผู้ป่วยจะได้รับจากการถ่ายภาพทางรังสีวินิจฉัย

กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดปริมาณรังสีอ้างอิงในการถ่ายภาพรังสีวินิจฉัยทางการแพทย์ของประเทศไทย (2025)[6] ซึ่งประกอบด้วยเครื่องเอกซเรย์ทั่วไป เครื่องเอกซเรย์ทางทันตกรรม เครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ เครื่องเอกซเรย์เต้านม และเครื่องเอกซเรย์ระบบหลอดเลือด

สำหรับโรงพยาบาลกันทรลักษ์มีการส่งตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์เพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ แต่ยังไม่มีการเก็บสถิติหรือข้อมูลค่าปริมาณรังสีที่ใช้ งานวิจัยนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาค่าปริมาณรังสี ได้แก่ ค่าปริมาณรังสีในหนึ่งหน่วยปริมาตร (computed tomography dose index volume; CTDIvol), (หน่วย: mGy) และค่าปริมาณรังสีตลอดช่วงความยาวในการสแกน (doselength product; DLP) (หน่วย: mGy.cm) โดยทั้งสองค่าสามารถหาได้จากสมการ[7]

CTDIvol=CTDIw/pitch

DLP = CTDIvol x scan length

pitch คือ ระยะการเลื่อนของเตียงต่อการหมุนครบรอบของหลอดเอกซเรย์

scan length คือ ระยะความยาวในการสแกนภาพ

และนำมาคำนวณหาค่าปริมาณรังสีอ้างอิงของโรงพยาบาลกันทรลักษ์ (local DRL) ตามหลักสถิติ เพื่อนำไปเปรียบเทียบกับค่าปริมาณรังสีวินิจฉัยอ้างอิงระดับชาติของต่างประเทศและประเทศไทย รวมถึงค่าปริมาณรังสีวินิจฉัยอ้างอิงจากหน่วยงานอื่นภายในประเทศ[8,9,10,11]

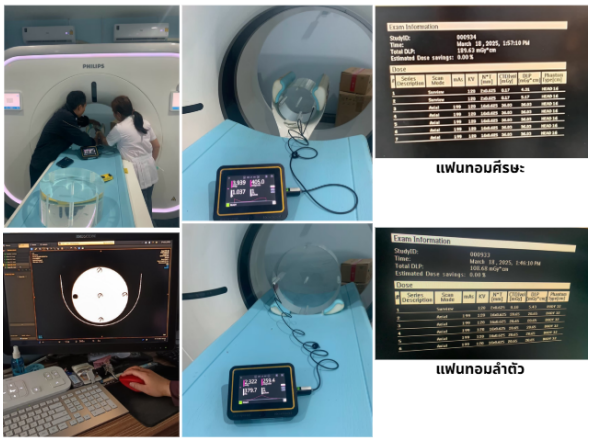
วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาย้อนหลังเชิงพรรณนา (retrospective descriptive study) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาค่าปริมาณรังสี CTDIvol และ DLP จากการตรวจด้วยเครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ในผู้ป่วยที่เข้ารับบริการ ณ โรงพยาบาลกันทรลักษ์ และเปรียบเทียบกับค่าปริมาณรังสีอ้างอิงของประเทศไทย[4] กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างตามคำแนะนำ ICRP No.135 โดยรวบรวมข้อมูลประเภทการตรวจ (protocol) ละ 20 รายการ[7] ในประเภทการตรวจหลัก ได้แก่ Brain, Neck, Chest, Whole Abdomen, Chest Whole Abdomen, CTA Whole Aorta และUpper Abdomen Multiphase รวมจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 180 ราย กลุ่มผู้ป่วยเป็นผู้ใหญ่ที่มีอายุมากกว่า 18 ปี และมีน้ำหนักตัว 47-75 กิโลกรัม โดยมีเกณฑ์คัดเข้าคือ เป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ในช่วงวันที่ 1 ธันวาคม 2567 ถึง 30 มิถุนายน 2568 ซึ่งมีข้อมูลปริมาณรังสี (dose report) และข้อมูลทางเทคนิคการสแกนจากระบบ PACS

เครื่องเอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์ (Computed Tomography) บริษัท PHILIPS รุ่น Incisive CT 64 slice (ผลิตเมื่อปี 2563) ซึ่งผ่านการตรวจสอบ และสอบเทียบคุณภาพตามมาตรฐานคุณภาพเครื่องเอกซเรย์วินิจฉัยทางการแพทย์ โดยกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์[17] และตั้งค่าพารามิเตอร์การสแกนตามโปรโตคอลมาตรฐานของโรงพยาบาลชุดเครื่องมือวัดและทวนสอบปริมาณรังสี ประกอบด้วย เครื่องวัดรังสี (Dosimeter) พร้อมหัววัดแบบแท่งดินสอ (Pencil Ionization Chamber) และ หุ่นจำลองมาตรฐาน (Phantoms) ชนิด PMMA สำหรับศีรษะ (Head phantom, 16 ซม.) และลำตัว (Body phantom, 32 ซม.) เพื่อใช้ในการวัดทดสอบค่า CTDIw และ CTDIvo (ดังแสดงในภาพที่ 1) สำหรับการทวนสอบความถูกต้องของค่าที่แสดงบนจอควบคุมเครื่องระบบสารสนเทศของโรงพยาบาล ได้แก่ ระบบจัดเก็บ และสื่อสารภาพทางการแพทย์ (PACS), ระบบ envision และ HosXP เพื่อใช้สืบค้นรายงานปริมาณรังสี (Radiation dose report) และข้อมูลทางประชากรของผู้ป่วยแบบบันทึกข้อมูล ซึ่งออกแบบโดยผู้วิจัย เพื่อรวบรวมข้อมูล ได้แก่ อายุ, เพศ, น้ำหนัก, ข้อบ่งชี้ในการส่งตรวจ, ชนิดการตรวจ, ค่า CTDIvol และ DLP การทดสอบปริมาณรังสี (Radiation dose)

1.วัดปริมาณรังสีในอากาศ (Free-in air) ให้ตั้งเทคนิคสแกนเหมือนกับการตรวจวินิจฉัยผู้ป่วยจริง บันทึกค่าปริมาณรังสีที่ได้ ทำการวัดซ้ำอย่างน้อยสามครั้งเพื่อหาค่าเฉลี่ย

2. การวัดทดสอบค่า DLP และ CTDIvol ของเครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ ให้ทำทั้งแฟนทอมศีรษะ และแฟนทอมลำตัว โดยนำแท่งหัววัดรังสีสอดเข้าไปในตำแหน่งต่างๆ ของแฟนทอม โดยเริ่มจากตรงกลางแล้วเปลี่ยนไปที่ขอบ บน ขวา ล่าง และซ้าย เรียงกันไปจนครบทั้งหมด 5 ตำแหน่ง แสดงดังภาพที่ 1 เป็นกระบวนการวัดของการศึกษาครั้งนี้ จากนั้นคำนวณหาค่า Weighted Computed Tomography Dose Index (CTDIw) และค่า Volume CTDI (CTDIvol) บันทึกค่าไว้ นำไปเปรียบเทียบกับค่าที่แสดงบนจอควบคุมเครื่องหรือที่บริษัทระบุไว้ และใช้ในการอ้างอิงในครั้งต่อไป



ภาพที่ 1 แสดงการวัดปริมาณรังสีทดสอบหาค่า DLP และ CTDIvol ของเครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์

เก็บข้อมูลทางประชากรของผู้ป่วย เช่น อายุ, เพศ, และน้ำหนัก จากระบบสารสนเทศของโรงพยาบาล (HosXP และ envision) บันทึกค่าปริมาณรังสี ได้แก่ ค่าปริมาณรังสีในหนึ่งหน่วยปริมาตร CTDIvol และค่าปริมาณรังสีตลอดช่วงความยาวในการสแกน DLP จากรายงานปริมาณรังสี (Dose Report) ที่จัดเก็บในระบบ PACS โดยเก็บข้อมูลจากประเภทการตรวจ (protocols) ที่กำหนดไว้

การควบคุมตัวแปรแทรกซ้อน ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีข้อมูลไม่ครบถ้วน หรือข้อมูลมีความผิดพลาดที่ส่งผลต่อความถูกต้องของการวิเคราะห์ การตรวจ CT ที่มีการปรับเปลี่ยนพารามิเตอร์การสแกนจากมาตรฐาน และผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินหรือสภาวะทางการแพทย์ที่ไม่สามารถเก็บข้อมูลได้ตามขั้นตอนที่กำหนด

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้ค่า CTDIvol และ DLP ที่รวบรวมได้ นำเสนอโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ ค่าต่ำสุด (Min), ค่าสูงสุด (Max), ค่าเฉลี่ย (Mean), ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) และค่ามัธยฐาน (Median) สำหรับใช้เป็นค่าปริมาณรังสีอ้างอิงของโรงพยาบาลกันทรลักษ์ (Local DRL) และนำค่ามัธยฐานไปเปรียบเทียบกับค่ามาตรฐานของค่าปริมาณรังสีอ้างอิงของประเทศไทย พ.ศ. 2568

สถิติในการคำนวณปริมาณรังสี

1) การหาค่า $CTDI_w$ ซึ่งเป็นเทอมที่บ่งบอกถึงการดูดกลืนปริมาณรังสีในหุ่นจำลอง ใช้สมการต่อไปนี้

$$CTDI_w = \frac{1}{3}CTDI_c + \frac{2}{3}CTDI_p$$

เมื่อ $CTDI_p$ เป็นค่าปริมาณรังสีที่ได้จากการหาค่าเฉลี่ยของค่า CTDI ที่วัดได้จากตำแหน่งขอบผิวของแฟนทอมทั้ง 4 ตำแหน่ง (บน ขวา ล่าง และซ้าย) และ $CTDI_c$ เป็นค่าที่ได้จากการวัดในตำแหน่งตรงกลางของแฟนทอม

2) การหาค่า $CTDI_{vol}$ กรณีที่การสแกนแบบ Helical ใช้สมการดังต่อไปนี้

$$CTDI_{vol} = \frac{CTDI_w}{p}$$

เมื่อ p คือค่า Helical pitch ซึ่งหาได้จาก ระยะทางที่เตียงเคลื่อนที่ต่อการหมุนหลอดเอกซเรย์หนึ่งรอบหารด้วยผลคูณระหว่างจำนวนสไลซ์กับความหนาของสไลซ์ที่ใช้ในการสแกน

งานวิจัยนี้ได้รับการพิจารณาและอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ ภายใต้เลขที่รับรอง SPPH 2025-001

ตารางที่ 1 แสดงรายการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์

Exam Type	Base Indications base	จำนวน/แห่ง
Brain NC	CTA for acute stroke*	ไม่น้อยกว่า 20 ราย
Brain NC, C	CTPA, routine	ไม่น้อยกว่า 20 ราย
Neck NC	Low-dose Lung Screening	ไม่น้อยกว่า 20 ราย
Neck NC, C	HRCT (for interstitial lung disease)	ไม่น้อยกว่า 20 ราย
Chest NC	Coronary CTA, Prospective gating	ไม่น้อยกว่า 20 ราย
Chest NC, C	Coronary CTA, Retrospective gating	ไม่น้อยกว่า 20 ราย
Whole Abdomen	Rule to acute appendicitis	ไม่น้อยกว่า 20 ราย
Chest Whole Abdomen	CT for urinary stone detection	ไม่น้อยกว่า 20 ราย
CTA Whole Aorta	CT for urinary stone characterization	ไม่น้อยกว่า 20 ราย
Upper Abdomen Multiphase	CT colonography	ไม่น้อยกว่า 20 ราย
	Whole Body CT for trauma, routine	ไม่น้อยกว่า 20 ราย

ผลการวิจัย

ข้อมูลจากการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ จำนวน 180 ราย เป็นเพศชาย ร้อยละ 75.0 อยู่ในช่วงอายุ 20-101 ปี อายุเฉลี่ย 53.0 ปี น้ำหนักอยู่ในช่วง 47-90 กิโลกรัม ค่าปริมาณรังสีทั้ง CTDIvol และ DLP จากการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ โดยแยกตามประเภทการตรวจของโรงพยาบาล ได้แก่ Brain NC, Brain NC includes to cervical spine, Brain NC, C, Neck NC, Chest NC, CT angiography of Whole Aorta, Upper Abdomen Multiphases, Whole Abdomen, และ Chest and Whole Abdomen มีค่าต่ำสุด (min) ค่าสูงสุด (max) ค่ามัธยฐาน (median) ดังแสดงดังตารางที่ 2 ตามลำดับ

ตารางที่ 2 แสดง ค่า CTDIvol และ DLP ของการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์โรงพยาบาลกันทรลักษ์ พ.ศ. 2568

CT protocol name	number	CTDIvol (mGy)			DLP (mGy.cm)		
		min	max	median	min	max	median
Brain NC	20	55.0	55.0	**55.0**	1193.7	1298.8	**1263.9**
Brain NC includes to cervical spine	20	55.0	55.0	**55.0**	1179.4	1405.0	**1304.0**
Brain NC, C							
Non-contrast phase	20	55.0	55.0	**55.0**	1111.2	1376.4	**1253.7**
Contrast phase		55.0	55.0	**55.0**	1111.2	1433.0	**1253.7**
Total (NC and C)					2222.4	2809.4	**2507.3**
Neck NC, C							
Non-contrast phase	20	10.7	19.3	**17.4**	306.0	667.6	**547.7**

CT protocol name	number	CTDIvol (mGy)			DLP (mGy.cm)		
		min	max	median	min	max	median
Venous phase		10.7	19.3	**17.4**	306.1	671.5	**547.7**
Total (NC and C)					612.1	1339.1	**1095.4**
Chest NC, C							
Non-contrast phase	20	8.5	12.0	**10.2**	318.2	463.9	**391.5**
Venous phase		8.6	12.1	**10.2**	319.5	465.2	**393.2**
Total (NC and C)					637.7	929.0	**784.7**
CT angiography of Whole Aorta							
Non-contrast phase	20	9.2	10.2	**9.6**	579.5	640.0	**617.6**
Arterial phase		10.3	11.1	**10.4**	631.7	697.7	**689.9**
Venous phase		10.2	11.1	**10.4**	629.5	696.7	**685.1**
Total (NC, A and V)					1840.6	2034.4	**1992.6**
Upper Abdomen Multiphases							
Non-contrast phase	20	11.3	14.0	**13.4**	298.4	540.8	**408.0**
Arterial phase		11.3	13.9	**13.3**	287.4	537.0	**388.2**
Venous phase		11.2	13.9	**13.4**	287.0	537.6	**397.0**
Delayed phase		11.2	13.9	**13.2**	278.5	435.0	**367.3**
Total (NC, A, V and D)					911.1	1767.6	**1401.9**
Whole Abdomen							
Non-contrast phase	20	11.3	13.4	**12.4**	537.7	812.4	**674.6**
Arterial phase		11.8	14.3	**12.9**	319.1	714.5	**419.4**
Venous phase		11.3	13.5	**12.4**	536.2	851.4	**680.7**
Delayed phase		12.1	14.2	**12.4**	342.2	712.7	**583.0**
Total (NC, A, V and D)					851.4	2856.2	**1695.8**
Chest and Whole Abdomen							
Non-contrast phase	20	8.8	12.2	**11.1**	412.3	875.6	**668.4**
Arterial phase		9.1	14.1	**12.6**	246.1	445.3	**348.7**
Venous phase		9.0	12.4	**11.1**	414.3	920.2	**670.0**

หมายเหตุ 1. CTDIvol หมายถึง ปริมาณรังสีดูดกลืนในเนื้อเยื่อผู้ป่วยต่อหนึ่งหน่วยปริมาตร มีหน่วยเป็น mGy

2. DLP หมายถึง ปริมาณรังสีดูดกลืนในเนื้อเยื่อผู้ป่วยตลอดช่วงความยาวสแกน มีหน่วยเป็น mGy·cm
3. NC หมายถึง การสแกนที่ไม่ฉีดสารทึบรังสี (non-contrast material)
4. C หมายถึง การสแกนที่ฉีดสารทึบรังสี (contrast material)
5. A หมายถึง Arterial phase
6. V หมายถึง Venous phase
7. D หมายถึง Delayed phase

ตารางที่ 3 แสดงผลเปรียบเทียบค่ามัธยฐานของปริมาณรังสีผู้ป่วยได้รับจากการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ที่โรงพยาบาลกันทรลักษ์ ตามค่า CTDIvol และ DLP เทียบกับค่าปริมาณรังสีอ้างอิงในการถ่ายภาพรังสีวินิจฉัยทางการแพทย์ของเขตสุขภาพที่ 10 และของประเทศไทย 2568

CT protocol name	Kantharalak Hospital Dose CT		Area Based Regional 10		Thailand national DRLs	
	CTDIvol (mGy) median	DLP (mGy.cm) median	CTDIvol (mGy) median	DLP (mGy.cm) median	CTDIvol (mGy)	DLP (mGy.cm)
Brain NC	55.0	1263.9	56.1	1131.0	57.0	1155.0
Brain NC includes to cervical spine	55.0	1304.0	61.2	1371.3	58.1	1483.0
Brain NC, C						
Non-contrast phase	55.0	1253.7	54.6	1115.2	58.0	1188.0
Contrast phase	55.0	1253.7	54.6	1110.2	57.9	1184.0
Total (NC and C)		2507.3				2375.0
Neck NC, C						
Non-contrast phase	17.4	547.7	17.4	486.5	17.1	554.0
Venous phase	17.4	547.7	17.4	486.2	18.1	577.0
Total (NC and C)		1095.4				1339.0
Chest NC, C						
Non-contrast phase	10.2	391.5	11.5	446.4	9.9	377.0
Venous phase	10.2	393.2	11.5	447.6	10.2	381.0
Total (NC and C)		784.7				766.0
CT angiography of Whole Aorta						
Non-contrast phase	9.6	617.6	-	-	8.9	753.0
Arterial phase	10.4	689.9	-	-	10.5	862.0

CT protocol name	Kantharalak Hospital Dose CT		Area Based Regional 10		Thailand national DRLs	
	CTDIvol (mGy) median	DLP (mGy.cm) median	CTDIvol (mGy) median	DLP (mGy.cm) median	CTDIvol (mGy)	DLP (mGy.cm)
Venous phase	10.4	685.1	-	-	8.9	770.0
Total (NC, A and V)		1992.6		-		2446.0
Upper Abdomen Multiphases						
Non-contrast phase	13.4	408.0	14.2	435.5	11.8	392.0
Arterial phase	13.3	388.2	14.2	424.3	11.7	390.0
Venous phase	13.4	397.0	12.7	397.4	11.6	391.0
Delayed phase	13.2	367.3	14.2	415.7	11.4	380.0
Total (NC, A, V and D)		1401.9				1536.0
Whole Abdomen						
Non-contrast phase	12.4	674.6	14.5	834.5	12.2	631.0
Arterial phase	12.9	419.4	14.9	526.8	11.5	386.0
Venous phase	12.4	680.7	14.5	811.0	12.5	626.0
Delayed phase	12.4	583.0	16.4	637.4	12.3	577.0
Total (NC, A, V and D)		1695.8				2059.0
Chest and Whole Abdomen						
Non-contrast phase	11.1	668.4	11.7	792.2	11.8	813.0
Arterial phase	12.6	348.7	13.6	402.7	12.0	387.0
Venous phase	11.1	670.0	11.5	775.5	12.2	838.0
Delayed phase	12.0	289.6	13.6	478.7	12.4	595.0
Total (NC, A, V and D)		1523.3				2339.0

จากข้อมูลในตารางที่ 2 พบว่า การตรวจ CT angiography of Whole Aorta มีค่า DLP รวมสูงที่สุด (1992.6 mGy.cm) และ Chest and Whole Abdomen มีค่า DLP รวมสูงถึง 1523.3 mGy.cm ซึ่งสะท้อนว่าการสแกนหลายเฟสและบริเวณกว้างจะได้รับปริมาณรังสีสูง

ผลการเปรียบเทียบค่ามัธยฐานของปริมาณรังสีผู้ป่วยได้รับจากการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ที่โรงพยาบาลกันทรลักษ์ ตามค่า CTDIvol และ DLP เทียบกับค่าปริมาณรังสีอ้างอิงในเขตสุขภาพที่ 10 พบว่า ค่าปริมาณรังสี CTDIvol ของโรงพยาบาลกันทรลักษ์มีค่าต่ำกว่าค่าปริมาณรังสีอ้างอิงในเขตสุขภาพที่ 10 และเมื่อพิจารณาค่าปริมาณรังสี DLP พบว่า รายการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ Brain NC, Neck NC, C, ของโรงพยาบาลกันทรลักษ์มีค่าสูงกว่าค่าปริมาณรังสีอ้างอิงในเขตสุขภาพที่ 10 ส่วนรายการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ Brain NC includes to cervical spine, Chest NC, C, CT angiography of Whole Aorta, Upper Abdomen Multiphases, Whole Abdomen และChest and Whole Abdomen ของโรงพยาบาลกันทรลักษ์มีค่าต่ำกว่าค่าปริมาณรังสีอ้างอิงในเขตสุขภาพที่ 10

จากตาราง ๒ ค่าของ CTDIvol มีรายการที่ ค่า min ค่า max และ ค่า median เท่ากัน สะท้อนว่าตั้งค่าเทคนิคคงที่ หรือใช้เทคนิค fixed protocol ส่งผลต่อการหาค่าปริมาณรังสีอ้างอิง เนื่องจาก ต้องอาศัยข้อมูลที่มีการกระจายตัวของค่าปริมาณรังสี เพื่อสะท้อนความเป็นจริงในการใช้งานทางคลินิก ซึ่งค่าปริมาณรังสีที่ได้อาจจะสูงหรือต่ำเกินจริง จึงลดความน่าเชื่อถือของค่าปริมาณรังสีอ้างอิงที่ได้ และลดประโยชน์ในการ optimization

ผลการเปรียบเทียบค่ามัธยฐานของปริมาณรังสีผู้ป่วยได้รับจากการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ที่โรงพยาบาลกันทรลักษ์ ตามค่า CTDIvol และ DLP เทียบกับค่าปริมาณรังสีอ้างอิงในการถ่ายภาพรังสีวินิจฉัยทางการแพทย์ของประเทศไทย 2568 พบว่า เมื่อพิจารณา ค่า CTDIvol พบว่า รายการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ Brain NC, Brain NC includes to cervical spine, Neck NC, C, Chest NC, C, CT angiography of Whole Aorta มีค่าปริมาณรังสีต่ำกว่าค่าปริมาณรังสีอ้างอิงของประเทศ และรายการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ Upper Abdomen Multiphases, Whole Abdomen และChest and Whole Abdomen มีค่าปริมาณรังสีสูงกว่าค่าปริมาณรังสีอ้างอิงของประเทศ และเมื่อพิจารณาค่า DLP ของการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ พบว่า รายการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ Brain NC includes to cervical spine, Brain NC, C, Chest NC, C, Upper Abdomen Multiphases และ Whole Abdomen มีค่าปริมาณรังสีสูงกว่าค่าปริมาณรังสีอ้างอิงของประเทศ และรายการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ Brain NC, Neck NC, C, CT angiography of Whole Aorta และ Chest and Whole Abdomen มีค่าปริมาณรังสีต่ำกว่าค่าปริมาณรังสีอ้างอิงของประเทศ ดังตารางที่ 3

อภิปรายผล

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์หลักเพื่อจัดทำค่าปริมาณรังสีอ้างอิงระดับท้องถิ่น (Local DRLs) สำหรับการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ที่โรงพยาบาลกันทรลักษ์ โดยใช้ค่ามัธยฐานของ CTDIvol และ DLP เพื่อเปรียบเทียบกับค่าปริมาณรังสีอ้างอิงระดับประเทศของประเทศไทย พ.ศ. 2568 (Thailand National DRLs: 2025) ซึ่งเป็นเครื่องมือสำคัญในการเพิ่มประสิทธิภาพการใช้รังสีตามหลักการ ALARA[16] ผลการศึกษาโดยรวมพบข้อสังเกตที่สำคัญ 2 ประการ ประการแรก คือ ค่า CTDIvol (ซึ่งสะท้อนการตั้งค่าเทคนิค mAs/kVp) ในการตรวจส่วนใหญ่มีค่าสอดคล้องหรือใกล้เคียงกับค่า DRLs ของประเทศ ประการที่สองคือ แม้ CTDIvol จะเหมาะสม แต่ค่า DLP ซึ่งสะท้อนปริมาณรังสีรวมตลอดการตรวจ กลับพบว่ามีหลายรายการตรวจที่ค่ามัธยฐานสูงกว่าค่าอ้างอิงระดับประเทศอย่างมีนัยสำคัญ ได้แก่ Brain NC includes to cervical spine, Brain NC, C, Chest NC, C, Upper Abdomen Multiphases และ Whole Abdomen ข้อค้นพบนี้ชี้ให้เห็นว่า ปัญหาหลักที่ทำให้ผู้ป่วยได้รับปริมาณรังสีสูงในโรงพยาบาลกันทรลักษ์ อาจไม่ได้เกิดจากการตั้งค่าพลังงานรังสี (kVp/mAs) แต่เกิดจากการปฏิบัติงาน (Practice) ซึ่งสาเหตุสำคัญที่ทำให้ค่า DLP สูงอย่างชัดเจน ต้องพิจารณาข้อมูลเชิงคลินิกประกอบ เช่น Brain NC includes to Cervical Spine ในผู้ป่วย trauma ต้องดูทั้ง brain injury และ

C-spine injury ผู้ป่วยอัมพาตเฉียบพลัน (acute neurological deficit) ตรวจ exclusion lesion ตั้งแต่ brain ถึง C-spine หรือ ตรวจเพื่อตัดโรค emergent ทำให้ Scan length เพิ่มขึ้น 2–3 เท่าเมื่อเทียบกับ Brain NC ปกติ หรือ Chest NC และ Chest with Contrast (C) ผู้ป่วย COPD, interstitial lung disease ต้องการคุณภาพภาพสูงจึงใช้ปริมาณรังสีสูง บางครั้งต้องสแกนครอบคลุม long thorax หรือ bolus tracking ซ้ำด้วย ซึ่งเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ ค่า DLP สูง อีกสาเหตุหนึ่งที่ต้องพิจารณาคือ ความยาวในการสแกน (scan length) ที่มากเกินความจำเป็นทางคลินิก[18] เนื่องจากค่า DLP เป็นผลคูณโดยตรงระหว่าง CTDIvol และความยาวในการสแกน การกำหนดขอบเขตการสแกนที่กว้างเกินกว่าบริเวณที่สนใจ (region of interest) จึงเป็นการเพิ่มปริมาณรังสีให้ผู้ป่วยโดยตรงโดยไม่จำเป็น การวิเคราะห์กลุ่มที่มีปริมาณรังสีสูง ตัวอย่างที่ชัดเจนคือ Brain NC, C ซึ่งมีค่า DLP รวมสูงถึง 2,507.3 mGy·cm (สูงกว่า DRL ประเทศที่ 2,375.0 mGy·cm) ทั้งที่ค่า CTDIvol (55.0 mGy) ต่ำกว่า DRL (58.0 mGy) นี่เป็นข้อบ่งชี้ที่ชัดเจนว่าปัญหาไม่ได้อยู่ที่การตั้งค่าเทคนิค แต่มีแนวโน้มมาจากความยาวในการสแกนหรือจำนวนเฟสที่มากเกินไป เมื่อพิจารณาข้อมูลทางคลินิกประกอบพบว่า มีการตรวจเลือดออก ในสมอง, stroke, mass, trauma หรือ ผู้ป่วยไม่สามารถอยู่นิ่งได้ทำให้มีการตรวจซ้ำ ในทำนองเดียวกัน เช่น การตรวจ Upper Abdomen Multiphases ก็พบค่า CTDIvol สูงกว่าเกณฑ์ในทุกเฟส (13.2–13.4 mGy เทียบกับ 11.4–11.8 mGy) ซึ่งเกิดจาก การตรวจหาก้อนตับ, ตับอ่อน, adrenal, renal mass ทำให้มีการตรวจ multiphase enhancement pattern รวมถึงการ staging มะเร็ง มีการตรวจ arterial ร่วมกับ venous phase และติดตาม post-treatment จำเป็นต้องทำ multiphase จำนวนเฟสมากกว่า protocol อื่น

เมื่อเปรียบเทียบกับ National DRLs ของสหราชอาณาจักร (UK NDRLs 2022)[19] พบว่า CTDIvol ของการตรวจศีรษะที่โรงพยาบาลกันทรลักษ์ (55 mGy) สูงกว่า UK NDRL (47 mGy) แต่ยังต่ำกว่า Japan DRLs 2020[20] (77 mGy). อย่างไรก็ตาม DLP ต่อการตรวจศีรษะของเราสูงกว่า UK ซึ่งน่าจะสะท้อนถึงความยาวสแกนหรือการใช้หลายเฟสในผู้ป่วยบางราย ดังนั้นการเปรียบเทียบต้องคำนึงถึงความแตกต่างของผู้ป่วย ขอบเขตการสแกน และจำนวนเฟส ซึ่งสอดคล้องกับคำแนะนำของ ICRP และงาน EUCLID ที่เน้นให้ตั้ง DRL ตาม clinical indication มากกว่าการใช้ค่าทั่วไปเท่านั้น ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบกับงานวิจัยอื่นในไทย เช่น การศึกษาของ วลัยรัตน์ ที่โรงพยาบาลสิชล ซึ่งรายงานค่า CTDIvol ในการตรวจท้องสูงถึง 13.5 mGy[10] ก็ชี้ให้เห็นว่าการตั้งค่าเทคนิคในระดับนี้อาจพบได้ทั่วไป แต่ก็เป็นจุดที่ต้องมีการทบทวนอย่างเร่งด่วนการวิเคราะห์กลุ่มที่มีปริมาณรังสีเหมาะสม ในทางกลับกัน หลายรายการตรวจมีค่า DLP รวมต่ำกว่าค่า DRL ของประเทศอย่างชัดเจน เช่น CT Angiography of Whole Aorta (ต่ำกว่า DRL 18.5%) และ Chest and Whole Abdomen (ต่ำกว่า DRL 34.9%) ปัจจัยสำคัญเกิดจากการใช้ระบบควบคุมปริมาณกระแสหลอดอัตโนมัติ (Automatic Tube Current Modulation) ATCM ซึ่งเป็นเครื่องมือมาตรฐานในการเพิ่มประสิทธิภาพการใช้รังสี [21] ระบบนี้สามารถปรับค่า mAs ให้เหมาะสมกับความหนาแน่นของผู้ป่วยที่แตกต่างกันได้ดี ซึ่งพิสูจน์ได้จากผลการศึกษาที่เครื่องสามารถจัดการกับกลุ่มผู้ป่วยที่มีน้ำหนักหลากหลาย (47-75 กิโลกรัม) ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Pema และคณะ ที่โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ที่ชี้ให้เห็นว่าการใช้ ATCM เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ค่าปริมาณรังสีอยู่ในระดับที่เหมาะสม[9] ผลการศึกษาชี้ชัดว่า โรงพยาบาลกันทรลักษ์มีเทคโนโลยี ATCM ที่ดี แต่จุดอ่อนหลักที่ทำให้ค่า DLP สูงในหลายรายการ คือ การกำหนดความยาวในการสแกน และการยึดติดกับค่า kVp คงที่ (ใช้ 120 kVp ทั้งหมด) รวมถึงข้อมูลการตรวจหลายเฟส ดังนั้น จึงควรมีการทบทวน และกำหนดแนวทางการปฏิบัติ Clinical Protocol อย่างเร่งด่วน ดังนี้ คือ

1) การพิจารณาเทคนิคปรับลด kVp การใช้ 120 kVp คงที่ อาจทำให้ผู้ป่วยขนาดเล็กได้รับรังสีสูงเกินจำเป็น ควรพิจารณาใช้เทคนิคการปรับลด kVp เช่น 100 kVp หรือใช้ระบบเลือก kVp อัตโนมัติ AEC / Dose modulation โดยเฉพาะในการตรวจ CTA หรือในผู้ป่วยที่มีขนาดตัวเล็ก ซึ่งเป็นกลยุทธ์ที่มีประสิทธิภาพสูงในการลดปริมาณรังสีและการใช้สารทึบรังสี [22]การประยุกต์ใช้ Iterative Reconstruction (IR) ควรนำเทคนิคการสร้างภาพแบบ IR[15] มาใช้อย่าง

เต็มศักยภาพ เทคนิคนี้ช่วยลดสัญญาณรบกวน Noise ในภาพ ทำให้สามารถลดค่า CTDIvol ลด mAs ลงได้อีก โดยที่คุณภาพของภาพยังดีเพียงพอต่อการวินิจจัย

2) การจำกัดความยาวสแกน (Z-axis optimization) จัดอบรมบุคลากรผู้ปฏิบัติงานนักรังสีการแพทย์ ให้กำหนดขอบเขตการสแกนบนภาพ Scan Projection Radiography (SPR) ให้ครอบคลุมเฉพาะอวัยวะที่ต้องการตรวจวินิจฉัย (Anatomical region of interest) อย่างเคร่งครัด[18] รวมถึงการตรวจแต่ละครั้งควรพิจารณาข้อบ่งชี้ที่จำเป็นสำหรับการตรวจ และmultiphase protocol ควรเลือกให้มีความเหมาะสม ซึ่งเมื่อผู้ปฏิบัติงานมีความเข้าใจและตระหนักถึงความสำคัญของการ Optimization จะทำให้ผู้ป่วยได้รับปริมารรังสีที่เหมาะสม

เมื่อดำเนินการเรียบร้อยแล้ว ควรเฝ้าระวังติดตามค่าปริมาณรังสีที่ได้อีกครั้งเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับปริมาณรังสีที่เหมาะสมมากที่สุดตามหลักการ ALARA ข้อจำกัดของงานวิจัยข้อจำกัดของงานวิจัยนี้คือ การเก็บข้อมูลค่าปริมาณรังสีโดยดึงข้อมูลจากโปรแกรมคอมพิวเตอร์เฉพาะส่วนที่สนใจ ซึ่งข้อมูลไม่เชื่อมต่อกับระบบฐานข้อมูลผู้ป่วยของโรงพยาบาล ทำให้ใช้เวลาในการเก็บข้อมูลนาน อาจจะต้องพัฒนาโปรแกรมเพื่อช่วยในการดึงข้อมูลและควบคุมติดตามค่าปริมาณรังสีจากการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ เพื่อเฝ้าระวังและติดตามให้ผู้ป่วยได้รับปริมาณรังสีที่เหมาะสมต่อไป

สรุปผลการศึกษา

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจปริมาณรังสี CTDIvol และ DLP จากการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ในโรงพยาบาลกันทรลักษ์ เพื่อใช้เป็นข้อมูลฐานในการกำหนดค่าปริมาณรังสีอ้างอิงระดับท้องถิ่น (Local DRLs) และเปรียบเทียบกับค่าปริมาณรังสีอ้างอิงของประเทศไทย พ.ศ. 2568 ผลการศึกษาพบว่า ค่าปริมาณรังสีมัธยฐานของโรงพยาบาลเมื่อเทียบกับค่า DRLs ของประเทศ โดยพบว่า หลายรายการตรวจที่มีการใช้งานบ่อยครั้ง ได้แก่ Brain NC includes to cervical spine, Brain NC, C, Chest NC, C, Upper Abdomen Multiphases และ Whole Abdomen มีค่าปริมาณรังสีสูงกว่าค่าปริมาณรังสีอ้างอิงของประเทศ ข้อสรุปนี้ชี้ชัดว่า แม้เครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์จะมีเทคโนโลยีที่ทันสมัย แต่ยังคงมีความจำเป็นเร่งด่วนที่โรงพยาบาลกันทรลักษ์ จะต้องดำเนินการทบทวน และเพิ่มประสิทธิภาพของโปรโตคอลการตรวจ Dose Optimization โดยเฉพาะอย่างยิ่งการกำหนดมาตรฐาน ให้เหมาะสมกับข้อบ่งชี้ทางคลินิก เพื่อลดปริมาณรังสีที่ผู้ป่วยได้รับให้สอดคล้องกับหลักการ ALARA โดยที่ยังคงรักษาคุณภาพของภาพเพื่อการวินิจฉัยโรคที่เหมาะสม งานวิจัยนี้เป็นการศึกษาแบบการศึกษาแบบย้อนหลังจึงมีข้อจำกัดเรื่องการเก็บข้อมูลที่ไม่สมบูรณ์ การศึกษาครั้งต่อไปควรจะเก็บแบบ real time หรือพัฒนาโปรแกรมเพื่อช่วยในการดึงข้อมูลต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณทีมงานโรงพยาบาลกันทรลักษ์ คณะผู้บริหารที่ให้การสนับสนุน รวมถึงเจ้าหน้าที่ทางเทคนิค ที่ช่วยดำเนินการเก็บข้อมูล และวิเคราะห์ผลการศึกษา รวมถึงศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 10 อุบลราชธานี สำนักรังสีและเครื่องมือแพทย์ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ และผู้ที่เกี่ยวข้องทุกฝ่ายที่มีส่วนร่วมในการสนับสนุนการดำเนินการวิจัยนี้

เอกสารอ้างอิง

1. Mettler FA Jr, Bhargavan M, Faulkner K, Gilley DB, Gray JE, Ibbott GS, et al. Radiologic and nuclear medicine studies in the United States and worldwide: frequency, radiation dose, and comparison with other radiation sources—1950 2007. Radiology. 2009;253(2):520-31. doi: 10.1148/radiol.2532082010.
2. Brenner DJ, Hall EJ. Computed tomography— an increasing source of radiation exposure. N Engl J Med. 2007;357(22):2277-84. doi: 10.1056/NEJMra072149.
3. Vetter RJ. ICRP publication 103, the recommendations of the International Commission on Radiological Protection. Health Phys. 2008;95(4):445-6.
4. Redberg RF. Cancer risks and radiation exposure from computed tomographic scans: how can we be sure that the benefits outweigh the risks? Arch Intern Med. 2009;169(22):2049-50. doi: 10.1001/archinternmed.2009.453.
5. Preston DL, Ron E, Tokuoka S, Funamoto S, Nishi N, Soda M, et al. Solid cancer incidence in atomic bomb survivors: 1958-1998. Radiat Res. 2007;168(1):1-64. doi: 10.1667/RR0763.1.
6. กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. National Diagnostic Reference Levels in Thailand 2025.
7. Vano E, Miller DL, Martin CJ, Rehani MM, Kang K, Rosenstein M, et al. ICRP publication 135: diagnostic reference levels in medical imaging. Ann ICRP. 2017;46(1):1-144.
8. Kanal KM, Butler PF, Sengupta D, Bhargavan-Chatfield M, Coombs LP, Morin RL. U.S. diagnostic reference levels and achievable doses for 10 adult CT examinations. Radiology. 2017;284(1):120-33. doi: 10.1148/radiol.2017161911.
9. Pema D, Kritsaneepaiboon S. Radiation dose from computed tomography scanning in patients at Songklanagarind Hospital: diagnostic reference levels. J Health Sci Med Res. 2020;38(2):135-43. doi: 10.31584/jhsmr.2020732.
10. วลัยรัตน์ เงาดีงาม. ปริมาณรังสีที่ผู้ป่วยได้รับจากการตรวจด้วยเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ของโรงพยาบาลสิชล. วารสารโรงพยาบาลนครพิงค์. 2564;12(2):97-107.
11. Christner JA, Kofler JM, McCollough CH. Estimating effective dose for CT using dose-length product compared with using organ doses: consequences of adopting International Commission on Radiological Protection publication 103 or dual-energy scanning. AJR Am J Roentgenol. 2010;194(4):881-9. doi: 10.2214/AJR.09.3462.
12. Kalton G. Systematic sampling. Wiley StatsRef: Statistics Reference Online. p.1-6.
13. McCollough CH. CT dose: how to measure, how to reduce. Health Phys. 2008;95(5):508-17.
14. Hara AK, Paden RG, Silva AC, et al. Iterative reconstruction technique for reducing body radiation dose at CT: feasibility study.
15. The as low as reasonably achievable (ALARA) principle: a brief overview. Radioprotection. 2019.
16. International Commission on Radiological Protection. Diagnostic reference levels in medical imaging. ICRP Publication 135. Ann ICRP. 2017;46(1):1-144.

17. กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. มาตรฐานคุณภาพเครื่องเอกซเรย์วินิจฉัย. พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี: บริษัท บียอนด์ พับสิสชิ่ง จำกัด; 2566. 45 หน้า.
18. Toth E, Geleji B, Olerud C, El-Katib S, Fatahi M, Szalai G, et al. Investigating centering, scan length, and arm position impact on radiation dose across 4 countries from 4 continents during pandemic: Mitigating key radioprotection issues. Phys Med. 2021; 84:191-200. doi: 10.1016/j.ejmp.2021.04.017.
19. UKHSA / GOV.UK — National Diagnostic Reference Levels (NDRLs)
20. Japan Network for Research and Information on Medical Exposures (J-RIME). Japan DRLs 2020
21. Kalra MK, Maher MM, Toth TL, Hamberg LM, Blake MA, Shepard JA, et al. CT dose reduction and dose management tools: overview of available options. Radiographics. 2006;26(2):503-12. doi: 10.1148/rg.262055138.
22. Siegel MJ, Kaza RK, Bolus DN, Boll DT, Rofsky NM, DeLong DM, et al. White paper of the Society of Computed Body Tomography and Magnetic Resonance on automated kV selection for computed tomography. J Comput Assist Tomogr. 2011;35(6):655-62. doi: 10.1097/RCT.0b013e31823a0058

Received: 27 Oct. 2025, Revised: 2 Feb.2026
Accepted: 10 Feb.2026

บทความวิจัย

การพัฒนารูปแบบการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสุขภาพในชุมชน ตำบลยางสว่าง อำเภอรัตนบุรี จังหวัดสุรินทร์

รวิชญ์ สีดาธรรม[1]

บทคัดย่อ

งานวิจัยและพัฒนารูปแบบ (R&D) นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) วิเคราะห์สถานการณ์ ปัจจัยเสี่ยง และความต้องการการป้องกันการพลัดตกหกล้ม 2) พัฒนารูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสุขภาพ และ 3) ประเมินประสิทธิผลของรูปแบบที่พัฒนาขึ้นในกลุ่มผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน พื้นที่ตำบลยางสว่าง อำเภอรัตนบุรี จังหวัดสุรินทร์ ดำเนินการวิจัยแบ่งเป็น 3 ระยะ ระหว่างเดือนมกราคม - สิงหาคม พ.ศ. 2568 กลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปและเป็นโรคเบาหวาน จำนวน 88 คน ซึ่งได้มาจากการสุ่มตัวอย่างแบบง่ายตามสัดส่วน การประเมินประสิทธิผลใช้แบบแผนการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) วัดผลก่อนและหลังการทดลอง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ Paired t-test และ Chi-square Test

ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลัก คือ 1) การปรับปรุงสมรรถภาพทางกาย 2) การปรับสภาพแวดล้อม (ร่วมมือกับ อบต.) และ 3) การเสริมสร้างความรอบรู้และพฤติกรรมสุขภาพ (ผ่านการเยี่ยมบ้านโดย อสม.) หลังการใช้รูปแบบพบว่าอุบัติการณ์การพลัดตกหกล้มลดลงจากร้อยละ 79.55 เหลือร้อยละ 0 ซึ่งแสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลของรูปแบบที่พัฒนาขึ้นอย่างชัดเจน ค่าเฉลี่ยปัจจัยเสี่ยงรวมและปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และความรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.001$) ความกลัวการหกล้มลดลงจากร้อยละ 79.55 เหลือเพียงร้อยละ 19.32 อุปสรรคหลักคือภาระงานบุคลากร รพ.สต. และขาดงบปรับปรุงบ้าน แนวทางสู่ความยั่งยืนคือการถ่ายโอนภารกิจเยี่ยมบ้านให้แก่ อสม. และสร้างกลไกสนับสนุนทางการเงินร่วมกับ อบต.

สรุปและข้อเสนอแนะ รูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีประสิทธิผลสูงในการลดความเสี่ยงและอุบัติการณ์การหกล้มได้อย่างชัดเจน อย่างไรก็ตามการขับเคลื่อนอย่างยั่งยืนในระยะยาวจำเป็นต้องมีการปรับโครงสร้างบทบาทการทำงานโดยเน้นการกระจายภารกิจไปยังภาคีเครือข่าย และการสนับสนุนทรัพยากรทางการเงินและเครื่องมือบันทึกข้อมูลดิจิทัลที่เหมาะสม

คำสำคัญ : พลัดตกหกล้ม, ผู้สูงอายุ, โรคเบาหวาน, ภาคีเครือข่าย, รูปแบบการมีส่วนร่วม

[1*]นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลยางสว่าง อำเภอรัตนบุรี จังหวัดสุรินทร์
Corresponding author E-mail : rawit5186@hotmail.com

Original Article

Development of a fall prevention model in elderly people with diabetes With the participation of health network partners in the community Yang Sawang Subdistrict, Rattanaburi District, Surin Province

Rawit Sida-tham[1]

Abstract

This research and development (R&D) project aimed to 1) analyze the situation, risk factors, and needs for fall prevention; 2) develop a fall prevention model through the participation of health network partners; and 3) evaluate the effectiveness of the developed model among elderly people with diabetes in Yang Sawang Subdistrict, Rattanaburi District, Surin Province. The research was conducted in three phases between January and August 2025. The sample consisted of 88 elderly people aged 60 years and older with diabetes, selected using simple random sampling. The effectiveness was evaluated using a quasi-experimental research design with pre- and post-test measurements. Data were analyzed using paired t-test and Chi-square test.

The research results showed that the developed model consisted of three main components: 1) improving physical fitness; 2) modifying the environment (in collaboration with the Subdistrict Administrative Organization); and 3) enhancing health literacy and health behaviors. (Through home visits by Village Health Volunteers) After implementing the model, the incidence of falls decreased from 79.55% to 0%, clearly demonstrating the effectiveness of the developed model. The mean total risk factors and environmental risk factors decreased significantly ($p < 0.001$), and health literacy increased significantly ($p < 0.001$). Fear of falling decreased from 79.55% to only 19.32%. The main obstacles are the workload of sub-district health center personnel and the lack of budget for home improvements. The path to sustainability is to transfer the home visit task to Village Health Volunteers and create a financial support mechanism in collaboration with the Sub-district Administrative Organization.

Conclusion and Recommendations: The developed model is highly effective in significantly reducing the risk and incidence of falls. However, long-term sustainable implementation requires restructuring of roles and responsibilities, focusing on distributing tasks to network partners and providing appropriate financial resources and digital data recording tools.

Keyword : Falls, Elderly, Diabetes, Network Partners, Participatory Model

[1*]Public Health Technical Officer, Professional Level Yang Sawang Subdistrict Health Promoting Hospital, Rattanaburi District, Surin Province

Corresponding author E-mail : rawit5186@hotmail.com

บทนำ

การพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุเป็นปัญหาสาธารณสุขระดับโลกที่ทวีความรุนแรงขึ้นตามสังคมสูงวัย และถือเป็นสาเหตุหลักของการบาดเจ็บ การทุพพลภาพ และการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร ผลกระทบไม่ได้จำกัดอยู่แค่ทางกายภาพเท่านั้น แต่ยังรวมถึงผลกระทบทางจิตใจ โดยผู้สูงอายุที่เคยล้มร้อยละ 33 มักเกิดภาวะกลัวการล้ม (Fear of Falling) ทำให้สูญเสียความมั่นใจและหลีกเลี่ยงการทำกิจกรรม ส่งผลให้เกิดภาวะกล้ามเนื้อลีบและการพึ่งพาผู้อื่นเพิ่มขึ้น[1] รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยพบว่า ผู้สูงอายุไทยประมาณ 1 ใน 3 พลัดตกหกล้มทุกปี และร้อยละ 20 ได้รับบาดเจ็บรุนแรงที่สะโพกหรือกระดูกต้นขา ซึ่งนำไปสู่ความพิการหรือเสียชีวิตได้ภายในหนึ่งปี[2] ปัญหาดังกล่าวยิ่งทวีความซับซ้อนในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีโรคเบาหวาน เนื่องจากภาวะแทรกซ้อนของโรค เช่น ปลายประสาทเสื่อม ทำให้เสียการทรงตัว การมองเห็นบกพร่อง รวมถึงภาวะกล้ามเนื้ออ่อนแรงจากโรค ก่อให้เกิดปัจจัยเสี่ยงด้านบุคคลที่ซ้อนทับอยู่กับปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อม[3] จังหวัดสุรินทร์มีอัตราผู้ป่วยจากการพลัดตกหกล้มในกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไปสูงถึง 732.20 ต่อแสนประชากร ในปี พ.ศ. 2566 ซึ่งสูงกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศ (611.90) อย่างชัดเจน[4]

เมื่อวิเคราะห์ในระดับพื้นที่ตำบลยางสว่าง อำเภอรัตนบุรี พบปัญหาที่รุนแรงกว่าค่าเฉลี่ย โดยอัตราการบาดเจ็บจากการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานได้ เพิ่มขึ้นต่อเนื่องและเร่งด่วน จาก 7,758.62 ต่อแสนประชากรในปี พ.ศ. 2562 เป็น 11,206.89 ต่อแสนประชากร ในปี พ.ศ. 2566[5] สถานการณ์นี้แสดงให้เห็นว่ามาตรการป้องกันการหกล้มที่มีอยู่ในปัจจุบันไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอ หรือไม่สามารถตอบสนองต่อความซับซ้อนของปัญหาในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานได้อย่างมีประสิทธิผล และหากไม่มีการแก้ไขอาจนำไปสู่ภาระทางสุขภาพและเศรษฐกิจของชุมชนในระยะยาว ปัญหาหลักคือความแตกต่างทางบริบทของแต่ละชุมชน และภาระงานของบุคลากรสาธารณสุขที่ล้นมือ ทำให้ไม่สามารถติดตามผลการปรับพฤติกรรมหรือสภาพแวดล้อมในบ้านได้อย่างครอบคลุม ดังนั้นแนวทางการดำเนินงานที่มีประสิทธิผลและยั่งยืนจึงต้องอาศัยหลักการ การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสุขภาพในชุมชน (Participatory Approach) ซึ่งเป็นหลักการสำคัญที่ช่วยให้รูปแบบมีความเหมาะสมกับบริบท กิจกรรมและเนื้อหาถูกออกแบบให้สอดคล้องกับวิถีชีวิต ความเชื่อ และทรัพยากรที่มีอยู่ในตำบลยางสว่าง เกิดความยั่งยืนของการดำเนินงาน การกระจายบทบาทความรับผิดชอบไปยังภาคีเครือข่าย จะช่วยให้การเฝ้าระวังและการดูแลติดตามผลเกิดขึ้นได้อย่างต่อเนื่อง การดึง อบต. เข้ามาร่วมมือในการจัดสรรงบประมาณและการปรับปรุงสภาพแวดล้อมจะสามารถแก้ปัญหาปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมได้อย่างเป็นรูปธรรม

ด้วยเหตุผลดังกล่าว จึงมีการวิจัยและพัฒนารูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มที่ใช้ชุมชนเป็นฐาน และส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายอย่างเป็นระบบ โดยกรอบแนวคิดการวิจัยประกอบด้วยการศึกษาปัจจัยนำเข้า กระบวนการวิจัยและพัฒนา และผลลัพธ์ที่ได้จากการวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ได้แก่การลดอัตราการพลัดตกหกล้มและการบาดเจ็บ การเพิ่มความรู้และทักษะในการป้องกันตนเอง ลดความกลัวการพลัดตกหกล้ม และเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ รวมทั้งได้รูปแบบการดำเนินงานที่เป็นรูปธรรมและสามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้ในชุมชน

วัตถุประสงค์

1) พัฒนารูปแบบการป้องกันการหกล้มที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน
2) ประเมินประสิทธิผลของรูปแบบต่อการลดปัจจัยเสี่ยงและอุบัติการณ์การหกล้ม
3) ศึกษาแนวทางการขับเคลื่อนรูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มอย่างยั่งยืน

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมในการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์ เอกสารเลขที่ COA No. 13/2568 ดำเนินงานวิจัยแบ่งออกเป็น 3 ระยะ ตามหลักการวิจัยและ

พัฒนา ดังนี้ ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์ (Situation Analysis) ศึกษาเอกสาร แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พร้อมทั้งเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพเพื่อวิเคราะห์ปัญหา ปัจจัยเสี่ยง และความต้องการของชุมชน ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบ (Model Development) จัดประชุมเชิงปฏิบัติการ ร่วมกับภาคีเครือข่ายสุขภาพเพื่อระดมสมองและสังเคราะห์ข้อมูลจากระยะที่ 1 นำมาออกแบบรูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสุขภาพ และประเมินความเหมาะสมของร่างรูปแบบโดยผู้เชี่ยวชาญ ระยะที่ 3 การประเมินประสิทธิผล (Effectiveness Evaluation) ใช้การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) วัดผลก่อนและหลังการใช้รูปแบบกับกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง (Population and Sample) ประชากรที่ศึกษาเป็นผู้สูงอายุที่ป่วยโรคเบาหวานในตำบลยางสว่าง จำนวน 106 คน สุ่มตัวอย่างแบบง่ายตามสัดส่วน (Proportional to Size Simple Random Sampling) จำนวน 88 คน (กำหนดค่าความคลาดเคลื่อน 0.07) และประชากรที่ศึกษาเชิงคุณภาพเป็นคณะกรรมการกองทุนสุขภาพ, ผู้นำชุมชน, อสม.และบุคลากร รพ.สต.จำนวน 154 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง จำนวน 12 คน เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria) ได้แก่ เป็นบุคลากรสาธารณสุข , อสม. หรือผู้นำชุมชน ตัวแทน อบต. ในพื้นที่ตำบลยางสว่าง ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุหรือโรคเรื้อรังมาแล้วไม่น้อยกว่า 6 เดือน และยินดีเข้าร่วมสนทนากลุ่มและให้ข้อมูลเพื่อการวิจัยจนจบกระบวนการ เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) ได้แก่ มีข้อจำกัดด้านการฟัง การพูด หรือสุขภาพที่ไม่สามารถแลกเปลี่ยนความคิดเห็นได้ ย้ายไปปฏิบัติงานนอกพื้นที่ หรือพ้นจากตำแหน่งหน้าที่ก่อนวันเริ่มดำเนินการ หรือขอสละสิทธิ์หรือไม่ประสงค์เข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ

เครื่องมือวิจัยเพื่อเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและสุขภาพ แบบสอบถามข้อมูลการพลัดตกหกล้ม แบบประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม อ้างอิงจากแบบ Mini CARE PLAN for Falling Prevention in Ageing[6] แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการพลัดตกหกล้ม และแบบประเมินความพึงพอใจ (มาตราส่วน Likert 5 ระดับ)[7] เครื่องมือเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ แบบบันทึกการสนทนากลุ่ม เครื่องมือสำหรับการพัฒนารูปแบบ ได้แก่ แบบแผนการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนารูปแบบ องค์ประกอบของรูปแบบที่พัฒนาขึ้น และแบบประเมินความเหมาะสมของรูปแบบโดยผู้เชี่ยวชาญ การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยนำเครื่องมือทั้งหมดไปให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้องของถ้อยคำ รูปแบบภาษา และความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ผลลัพธ์ ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเฉลี่ยของเครื่องมือทุกฉบับมีค่าตั้งแต่ 0.78 ถึง 0.89 ซึ่งแสดงว่ามีความตรงเชิงเนื้อหาสูง การตรวจสอบความเชื่อมั่น โดยนำแบบสอบถามเชิงปริมาณไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันในพื้นที่ตำบลดอนแรด อำเภอรัตนบุรี จังหวัดสุรินทร์ จำนวน 30 คน คำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ภาพรวมของเครื่องมือเชิงปริมาณมีค่าความเชื่อมั่นสูง ตั้งแต่ 0.81 ถึง 0.86

การเก็บรวบรวมข้อมูล (Data Collection) ดำเนินการตามขั้นตอนที่ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพดำเนินการทั้งในระยะเริ่มต้น เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ และระยะประเมินผล เพื่อวัดประสิทธิผลหลังการใช้รูปแบบ โดยมีแกนนำชุมชนและเจ้าหน้าที่ รพ.สต. ร่วมดำเนินการสำรวจและบันทึกข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่ออธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างและข้อมูลพื้นฐาน สถิติเชิงอนุมานใช้ Paired t-test เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของตัวแปรที่เป็นข้อมูลต่อเนื่องที่มีการแจกแจงปกติ ก่อนและหลัง การใช้รูปแบบ และ Chi-square Test ใช้เปรียบเทียบสัดส่วนของอุบัติการณ์การหกล้มก่อนและหลังการใช้รูปแบบ กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$ การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์ด้วยวิธีการ วิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) โดยถอดเทปและเตรียมข้อมูล 2) สร้างรหัสข้อมูล 3) จัดหมวดหมู่และกำหนดแก่นเรื่อง 4) ตีความและนำเสนอผลลัพธ์ โดยมีการ

ยกข้อความจากผู้ให้ข้อมูลมาประกอบการสนับสนุน การบูรณาการข้อมูลโดยนำผลลัพธ์เชิงคุณภาพมาใช้เพื่ออธิบายขยายความ หรือสนับสนุนผลลัพธ์เชิงปริมาณที่ค้นพบ เพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ลึกซึ้งและรอบด้านต่อปรากฏการณ์ที่ศึกษา

ผลการวิจัย

ระยะที่ 1 ผลการวิเคราะห์สถานการณ์และปัจจัยเสี่ยง (Research Phase - R) ผลการวิเคราะห์ในระยะนี้ถือเป็นข้อมูลพื้นฐาน (Baseline Data) และเป็น การยืนยันความจำเป็น ในการพัฒนาและออกแบบรูปแบบการป้องกันการหกล้ม

1. ลักษณะทั่วไปและประวัติการพลัดตกหกล้ม พบว่ากลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุเบาหวานจำนวน 88 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (69.32%) มีอายุเฉลี่ย 68.20 ปี ประกอบอาชีพเกษตรกร (71.59%) และมีรายได้ต่อเดือนต่ำกว่า 5,000 บาท (59.09%) ส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับบุตร/หลาน (60.23%) สถานการณ์การพลัดตกหกล้ม พบว่าอุบัติการณ์การพลัดตกหกล้มสูงมากถึง 79.55% (59 คน) เคยพลัดตกหกล้มในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา สถานที่กิจกรรมเสี่ยงสูงสุดคือ ห้องน้ำ/สุขา (50.85%) ขณะกำลังเข้าออกจากห้องน้ำ (50.85%) สาเหตุหลักคือ การลื่น (50.85%) ผลกระทบคือ ผู้ที่หกล้มได้รับบาดเจ็บ 100% และ 47.46% ต้องไปพบแพทย์ ปัจจัยด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องคือ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี (64.77%) แต่มีภาวะร่วมอื่น ๆ สูง ได้แก่ ความดันโลหิตสูง (34.09%) และมีปัญหาด้านการรับรู้การเคลื่อนไหวที่สำคัญคือ มองเห็นพร่ามัวเล็กน้อย (50.0%)

ผลการศึกษาในระยะนี้ บ่งชี้ปัญหาหลักและกำหนดเป้าหมายการแทรกแซง ดังนี้ 1) ปัญหาความชุกของการหกล้มสูงมากและความเสี่ยงสูง ยืนยันความจำเป็นในการสร้างรูปแบบป้องกัน 2) จุดเน้นของการป้องกัน โดยต้องเน้นที่การปรับสภาพแวดล้อมในห้องน้ำ และทางเดิน เพื่อแก้ไขสาเหตุหลักคือ การลื่น การเพิ่มแสงสว่าง และ การจัดการปัจจัยด้านสุขภาพ เช่น การมองเห็น และการเดินเซ

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบ (Development Phase - D) การพัฒนารูปแบบในระยะนี้เป็นไปตามแนวคิด R&D ที่ใช้ผลการวิเคราะห์จากระยะที่ 1 เป็นฐาน โดยเน้นการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสุขภาพ รูปแบบที่พัฒนาขึ้นจึงถูกออกแบบมาเพื่อจัดการกับปัจจัยเสี่ยงที่พบในระยะที่ 1 ครอบคลุมด้านต่าง ๆ ดังนี้

1. การจัดการปัจจัยเสี่ยงส่วนบุคคล โดยโปรแกรมฝึกออกกำลังกายเพื่อเสริมสร้างความแข็งแรงและการทรงตัว การให้ความรู้เรื่องการจัดการยา และอาการวิงเวียน/หน้ามืด

2. การจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่คำแนะนำและการสนับสนุนการปรับปรุงสภาพแวดล้อมในบ้าน โดยเน้นพื้นที่เสี่ยงสูง เช่นห้องน้ำ ทางเดิน แสงสว่าง

3. การยกระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยการให้ข้อมูลและสื่อที่หลากหลายผ่านบุคลากรสาธารณสุข อสม. และผู้นำชุมชน เพื่อให้ผู้สูงอายุ เข้าใจ มั่นใจ และนำไปปรับใช้ ได้จริง

4. กลไกการขับเคลื่อนในชุมชน โดยเน้นการมีส่วนร่วมของ อสม. ผู้ดูแล และผู้นำชุมชนในการประเมินความเสี่ยงและเยี่ยมบ้านติดตามผล

รูปแบบที่พัฒนาขึ้นในระยะที่ 2 นี้ถูกนำไปทดลองใช้ (Implementation) ในกลุ่มตัวอย่าง และทำการเก็บรวบรวมข้อมูล หลังการใช้รูปแบบ (Post-intervention Data) เพื่อประเมินประสิทธิผลในระยะที่ 3

ระยะที่ 3 ผลการประเมินประสิทธิผลและความพึงพอใจ (Evaluation Phase - D) ผลการประเมินในระยะนี้ใช้เพื่อยืนยันประสิทธิผล (Efficacy) ของรูปแบบที่พัฒนาขึ้น โดยเปรียบเทียบผลลัพธ์ก่อนและหลังการใช้รูปแบบ

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยรวมปัจจัยเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน ระหว่างก่อนและหลังการใช้รูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้ม (n = 88)

ตัวแปร	$\overline{x}$	SD	t	*df*	p-value	95% CI
ก่อนการใช้รูปแบบ	6.79	4.88	15.35	87	<0.001	3.84,4.98
หลังการใช้รูปแบบ	2.39	2.95				

เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงรายข้อพบการเปลี่ยนแปลงที่มีนัยสำคัญ โดยเฉพาะอุบัติการณ์การพลัดตกหกล้มที่ลดลงจากร้อยละ 79.55 จนไม่พบรายงานการหกล้มในช่วงระยะเวลาที่ติดตามผลหลังการทดลอง (ร้อยละ 0) เช่นเดียวกับความยากลำบากในการลุกจากเก้าอี้ และผลข้างเคียงจากยาที่ลดลงสู่ร้อยละ 0 เช่นกัน อย่างไรก็ตาม ผลลัพธ์ดังกล่าวควรได้รับการตีความภายใต้บริบทของการดำเนินงานอย่างเข้มข้นของภาคีเครือข่ายสุขภาพในช่วงการวิจัย

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยปัจจัยเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน ก่อนและหลังการใช้รูปแบบ

อุบัติการณ์การพลัดตกหกล้ม	ก่อนใช้รูปแบบ จำนวน (ร้อยละ)	หลังใช้รูปแบบ จำนวน (ร้อยละ)	x^2	p-value
เคยหกล้ม	70 (79.55)	0 (0.00)	68.01	<.001
ไม่เคยหกล้ม	18 (20.45)	88 (100.00)		
รวม	88 (100.00)	88 (100.00)		

จากตารางที่ 2 พบว่าอุบัติการณ์การพลัดตกหกล้มลดลงจากร้อยละ 79.55 เหลือร้อยละ 0 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ผลลัพธ์นี้แสดงให้เห็นว่า รูปแบบที่เน้นการทำงานร่วมกับภาคีเครือข่ายและการจัดการความเสี่ยงเฉพาะโรค สามารถลดปัจจัยเสี่ยงที่ปรับเปลี่ยนได้ ส่งผลให้ผู้สูงอายุกลุ่มเป้าหมายมีความปลอดภัยจากการหกล้มเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจนในช่วงเวลาที่ติดตามผล

ตารางที่ 3 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนรวมปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อม ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการปรับปรุงสภาพแวดล้อม

ตัวแปร	$\overline{x}$	SD	t	*df*	p-value	95% CI
ก่อนการใช้รูปแบบ	9.61	4.62	11.73	87	<0.001	5.37,7.56
หลังการใช้รูปแบ	3.15	4.11				

ผลการทดสอบ Paired t-test ยืนยันว่าค่าเฉลี่ยคะแนนรวมปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อม ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการปรับปรุงที่เด่นชัดคือ การแก้ไขปัญหา ทางเดินแคบ มืดแสงสว่างไม่เพียงพอ ลดลงจาก 81.82% เหลือ 6.82% และ บันไดไม่มีราวจับ ไม่มั่นคง ลดลงจาก 75.0% เหลือ 12.50% แสดงถึงการแก้ไขปัญหาที่ง่ายและได้ผลดี ประสิทธิผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ รูปแบบมีประสิทธิผลในการยกระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ในทุกมิติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการพลัดตกหกล้มรายมิติ ก่อนและหลังการใช้โปรแกรม

มิติความรอบรู้ด้านสุขภาพ	ก่อนใช้โปรแกรม ($\bar{x} \pm$ SD)	หลังใช้โปรแกรม ($\bar{x} \pm$ SD)	Mean Difference	t	p-value
ความเข้าใจข้อมูล	(3.00 $\pm$ 0.81)	(4.39 $\pm$ 0.71)	-1.39	-26.63	< 0.001
มั่นใจในคำแนะนำ	(3.00 $\pm$ 0.08)	(3.94 $\pm$ 0.79)	-0.94	-8.96	< 0.001
ง่ายในการปรับใช้	(2.55 $\pm$ 0.67)	(4.14 $\pm$ 0.63)	-1.59	-16.04	< 0.001
มั่นใจทำสำเร็จ	(2.70 $\pm$ 0.60)	(4.26 $\pm$ 0.94)	-1.55	-1.32	< 0.001
รวม	(2.81 $\pm$ 0.38)	(4.18 $\pm$ 0.57)	-1.37	-27.36	< 0.001

ผลลัพธ์ที่สำคัญที่สุดคือ มิติความง่ายในการปรับใช้ เพิ่มขึ้นมากที่สุด (1.59 คะแนน) และสัดส่วนผู้ที่มีความรอบรู้ระดับ น้อย ในมิติสำคัญลดลงเหลือ 0% ซึ่งเป็นตัวชี้วัดความเชื่อมั่นในตนเอง (Self-efficacy) อันนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพที่เกิดขึ้นจริง

ผลการประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบ พบว่าผลการประเมินจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียหลากหลายกลุ่ม พบว่ามีความพึงพอใจในระดับ มาก ในเกือบทุกรายการรายการ ที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดคือ องค์ประกอบและขั้นตอนต่าง ๆ ของรูปแบบมีความชัดเจน เข้าใจง่าย ($\bar{x}$ = 4.60) และ กิจกรรมการเยี่ยมบ้านเสริมพลัง ติดตามผล มีประโยชน์ ($\bar{x}$ = 4.60) รวมถึง บุคลากร ผู้ดำเนินงาน อสม. ให้บริการด้วยความเต็มใจและสุภาพ ($\bar{x}$= 4.67)

ข้อสรุปการประเมินผลลัพธ์โดยรวมในระยะที่ 3 ยืนยันว่า รูปแบบที่พัฒนาขึ้นจากระยะที่ 2 โดยมีฐานข้อมูลจากความเสี่ยงจริงในพื้นที่จากระยะที่ 1 นั้น มีประสิทธิผลในการลดปัจจัยเสี่ยงทั้งส่วนบุคคลและสิ่งแวดล้อม และ เป็นที่ยอมรับ ของผู้สูงอายุและภาคีเครือข่าย

ผลการศึกษาปัญหา อุปสรรค และแนวทางการดำเนินงานของภาคีเครือข่ายสุขภาพในชุมชนพบว่าบุคลากรมีความเต็มใจ สุภาพ และมีความรู้ความสามารถ (ค่าเฉลี่ยสูง 4.67 และ 4.65) การประสานงานและการสื่อสารระหว่างภาคีเครือข่ายเป็นไปอย่างราบรื่น ($\bar{x}$ = 4.53) ผู้สูงอายุรู้สึกถึงการมีส่วนร่วมในกระบวนการ ($\bar{x}$= 4.62) ผลลัพธ์เหล่านี้สะท้อนว่ากลไกการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายที่ใช้ในการขับเคลื่อนรูปแบบนั้น มีความเข้มแข็งและเป็นจุดแข็งของโครงการ ซึ่งเป็นแนวทางสำคัญในการดำเนินงานเพื่อความยั่งยืนในอนาคตแนวทางการขับเคลื่อนอย่างยั่งยืนประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลัก คือ 1) การสร้างความยั่งยืนทางการเงิน ผ่านการจัดตั้งกองทุนปรับปรุงที่อยู่อาศัยร่วมกับท้องถิ่น 2) การสร้างความยั่งยืนเชิงระบบ โดยการปรับบทบาท อสม. เป็นผู้ขับเคลื่อนหลักร่วมกับระบบรายงานดิจิทัล และ 3) การสร้างความยั่งยืนทางวิชาการ ผ่านการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้สม่ำเสมอและการบูรณาการงานป้องกันการหกล้มเข้ากับระบบดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังปกติของชุมชน

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

ระยะที่ 1 การศึกษาและวิเคราะห์สถานการณ์ (Situation Analysis) พบอุบัติการณ์การพลัดตกหกล้มในรอบ 12 เดือนสูงถึงร้อยละ 67.05 โดยส่วนใหญ่เกิดขึ้นในห้องน้ำ (ร้อยละ 50.85) สาเหตุหลักคือการลื่น (ร้อยละ 50.85) และอาการวิงเวียน/หน้ามืด (ร้อยละ 25.42) ซึ่งสัมพันธ์กับภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน เช่น ตาพร่ามัว และเท้าชา แม้อุบัติการณ์จะสูงแต่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่กลับไม่กลัวการหกล้ม (ร้อยละ 51.14) สะท้อนถึงการรับรู้ความเสี่ยงที่ต่ำกว่าความเป็นจริงและมีข้อจำกัดทางเศรษฐกิจในการปรับปรุงที่พักอาศัย

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการป้องกัน (Model Development) พัฒนารูปแบบการแทรกแซงแบบหลายมิติ (Multifactorial Intervention) ผ่านกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสุขภาพเน้น 4 กิจกรรมหลัก ได้แก่ 1) การฝึกสมรรถภาพทางกายและการทรงตัวเฉพาะโรค2) การจัดการยาและภาวะแทรกซ้อนเบาหวาน 3)การปรับสภาพแวดล้อมที่พักอาศัยโดยใช้ทรัพยากรชุมชน และ 4) การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพผ่านการเยี่ยมบ้านเสริมพลังและการใช้ระบบดิจิทัลในการติดตามผล

ระยะที่ 3 การประเมินประสิทธิผลของรูปแบบ (Effectiveness Evaluation) หลังการใช้รูปแบบพบประสิทธิผลเชิงประจักษ์ ได้แก่ 1) ผลลัพธ์ทางสุขภาพ พบว่าอุบัติการณ์การหกล้มลดลงจากร้อยละ 79.55 เหลือร้อยละ 0 ในช่วงการติดตามผล คะแนนรวมปัจจัยเสี่ยงลดลงร้อยละ 64.95 และคะแนนความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมลดลงร้อยละ 67.32 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ปัญหาการลุกจากเก้าอี้และผลข้างเคียงจากยาที่เป็นสาเหตุการล้มลดลงสู่ร้อยละ 0 2) ความรอบรู้ด้านสุขภาพ พบว่าผู้สูงอายุมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นทุกมิติ ($p < 0.001$) โดยมิติความง่ายในการนำไปใช้ มีการพัฒนาสูงสุด และความเชื่อมั่นในตนเอง (Self-Efficacy) เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 7.95 เป็นร้อยละ 79.54 และ 3 ข้อเสนอแนะเชิงระบบ ภาคีเครือข่ายมีความพึงพอใจในระดับมาก (Mean = 4.47) และมีข้อเสนอแนะเชิงนโยบายให้จัดตั้ง "กองทุนปรับปรุงบ้าน" ร่วมกับ อบต. และใช้ระบบบันทึกข้อมูลดิจิทัลเพื่อลดภาระงานและสร้างความยั่งยืนในการติดตามกลุ่มเสี่ยง

อภิปรายผลการวิจัย

โดยผลการประเมินประสิทธิภาพของรูปแบบหลังการใช้แสดงให้เห็นถึงการเปลี่ยนแปลงในทิศทางที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญในทุกมิติ โดยสามารถนำมาอภิปรายผลได้ตามประเด็นสำคัญ ดังนี้

1. ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ในการวิจัยนี้กลุ่มตัวอย่างหลักในการวิจัย คือผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน ซึ่งมีความจำเพาะเจาะจงสูงกว่างานวิจัยที่เกี่ยวข้องส่วนใหญ่ เช่น งานของนงนุช เชาวน์ศิลป์[8] และจุติพร ผลเกิด และคณะ[9]ที่มักเน้นไปที่ผู้สูงอายุทั่วไปในชุมชน การเลือกกลุ่มเฉพาะนี้สะท้อนถึงความเข้าใจว่าการหกล้มในผู้ป่วยเบาหวานมีความเสี่ยงที่ซับซ้อนกว่า โดยเฉพาะปัจจัยด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับภาวะแทรกซ้อน เช่น อาการชาปลายประสาท ภาวะน้ำตาลต่ำ การใช้ยาที่ทำให้วูบ ทำให้รูปแบบการแทรกแซงที่พัฒนาขึ้นต้องมีการบูรณาการองค์ความรู้เฉพาะโรคเบาหวานเข้าไปในกิจกรรมอย่างชัดเจน เช่น การให้คำแนะนำเฉพาะสำหรับการออกกำลังกายเพื่อป้องกันภาวะน้ำตาลต่ำ ระดับความเสี่ยงตั้งต้น การวิจัยนี้ถือเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงมาก โดยร้อยละ 79.55 มีประวัติพลัดตกหกล้มในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ซึ่งเป็นอัตราที่สูงกว่าตัวอย่างในงานวิจัยของนงนุช เชาวน์ศิลป์[8] ที่พบประวัติหกล้มร้อยละ 38.81 ระดับความเสี่ยงตั้งต้นที่สูงมากนี้บ่งชี้ว่ากลุ่มตัวอย่างมีความจำเป็นเร่งด่วนในการได้รับรูปแบบการป้องกันที่มีความเข้มข้นและครอบคลุม การที่รูปแบบประสบความสำเร็จในการลดอุบัติการณ์เหลือร้อยละ 0 ในกลุ่มความเสี่ยงสูงเช่นนี้ จึงเป็นการยืนยันประสิทธิผลของการแทรกแซงแบบหลายมิติได้อย่างหนักแน่น บริบทการดำเนินงานและข้อจำกัดทางเศรษฐานะงานวิจัยนี้ดำเนินการในบริบทชุมชน โดยมีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นแกนหลัก ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยเชิงปฏิบัติการของจิรัชญา เหล่าคมพฤฒาจารย์ และคณะ[10] และแตกต่างจากงานวิจัยของฟาอิส วาเลาะแต[11]ที่เน้นในบริบทโรงพยาบาล กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มผู้มีรายได้น้อย ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ผลักดันให้เกิดข้อเสนอแนะเชิงระบบ ข้อจำกัดด้านเศรษฐานะนี้เป็นตัวขับเคลื่อนให้งานวิจัยนี้ต้องมุ่งเน้นการสร้างกลไกการสนับสนุนทางการเงินที่ยั่งยืน เช่น การจัดตั้งกองทุนปรับปรุงบ้านร่วมกับ อบต. ซึ่งเป็นประเด็น

เชิงนโยบายและทรัพยากรที่จำเป็นอย่างยิ่งในการนำรูปแบบการปรับสภาพแวดล้อมไปปฏิบัติให้เกิดผลจริงในชุมชนผู้มีรายได้น้อย โดยไม่ได้พึ่งพาเฉพาะการให้ความรู้หรือแรงงานในชุมชนเท่านั้น

2. ผลการประเมินปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพเฉพาะบุคคล ประสิทธิผลสูงสุดในการลดอุบัติการณ์หกล้มและความกลัวการหกล้ม โดยอุบัติการณ์หกล้ม 12 เดือนที่ผ่านมา ลดลงจาก ร้อยละ 79.55 เหลือ 0% ยืนยันว่าการแทรกแซงแบบหลายมิติมีประสิทธิผลสูงสุดในการลดอุบัติการณ์การหกล้ม สอดคล้องกับการศึกษาของภาวดี วิมลพันธ์ และจุติพร ผลเกิด และคณะ[9,12]ด้านความกลัวการหกล้ม ลดลงจาก ร้อยละ 79.55 เหลือร้อยละ19.32 สอดคล้องกับผลทางจิตวิทยาที่สำคัญนี้เป็นไปตามทฤษฎีความเชื่อมั่นในตนเอง (Self-Efficacy) ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยที่ประยุกต์ใช้ทฤษฎีสุขภาพของโสภิตตา แสนวาและคณะ[6]ประสิทธิภาพในการจัดการความเสี่ยงด้านการเคลื่อนไหวและผลกระทบจากโรค รูปแบบการป้องกันประสบความสำเร็จสูงในการแก้ไขปัจจัยเสี่ยงที่ปรับเปลี่ยนได้ โดยเฉพาะในประเด็นที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับการเคลื่อนไหวและผลข้างเคียงจากโรคเรื้อรัง ความยากลำบากในการลุกจากเก้าอี้ ลดลงจาก ร้อยละ 60.23 เหลือร้อยละ0 ยืนยันประสิทธิผลของโปรแกรมการฝึกความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขาและการทรงตัว ซึ่งเป็นกิจกรรมหลักที่ได้รับการเน้นย้ำในงานวิจัยของดิษฐพล ใจซื่อ ธิยากร กุลวงค์ และจิรัชญา เหล่าคมพฤฒาจารย์ และคณะ[7,10,13]ผลข้างเคียงจากยาลดลงจาก ร้อยละ 39.77 เหลือร้อยละ 0 แสดงถึงการจัดการยาที่ได้ผลดี สอดคล้องกับการศึกษาของภาวดี วิมลพันธ์ และธิยากร กุลวงค์[12,13]ประสิทธิภาพในการจัดการความเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับโรคเบาหวาน อาการวิงเวียนศีรษะ/หน้ามืด/บ้านหมุน ลดลงจาก ร้อยละ 60.23 เหลือร้อยละ 20.45 การลดลงนี้บ่งชี้ถึงการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดที่ดีขึ้นและการจัดการภาวะ Orthostatic Hypotension ปัญหาการมองเห็นลดลงจาก ร้อยละ 79.55 เหลือร้อยละ39.77 การลดลงนี้อาจเกิดจากการตรวจคัดกรองเบาหวานขึ้นตา และการแก้ไขปัญหาด้วยการสวมแว่นสายตาที่เหมาะสม อาการชาที่ปลายมือปลายเท้า ลดลงจากร้อยละ 60.23 เหลือร้อยละ 39.77 แม้จะมีการเปลี่ยนแปลง แต่ยังคงเป็นปัจจัยที่ต้องมีการติดตามและแทรกแซงอย่างต่อเนื่อง ปัจจัยเสี่ยงที่มีการเปลี่ยนแปลงน้อย งานวิจัยนี้ยังพบปัจจัยเสี่ยงบางประการที่รูปแบบการป้องกันยังไม่สามารถแก้ไขได้อย่างมีประสิทธิภาพ ได้แก่ ปัญหาการได้ยิน คงที่ที่ร้อยละ 39.77 ภาวะซึมเศร้าวิตกกังวล และภาวะสมองเสื่อม/สับสน คงที่ที่ร้อยละ 20.45 ซึ่งปัจจัยเหล่านี้มักเป็นปัญหาด้านสุขภาพจิตและภาวะทางสมองที่ต้องใช้การแทรกแซงเฉพาะทาง และการดูแลระยะยาวที่เข้มข้นกว่ารูปแบบการป้องกันการหกล้มโดยทั่วไป

3. ผลสัมฤทธิ์และความพึงพอใจต่อรูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้ม ประสิทธิผลสูงสุดในการยุติการหกล้มซ้ำ ผลลัพธ์ที่สำคัญที่สุดคือ อุบัติการณ์การพลัดตกหกล้มลดลงจากร้อยละ 79.55 เหลือร้อยละ 0 ในกลุ่มตัวอย่างที่มีความเสี่ยงสูงนี้ และคะแนนรวมปัจจัยเสี่ยงลดลงถึงร้อยละ 64.95 ($p<0.001$) ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของภาวดี วิมลพันธ์ และจุติพร ผลเกิด และคณะ[9,12]ที่ยืนยันว่ารูปแบบการป้องกันการหกล้มแบบหลายมิติ (Multifactorial Intervention) มีประสิทธิภาพอย่างยิ่งในการลดอุบัติการณ์การหกล้ม ปัจจัยด้านบุคคล การลดลงของความยากลำบากในการลุกจากเก้าอี้และผลข้างเคียงจากยาเหลือร้อยละ 0 เป็นเครื่องยืนยันประสิทธิผลของกิจกรรม การฝึกออกกำลังกายเพื่อเสริมสร้างความแข็งแรงและการทรงตัว และการจัดการยา ซึ่งเป็นองค์ประกอบหลักที่สอดคล้องในงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งหมด เช่น ดิษฐพล ใจซื่อ และธิยากร กุลวงค์[7,13]ความสำเร็จในการยกระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพและความเชื่อมั่นในตนเอง รูปแบบประสบความสำเร็จอย่างสูงในการยกระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในทุกมิติ ($p<0.001$) โดยมิติที่เปลี่ยนแปลงสูงสุดคือ ความง่ายในการปรับใช้ (Mean Difference = 1.59) ซึ่งสอดคล้องกับการลดลงของ ความกลัวการหกล้ม ลดเหลือร้อยละ 19.32 ผลลัพธ์นี้สนับสนุนแนวคิดของโสภิตตา แสนวา และคณะ และธิยากร กุลวงค์[6,13]ที่ใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองและความเชื่อมั่นในตนเองในการออกแบบโปรแกรม การขยายช่องทางการเข้าถึงข้อมูล การที่บุคลากรสาธารณสุขและ อสม. กลายเป็นแหล่งข้อมูลที่ผู้สูงอายุใช้ถึง ร้อยละ 100 หลังการใช้รูปแบบ ยืนยันความสำเร็จของการถ่ายโอนความรู้ และการใช้ภาคีเครือข่ายชุมชนเป็นกลไกหลักในการขับเคลื่อนงานด้านสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของจิรัชญา เหล่าคมพฤฒาจารย์ และคณะ และดิษฐพล ใจซื่อ[7,10]ความพึงพอใจและแนวทางความยั่งยืน ระดับความพึงพอใจ

โดยรวมที่สูงในทุกมิติ ค่าเฉลี่ย 4.47 แสดงให้เห็นถึงการยอมรับและคุณภาพของกิจกรรมที่จัดทำขึ้น ผลการวิจัยนี้ตอกย้ำข้อเสนอจากงานวิจัยเชิงคุณภาพว่า ความยั่งยืนขึ้นอยู่กับการถ่ายโอนภารกิจ ต้องเปลี่ยนบทบาทของบุคลากร รพ.สต. เป็นผู้ให้คำปรึกษาทางเทคนิค และให้ อสม. เป็นผู้ปฏิบัติงานหลัก ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของฟาอิส วาเลาะแต[11]ที่เสนอรูปแบบที่ใช้เวลาน้อย เข้าใจง่าย

ข้อเสนอแนะ

1) การจัดการปัจจัยเสี่ยงที่เปลี่ยนแปลงน้อย ต้องมีการวิจัยและพัฒนารูปแบบการแทรกแซงแบบบูรณาการที่เพิ่มการแทรกแซงเฉพาะทางสำหรับปัจจัยเสี่ยงที่ยังคงอยู่สูง ได้แก่ ปัญหาการได้ยิน และ ภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล หรือ ภาวะสมองเสื่อม โดยอาจต้องร่วมมือกับบุคลากรเฉพาะทาง เช่น พยาบาลสุขภาพจิต หรือนักกายภาพบำบัด

2) การศึกษาความยั่งยืนในระยะยาว จำเป็นต้องมีการศึกษาวิจัยเพื่อประเมินประสิทธิผลและความยั่งยืนของรูปแบบในระยะยาว ภายหลังการถ่ายโอนภารกิจการติดตามไปให้ อสม. และการจัดตั้งกลไกการสนับสนุนทางการเงิน

3) การวิเคราะห์ทางเศรษฐศาสตร์ ควรมีการศึกษาความคุ้มทุน (Cost-Effectiveness) ของรูปแบบการป้องกันนี้โดยเปรียบเทียบกับค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่เกิดจากการหกล้มรุนแรง เพื่อใช้เป็นข้อมูลสนับสนุนการตัดสินใจของ อบต. ในการจัดสรรงบประมาณ

4) การวิจัยครั้งต่อไป ควรส่งเสริมและสนับสนุนการวิจัยเพื่อประยุกต์และปรับเปลี่ยนรูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มที่คำนึงถึงความเสี่ยงเฉพาะโรค เพื่อนำไปใช้กับผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังซับซ้อนอื่น ๆ เช่น โรคพาร์กินสัน และผู้ป่วยหลังโรคหลอดเลือดสมอง

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดีโดยได้รับความกรุณาอย่างสูงจาก ดร.นพดล พิมพ์จันทร์ อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ให้คำแนะนำ แนวทาง และตรวจทานงานวิจัยให้มีความสมบูรณ์และทรงคุณค่าทางวิชาการ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้ ขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่กรุณาสละเวลาตรวจสอบเครื่องมือวิจัยและให้ข้อคิดเห็นเชิงลึก ตลอดจนภาคีเครือข่ายสุขภาพตำบลยางสว่าง ทั้งเจ้าหน้าที่ รพ.สต.ยางสว่าง ผู้นำชุมชน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่ร่วมขับเคลื่อนกิจกรรมและประสานงานอย่างเข้มแข็ง รวมถึงนายกและสมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบลยางสว่าง ที่สนับสนุนงบประมาณและผลักดันการจัดตั้งกองทุนปรับปรุงบ้านเพื่อความปลอดภัย เหนือสิ่งอื่นใดขอบพระคุณผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างและผู้ดูแลทุกท่านที่ให้ความร่วมมือและสละเวลาเข้าร่วมโครงการด้วยความเต็มใจ ผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่าองค์ความรู้จากงานวิจัยนี้จะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชนสืบไป

เอกสารอ้างอิง

1. กองป้องกันการบาดเจ็บ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. ข้อมูลการพลัดตกหกล้ม (W00 - W19). 2562.
2. ฐิติมา ทาสุวรรณอินทร์. การพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี. 2559;5(2):119-31.
3. จิรทีปต์ ขวัญแก้ว. โรคเบาหวานในผู้สูงอายุ. สมิติเวช. 2567.
4. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์. HDC สุรินทร์. 2567.

5. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลยางสว่าง. สรุปผลการดำเนินงานสาธารณสุข ปี 2567. รายงานสรุปผลการดำเนินงานสาธารณสุข ปี 2567. 2567.
6. โสภิตตา แสนวา เอมอัชฌา วัฒนบุรานนท์ นิภา มหารัชพงศ์. ผลของโปรแกรมป้องกันการพลัดตกหกล้มโดยประยุกต์ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในอำเภอเกาะจันทร์ จังหวัดชลบุรี. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ. 2022;ปีที่ 15 ฉบับที่ 2.
7. ดิษฐพล ใจซื่อ. การพัฒนารูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสุขภาพในชุมชน. วารสารำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น. 2023.
8. นงนุช เชาวน์ศิลป์. การพัฒนารูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ โดยใช้ชุมชนเป็นฐานตามแนวคิดของเศรษฐกิจพอเพียง มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม. 2020.
9. จุติพร ผลเกิด เกศรา แสนศิริทวีสุข ภูมิพัฒน์ นริษท์ิภูวพงษ์. การพัฒนารูปแบบการป้องกันและแก้ไขปัญหาการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุตำบลหนองบก อำเภอเหล่าเสือโก้ก จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทยและสุขภาพ. 2024;ปีที่ 9 ฉบับที่ 3.
10. จิรัชญา เหล่าคมพฤฒาจารย์ ปาริชาต ญาตินิยม ธิติรัตน์ เหล่าคมพฤฒาจารย์. การพัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะพลัดตกหกล้มสำหรับผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชน ท้องถิ่น ในพื้นที่เป้าหมาย ABC 6-D จังหวัดชัยภูมิ. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9 2024.
11. ฟาอิส วาเลาะแต. การพัฒนารูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุ โรงพยาบาลสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น. วิทยานิพนธ์ (พยม การบริหารการพยาบาล) มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, 2562. 2019.
12. ภาวดี วิมลพันธ์. ผลของโปรแกรมป้องกันการพลัดตกหกล้มต่อการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข. 2014.
13. ธิยากร กุลวงค์. ผลของโปรแกรมการดูแลตนเองในการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคำสีดา อำเภอทุ่งฝน จังหวัดอุดรธานี. ระบบเผยแพร่ผลงานทางวิชาการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี. 2024.

Received: 24 Oct.2025, Revised: 10 Dec.2025
Accepted: 30 Dec.2025

บทความวิจัย

ประสิทธิผลของโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดลำปาง

พัทธ์ธีรา เจียมศิริอังกูร[1]*, เทียนทอง ต๊ะแก้ว[1*]

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) นี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในบริบทที่จังหวัดลำปางเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ และเผชิญปัญหาผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจำนวน 1,289 คน แต่มีผู้ดูแลที่ยังปฏิบัติหน้าที่อยู่เพียง 157 คน (จากผู้ดูแลทั้งหมด 269 คน คิดเป็นร้อยละ 58.36)

กลุ่มตัวอย่างคือผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในเขตอำเภอเมือง จังหวัดลำปาง แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 36 คน และกลุ่มควบคุม 36 คน เครื่องมือที่ใช้คือโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจที่ประยุกต์จากทฤษฎีแรงจูงใจสองปัจจัยของ Herzberg (Herzberg's Two-Factor Theory) โดยเน้นปัจจัยจูงใจ (Motivators) ได้แก่ ความสำเร็จในการทำงาน การได้รับการยอมรับ ลักษณะของงาน ความรับผิดชอบ และความก้าวหน้าในตำแหน่งงาน โปรแกรมถูกดำเนินกิจกรรมรวม 8 ครั้ง เป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ การเก็บข้อมูลทำทั้งก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้แบบประเมินแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพ และแบบประเมินการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) และสถิติเชิงอนุมาน (Paired t-test และ Independent t-test)

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยด้าน แรงจูงใจในการดูแลสุขภาพ และการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับเดียวกัน กล่าวโดยสรุป โปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจนี้มีประสิทธิผลในการเพิ่มแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพ และส่งผลต่อการปฏิบัติงานที่เหมาะสมตามบทบาทหน้าที่ของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จึงควรนำไปประยุกต์และปรับใช้ในกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่อื่นๆ ต่อไป

คำสำคัญ: การปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ การเสริมสร้างแรงจูงใจ ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง แรงจูงใจในการดูแลสุขภาพ

[1]เทศบาลนครลำปาง, มหาวิทยาลัยพะเยา

*Corresponding author, E-mail: patteera2522@gmail.com, tienthong.tk@gmail.com

Original Article

Effectiveness of motivational programs in enhancing the work performance of caregivers for dependent elderly in Mueang district, Lampang province

Patteera Chiamsiri-angkun[1]*, Tienthong Takaew[2]

This quasi-experimental research aimed to study the effectiveness of a motivational enhancement program on the work role performance of caregivers for dependent elderly in the context of Lampang province, which has fully entered an aging society and faces the issue of 1,289 dependent elderly, but has only 157 currently active caregivers (out of 269 total caregivers, representing 58.36%).

The sample group consisted of caregivers for the dependent elderly in Mueang District, Lampang Province, divided into an experimental group (36 people) and a control group (36 people). The tool used was a motivational enhancement program adapted from Herzberg's Two-Factor Theory, focusing on Motivators: achievement, recognition, the work itself, responsibility, and advancement. The program activities were implemented 8 times over a period of 8 weeks. Data collection was performed both before and after the experiment, using a health care motivation assessment form and a role performance assessment form. Data were analyzed using descriptive statistics (frequency, percentage, mean, standard deviation) and inferential statistics (Paired t-test and Independent t-test).

The results showed that the experimental group, which received the program, had significantly higher average scores in both health care motivation and role performance at a statistical level of 0.05, and these scores were also significantly higher than those of the control group at the same statistical level. In conclusion, this motivational enhancement program is effective in increasing health care motivation and favorably influencing the appropriate work role performance of caregivers for the dependent elderly. Therefore, it should be applied and adapted for use among caregivers for the dependent elderly in other areas.

Keywords: Role performance, Motivational enhancement, Caregivers of dependent elderly, Health care motivation

[1] Lampang Municipality, University of Phayao

*Corresponding author, E-mail: patteera2522@gmail.com, tienthong.tk@gmail.com

บทนำ

สถานการณ์จำนวนประชากรผู้สูงอายุที่อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นทั่วโลกมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น และยังพบว่าประชากรผู้สูงอายุมีสัดส่วนสูงกว่าประชากรในวัยอื่นๆ ส่วนหนึ่งเกิดจากอัตราการเจริญพันธุ์ที่ลดลงและการมีอายุยืนยาวขึ้น นำไปสู่ภาวะสังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ สำหรับข้อมูลผู้สูงอายุในประเทศไทยประชากรผู้สูงอายุในปี พ.ศ. 2565 นั้นมีมากถึง 12,116,199 คน คิดเป็น 18.30% ของประชากรทั้งหมด[1] สำหรับข้อมูลผู้สูงอายุในจังหวัดลำปาง ในปี พ.ศ. 2566 พบว่ามีจำนวนผู้สูงอายุ 192,334 คน คิดเป็นร้อยละ 26.76 ของประชากรในจังหวัดและเมื่อเทียบกับอัตราผู้สูงอายุในเขตสุขภาพที่ 1 ทั้ง 8 จังหวัดภาคเหนือตอนบน พบว่าจังหวัดลำปางมีอัตราของผู้สูงอายุสูงที่สุด[2] กระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินการประเมินคัดกรองความสามารถของผู้สูงอายุในการดำเนินชีวิตประจำวัน (Activities of Daily Living : ADL) ซึ่งเป็นการ คัดกรองพื้นฐานที่ผู้สูงอายุทุกรายจำเป็นต้องผ่านการคัดกรองทุกรายแบ่งเป็น 3 กลุ่ม ตามความสามารถในการดำเนินชีวิต ได้แก่ กลุ่มติดสังคม กลุ่มติดบ้าน และกลุ่มติดเตียง ซึ่งในบริบทของการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่จำเป็นต้องสนับสนุนบริการด้านสุขภาพและสังคม คือ กลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียงที่เรียกว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ข้อมูลจังหวัดลำปางมีจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจำนวน 3,545 คน ในจำนวนนี้ พบว่าอำเภอที่มีจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมากที่สุดคือ อำเภอเมืองจำนวน 1,289 คน คิดเป็นร้อยละ 3.34 จากจำนวนผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรอง[2] กองกิจการผู้สูงอายุมีแผนยุทธศาสตร์การดำเนินงานระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอยู่ภายใต้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและรัฐบาลกำหนดนโยบายให้มีระบบการดูแลระยะยาว จึงดำเนินการพัฒนาหลักสูตรการฝึกอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุหลักสูตร 70 ชั่วโมง (Care giver) เพื่อให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความรู้ ความเข้าใจเรื่องการดูแลสุขภาพอนามัยผู้สูงอายุและปฏิบัติต่อผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมถึงเพื่อพัฒนาศักยภาพบุคลากร และภาคีเครือข่ายที่ทำงานด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว[3] ซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดีสำหรับผู้สูงอายุ ประกอบด้วย การมีสุขภาพดีในด้านสุขภาพกายที่ดี สุขภาพจิตที่ดี สุขภาพทางสังคมสิ่งแวดล้อมที่ดี และผู้ดูแลที่มีศักยภาพสูง จึงทำให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตด้านความสามารถทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันได้เพิ่มขึ้น[4] ในปี พ.ศ.2566 จังหวัดลำปางมีจำนวนผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ที่ผ่านการอบรมหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุ 70 ชั่วโมงของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข จำนวน 1,596 คน ซึ่งกระจายการทำงานไปในทุกอำเภอ และทำงานตามบทบาทภายใต้การดูแลของผู้ดูแล (Care Manager) ในส่วนของอำเภอเมืองลำปางมีจำนวนผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ผ่านการอบรม (Care giver) จำนวน 269 คน แต่พบว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ยังปฏิบัติหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีจำนวนเพียง 157 คน คิดเป็นร้อยละ 58.33

แรงจูงใจในการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ จากทฤษฎีแรงจูงใจสองปัจจัยของ Herzberg (Herzberg's Two-Factor Theory) ประกอบไปด้วยปัจจัยจูงใจ (Motivation factor) ทำให้เกิดความพึงพอใจ (Satisfiers) มีความสัมพันธ์ โดยตรงกับแรงจูงใจภายในที่เกิดจากการทำงาน (Job content) เช่น ความสำเร็จของงาน และการยอมรับนับถือ ฯลฯ ปัจจัยจูงใจนี้ทำให้บุคคลเกิดความชื่นชอบ ยินดีในผลงานและความสามารถของตนเอง ถ้าตอบสนองปัจจัยเหล่านี้ของผู้ปฏิบัติงานแล้วจะทำให้ผู้ปฏิบัติงานเกิดแรงจูงใจ ตั้งใจทำงานจนสุดความสามารถ และช่วยเพิ่มประสิทธิภาพของงานได้[5]

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยพบว่า ปัจจัยจูงใจ ในการปฏิบัติงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงด้านการยอมรับนับถือ พบว่าอาสาสมัครผู้ดูแลเมื่อปฏิบัติงานในชุมชนทำให้ประชาชนรู้จักมากขึ้น รวมถึงเป็นคนในชุมชนทำให้ผู้ป่วยและญาติให้ความไว้วางใจในการที่จะขอคำแนะนำ หรือขอรับบริการ เมื่อผู้ป่วย ผู้สูงอายุ หรือผู้พิการที่ต้องการความช่วยเหลือในเบื้องต้นแทนญาติ หรือบุคลากรทางการแพทย์ได้ และเมื่อปฏิบัติงานสำเร็จอาสาสมัครผู้ดูแล

ผู้สูงอายุรู้สึกตนเองได้รับการยอมรับมากขึ้น จากการที่ผู้รับบริการ ผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข กล่าวคำยกย่องชมเชย[6] และสัมพันธภาพทั้งในผู้ปฏิบัติงาน ญาติ หรือเจ้าหน้าที่ ส่งผลให้การปฏิบัติงานได้รับความช่วยเหลือในการร่วมแก้ไขปัญหาต่างๆร่วมกัน เกิดความมั่นใจ ทำงานได้รวดเร็วและประสบความสำเร็จมากขึ้น[7] ผู้วิจัยเล็งจึงเห็นถึงความสำคัญนี้ จึงเกิดการประยุกต์ใช้ทฤษฎีของ Herzberg เน้นปัจจัยจูงใจ (Motivators) ได้แก่ ความสำเร็จในการทำงาน การได้รับการยอมรับ ลักษณะของงาน ความรับผิดชอบ และความก้าวหน้าในตำแหน่งงาน จึงเกิดเป็นการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดลำปาง เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาเป็นแนวทางการจัดกิจกรรม พัฒนารูปแบบการสร้างเสริมแรงจูงใจและส่งผลให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของตนเองได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพ และการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจ ในกลุ่มทดลอง ของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในเขตอำเภอเมืองลำปาง จังหวัดลำปาง

2.เพื่อเปรียบเทียบแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพ และการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจ ในกลุ่มควบคุม ของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในเขตอำเภอเมืองลำปาง จังหวัดลำปาง

3.เพื่อเปรียบเทียบแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพ และการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ หลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในเขตอำเภอเมืองลำปาง จังหวัดลำปาง

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ คือผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care giver) อำเภอเมืองลำปาง จังหวัดลำปาง ที่ผ่านการอบรม หลักสูตรอย่างน้อย 70 ชั่วโมง จำนวน 269 คน

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป G*Power version 3.1 โดยมีการกำหนดค่าขนาดอิทธิพล (effect size) เท่ากับ 0.50 ระดับนัยสำคัญ (alpha level) ที่ 0.05 และอำนาจการทดสอบ (power) ที่ 0.8 ได้กลุ่มตัวอย่าง 34 คน[8] และเพื่อป้องกันการสูญหาย จึงเพิ่มขนาดตัวอย่าง ร้อยละ 5[9] จึงได้ขนาดตัวอย่าง กลุ่มละ 36 คน (กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม) รวมจำนวน 72 คน

การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง

การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง ใช้วิธี Cluster Random sampling จาก 19 ตำบลในเขตอำเภอเมือง จังหวัดลำปาง เป็น 10 ตำบล (ได้แก่ ตำบลเวียงเหนือ, ตำบลหัวเวียง, ตำบลสวนดอก, ตำบลสบตุ๋ย, ตำบลพระบาท, ตำบลชมพู, ตำบลบ่อแฮ้ว, ตำบลปงแสนทอง, ตำบลพิชัย, ตำบลต้นธงชัย) และใช้วิธี Cluster Random sampling แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 5 ตำบล (ได้แก่ ตำบลเวียงเหนือ, ตำบลหัวเวียง, ตำบลสวนดอก, ตำบลสบตุ๋ย, ตำบลชมพู) และกลุ่มควบคุม 5 ตำบล (ได้แก่ ตำบลพระบาท, ตำบลบ่อแฮ้ว, ตำบลปงแสนทอง, ตำบลพิชัย, ตำบลต้นธงชัย) และการสุ่มตัวอย่างแบบ Simple

Random Sampling โดยการสุ่มจับรายชื่อผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง Care giver ตามตำบล แยกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 36 คน โดยกำหนดเกณฑ์การคัดเข้า ได้แก่ 1) เป็นบุคคลสัญชาติไทย อายุ 20–65 ปี เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในอำเภอเมืองลำปาง จังหวัดลำปาง 2) ปฏิบัติหน้าที่ผู้ดูแลผู้สูงอายุ อย่างน้อย 6 เดือนขึ้นไป 3) พูดคุยสื่อสารรู้เรื่องและอ่านออกเขียนได้ 4) สมัครใจเข้าร่วมการศึกษาวิจัย ยินดีให้ความร่วมมือตลอดระยะเวลาดำเนินการวิจัย เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) ได้แก่ 1) ผู้เข้าร่วมวิจัยไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ตลอดทั้งโปรแกรม 2) ปัญหาสุขภาพหรือมีโรคประจำตัว ที่มีอุปสรรคต่อการเข้าร่วมโปรแกรม เกณฑ์การถอนออกจากการวิจัย คือ ผู้เข้าร่วมวิจัยมีการย้ายที่อยู่ในระหว่างการทำวิจัย และเกณฑ์การยุติวิจัย คือ ผู้เข้าร่วมวิจัยถอนตัวระหว่างทำกิจกรรมมากกว่าร้อยละ 50

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษานี้ใช้เครื่องมือ 2 ชนิด คือ เครื่องมือในการทดลอง และเครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล

1) เครื่องมือในการทดลอง

โปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง จึงประยุกต์ใช้แนวคิดการเสริมสร้างแรงจูงใจของ Herzberg ในด้านปัจจัยจูงใจ (Motivation factor) ซึ่งประกอบด้วย 5 ด้าน ดังนี้ คือ 1) ด้านความสำเร็จในการทำงาน 2) ด้านการได้รับการยอมรับ นับถือ 3) ด้านลักษณะของงานที่ปฏิบัติ 4) ด้านความรับผิดชอบ 5) ด้านความก้าวหน้าในตำแหน่งการงานของ Herzberg,1966[10] โดยมีกิจกรรม 8 สัปดาห์ กิจกรรมใช้เวลา 1 ชั่วโมง ถึง 1 ชั่วโมงครึ่ง โดยสอดแทรกกิจกรรมตามองค์ประกอบของแรงจูงใจทั้ง 5 ด้าน รวมถึงการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ประกอบด้วย 5 ด้าน ดังนี้ คือ ได้แก่ ด้านการให้การดูแล ด้านการให้การช่วยเหลือ ด้านการให้การประคับประคอง ด้านการให้การสนับสนุน และด้านการเป็นผู้ประสานงานและเชื่อมโยง

2) เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งออกเป็น 3 ส่วน

ส่วนที่ 1 ลักษณะทางประชากร ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพหลัก รายได้ต่อปี และระยะเวลาการปฏิบัติหน้าที่ผู้ดูแลผู้สูงอายุ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพ 28 ข้อ ประยุกต์จากวิวรรณ กองสอน[11] ได้แก่ ด้านความสำเร็จในงาน ด้านการได้รับความยอมรับนับถือ ด้านลักษณะของงานที่ปฏิบัติ ด้านความรับผิดชอบ และด้านความก้าวหน้าในตำแหน่งหน้าที่การงาน

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ ของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง แบ่งเป็น 5 ด้าน ได้แก่ การดูแล การช่วยเหลือ การประคับประคอง การสนับสนุนและการประสานงานและเชื่อมโยง จำนวน 22 ข้อ ประยุกต์จากศิวพร ชุ่มเย็น[7] ได้แก่ ด้านการให้การดูแล ด้านการให้การช่วยเหลือ ด้านการให้การประคับประคอง ด้านการให้การสนับสนุน และด้านการเป็นผู้ประสานงานและเชื่อมโยง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ความตรงของเนื้อหา (Content validity)

การตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน เพื่อนำมาหาค่า IOC ได้เท่ากับ 0.67 – 1.00 จากนั้น นำเครื่องมือมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะให้มีความถูกต้อง ครอบคลุม สอดคล้องกับวัตถุประสงค์

ความเชื่อมั่น (Reliability)

นำแบบสอบถามไปทดลองกับกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย

แบบสอบถามเกี่ยวกับแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพ (โดยรวมเท่ากับ 0.95) แบ่งเป็นรายด้าน ดังนี้ ด้านความสำเร็จในการทำงาน เท่ากับ 0.85 ด้านการได้รับการยอมรับนับถือ เท่ากับ 0.87 ด้านลักษณะของงานที่ปฏิบัติ เท่ากับ 0.87 ด้านความรับผิดชอบ เท่ากับ 0.89 ด้านความก้าวหน้าในตำแหน่งการงาน เท่ากับ 0.83

แบบสอบถามเกี่ยวกับการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (โดยรวมเท่ากับ 0.96) แบ่งเป็นรายด้าน ดังนี้ ด้านการให้การดูแล เท่ากับ 0.79 ด้านการให้การช่วยเหลือ เท่ากับ 0.95 ด้านการให้การประคับประคอง เท่ากับ 0.78 ด้านการให้การสนับสนุน เท่ากับ 0.85 ด้านการเป็นผู้ประสานงานและเชื่อมโยง เท่ากับ 0.94

วิธีดำเนินการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บข้อมูลครั้งนี้ดำเนินการเก็บข้อมูลหลังจากโครงการวิจัยได้รับการอนุมัติรับรองจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยพะเยา เลขที่โครงการวิจัย HREC-UP-HSST 1.2/172/67 ลงวันที่ 5 พฤศจิกายน 2567 ระหว่างวันที่ 1 ธันวาคม 2567 – 31 มกราคม 2568 ซึ่งผู้วิจัยเก็บข้อมูล ดำเนินการตามขั้นตอน ดังต่อไปนี้

1.ขั้นเตรียมการทดลอง ภายหลังได้รับเอกสารรับรองจริยธรรม ผู้วิจัยชี้แจงกระบวนการวิจัยกับสาธารณสุขอำเภอเมืองลำปาง เทศบาลนครลำปาง เทศบาลเมืองเขลางค์นคร ศูนย์บริการสาธาณสุข และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

2.ขั้นระยะดำเนินการทดลอง ดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง และแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ดังนี้

2.1 กลุ่มควบคุม มีการดำเนินการ 2 ครั้ง คือ

ครั้งที่ 1 ชี้แจงเกี่ยวกับงานวิจัยและให้กลุ่มเป้าหมายลงนามในใบยินยอม เก็บข้อมูลแบบสอบถามก่อนเข้าโปรแกรมฯ แบบสอบถามเรื่องแรงจูงใจ และการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ครั้งที่ 2 เก็บข้อมูลแบบสอบถามหลังเข้าโปรแกรมฯ แบบสอบถามเรื่องแรงจูงใจ และการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

2.2 กลุ่มทดลอง ดำเนินการตามโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติหน้าที่ ประยุกต์ใช้แนวคิดการเสริมสร้างแรงจูงใจของ Herzberg ในด้านปัจจัยจูงใจ โดยมีกิจกรรม ทั้งหมด 8 สัปดาห์ ดังนี้

สัปดาห์ที่	กิจกรรม	วัตถุประสงค์	ระยะเวลา	การประเมินผล
1	กิจกรรมที่ 1 ผู้วิจัยแนะนำตัว ลงนามเอกสารในใบยินยอม และเก็บข้อมูลแบบสอบถามก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	ชี้แจงวัตถุประสงค์ของโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติหน้าที่	20 นาที	
	กิจกรรมที่ 2 สร้างสัมพันธ์ “รู้จักฉันรู้จักเธอ” แนะนำตัว และกิจกรรมละลายพฤติกรรม (ระหว่าง Care giver, Care manger, ทีมสหสาขาวิชาชีพ,	-เพื่อให้กลุ่มเป้าหมายรู้จักทีมสหสาขาวิชาชีพ และผู้บริหาร ตามทฤษฎีแรงจูงใจในด้านการได้รับการยอมรับนับถือ และด้าน	40 นาที	-การสังเกตจากการทำกิจกรรม -ผู้ดูแลฯรู้จักกัน และมีคู่ Buddy ในการทำกิจกรรมตลอด

สัปดาห์ที่	กิจกรรม	วัตถุประสงค์	ระยะเวลา	การประเมินผล
	ผู้บริหารองค์กร) และการเลือกจับคู่ Buddy	ความก้าวหน้าในตำแหน่งการงาน -การจับคู่ Buddy		
2	กิจกรรมที่ 3 แลกเปลี่ยนเรียนรู้การทำงาน ระหว่างผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	เพื่อให้กลุ่มเป้าหมายได้สื่อสารลักษณะของงานที่ปฏิบัติ ข้อดี ข้อเสีย สิ่งที่ภาคภูมิใจ และความรู้สึกที่เกิดขึ้น และโอกาสที่จะพัฒนาจากการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ตามทฤษฎีแรงจูงใจ ในด้านความรับผิดชอบและด้านลักษณะของงานที่ปฏิบัติ	60 นาที	-ประยุกต์ใช้เครื่องมือ SWOT Analysis ในโอกาสพัฒนาตนเองในงานที่ปฏิบัติ
	กิจกรรมที่ 4 นำเสนอผ่านตัวแบบจากสื่อวีดีทัศน์เกี่ยวกับประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยและผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนที่ประสบความสำเร็จจากวีดีทัศน์	เพื่อให้กลุ่มเป้าหมายได้เข้าใจบริบทในการปฏิบัติงานตามหน้าที่ของตนเองและความรู้สึกที่เกิดขึ้น หลังจากดูวิดีทัศน์ ตามทฤษฎีแรงจูงใจในด้านความสำเร็จในการทำงาน	20 นาที	-จากการสื่อสารระหว่าง Buddy และการสะท้อนในการนำไปปรับใช้กับการปฏิบัติงาน
3	กิจกรรมที่ 5 กิจกรรมให้ความรู้เรื่องการปฏิบัติงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	เพื่อให้ความรู้ในการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตามปัญหารายกรณีตามทฤษฎีแรงจูงใจในด้านความสำเร็จในการทำงาน	90 นาที	-จากการรับฟัง การเสนอความคิดเห็นและการซักถามจากประเด็นที่พบปัญหา
4	กิจกรรมที่ 6 การตั้งเป้าหมายในการปฏิบัติงานร่วมกับผู้ดูแล Care Manger ที่ดูแลรับผิดชอบแต่ละพื้นที่	เพื่อกำหนดเป้าหมายในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงร่วมกับทีมผู้ดูแลในแต่ละพื้นที่ ตามทฤษฎีแรงจูงใจ ในด้านความสำเร็จในการทำงาน	60 นาที	-แบบประเมินการเขียนปัญหารายกรณีของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
5 - 7	กิจกรรมที่ 7 ติดตามเยี่ยมบ้านร่วมกับ Care manger และทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยการ	-เพื่อติดตามการปฏิบัติงานของผู้ดูแล ตามการตั้งเป้าหมายในการดูแลและ	รายละ 60 นาที	-รายงานการเขียนปัญหารายกรณีของ

สัปดาห์ที่	กิจกรรม	วัตถุประสงค์	ระยะเวลา	การประเมินผล
	เยี่ยมแบ่งโซนตาม Care Manager ที่รับผิดชอบ ตามกิจกรรมการเยี่ยมตามปัญหารายกรณี (Care plan) แบ่งออกเป็น 4 ทีม ตามโซนของผู้จัดการผู้ดูแลแต่ละตำบล	ตามปัญหารายกรณี (Care plan) ตามทฤษฎีแรงจูงใจในด้านความรับผิดชอบและด้านลักษณะของงานที่ปฏิบัติ		ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
8	กิจกรรมที่ 8 การถอดบทเรียนในกลุ่มทดลอง และตอบแบบสอบถามหลังเข้าโปรแกรมฯ	-เพื่อให้กลุ่มเป้าหมายได้สะท้อนกิจกรรมตามโปรแกรมฯ	90 นาที	-แบบแสดงความคิดเห็นต่อกิจกรรมตามโปรแกรมฯ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป สถิติที่ใช้ดังนี้ สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics) เปรียบเทียบข้อมูลแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพและการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง ด้วยสถิติ Paired simple T-Test และ Independent T-Test

ผลการวิจัย

จากการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดลำปาง สามารถวิเคราะห์ผลการวิจัย ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 97.2 อายุ ≥ 50 ปี ร้อยละ 80.6 รายได้เฉลี่ยต่อปี < 50,000 บาท ร้อยละ 55.56 ระยะเวลาที่ผ่านการอบรมตามหลักสูตร 70 ชั่วโมง < 5 ปี ร้อยละ 69.4 ระยะเวลาในการปฏิบัติหน้าที่ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง < 5 ปี ร้อยละ 80.6 และในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา เคยผ่านการอบรมฟื้นฟูความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ร้อยละ 88.9

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 97.2 อายุ ≥ 50 ปี ร้อยละ 86.1 รายได้เฉลี่ยต่อปี < 50,000 บาท ร้อยละ 58.33 ระยะเวลาที่ผ่านการอบรมตามหลักสูตร 70 ชั่วโมง < 5 ปี ร้อยละ 66.7 ระยะเวลาในการปฏิบัติหน้าที่ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง < 5 ปี ร้อยละ 66.7 และในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา เคยผ่านการอบรมฟื้นฟูความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ร้อยละ 86.1

เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติ Chi-square พบว่าข้อมูล (เพศ อายุ รายได้เฉลี่ยต่อปี ระยะเวลาที่ผ่านการอบรมตามหลักสูตร 70 ชั่วโมง ระยะเวลาในการปฏิบัติหน้าที่ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา เคยผ่านการอบรมฟื้นฟูความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง) ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n=36)		กลุ่มควบคุม (n=36)		Chi-square	p-value
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ		
เพศ						
ชาย	1	2.8	1	2.8	0.00	1.000
หญิง	35	97.2	35	97.2		
อายุ						
< 50 ปี	7	19.4	5	13.9	0.40	0.527
≥ 50 ปี	29	80.6	31	86.1		
รายได้เฉลี่ยต่อปี						
< 50,000 บาท	20	55.56	21	58.33	1.98	0.372
≥ 50,000 บาท	16	44.44	15	41.67		
ระยะเวลาที่ผ่านการอบรมตามหลักสูตร 70 ชั่วโมง						
< 5 ปี	25	69.4	24	66.7	0.06	0.800
≥ 5 ปี	11	30.6	12	33.3		
ระยะเวลาในการปฏิบัติหน้าที่ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง						
< 5 ปี	29	80.6	24	66.7	1.79	0.181
≥ 5 ปี	7	19.4	12	33.3		
ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา เคยผ่านการอบรมฟื้นฟูความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง						
ไม่เคย	4	11.1	5	13.9	0.13	0.722
เคย	32	88.9	31	86.1		

2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพ และการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ก่อนและหลังทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ในกลุ่มทดลองเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพ โดยใช้สถิติ Paired t-test พบว่า หลังได้รับโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพ ($\bar{x}$=119.03 , S.D.= 11.51) มากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจ ($\bar{x}$= 82.50 , S.D.= 5.58) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (t= 20.82 , P-Value= <0.001) และค่าเฉลี่ยการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยใช้สถิติ Paired t-test พบว่าหลังได้รับโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ($\bar{x}$= 93.61, S.D.= 9.32) มากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจ ($\bar{x}$= 64.53 , S.D.= 8.61) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (t =24.53, p-value = <0.001)

ในกลุ่มควบคุมเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพ โดยใช้สถิติ Paired t-test พบว่า หลังได้รับโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพ ($\bar{x}$ =85.94 , S.D. =6.58) ไม่แตกต่างจากก่อนได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจ ($\bar{x}$ =84.72 , S.D. =7.33) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (t =1.97 p-value= 0.57) และเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยใช้สถิติ Paired t-test พบว่า

หลังได้รับโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ($\bar{x}$= 58.11 , S.D.= 3.93) ไม่แตกต่างจากก่อนได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจ ($\bar{x}$= 59.36 , S.D.= 6.36) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (t = -1.84, p-value = 0.74) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนน/ค่าแตกต่างคะแนนเฉลี่ย ตัวแปรที่ศึกษา ของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ก่อนและหลังทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Paired t-test (n=36)

ตัวแปร	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		t	p
	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.		
1.แรงจูงใจในการดูแลสุขภาพ						
กลุ่มทดลอง	82.50	5.58	119.03	11.51	20.82	<0.001*
กลุ่มควบคุม	84.72	7.33	85.94	4.92	1.97	0.57
2.การปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง						
กลุ่มทดลอง	64.53	8.61	93.61	9.32	24.53	<0.001
กลุ่มควบคุม	59.36	6.36	58.11	3.93	-1.84	0.74

*p-value < 0.05

3. การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพและการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ หลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

หลังทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพ โดยใช้สถิติ Independent t-test พบว่า กลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพ ($\bar{x}$ = 119.03, S.D.= 11.51) กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพ ($\bar{x}$= 85.94, S.D.= 6.58) พบว่าทั้งสองกลุ่มมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (t =15.86 , p-value = <0.001) และเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยใช้สถิติ Independent t-test พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ($\bar{x}$ =93.61 , S.D. =9.32) กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ($\bar{x}$ =58.11 , S.D. =3.93) พบว่าทั้งสองกลุ่มมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (t =21.06 , p-value = <0.001) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพและการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ หลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตัวแปร	หลังทดลอง		t	p
	$\bar{x}$	S.D.		
1.แรงจูงใจในการดูแลสุขภาพ				
กลุ่มทดลอง	119.03	11.51	15.86	<0.001
กลุ่มควบคุม	85.94	4.92		
2.การปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง				
กลุ่มทดลอง	93.61	9.32	21.06	<0.001
กลุ่มควบคุม	58.11	3.93		

*p-value < 0.05

สรุปและอภิปรายผล

แรงจูงใจช่วยให้บุคคล หน่วยงานหรือองค์การบริหารจัดการให้บุคคลหรือกลุ่มมีแรงจูงใจที่จะกระทำพฤติกรรมที่พึงประสงค์ได้หากมีการสร้างกระบวนการจูงใจในการทำงานที่เหมาะสม หากเป็นแรงจูงใจที่อยู่ภายในที่เกิดจากการทำงานตามทฤษฎีสองปัจจัยของ ของ Herzberg [5] โดยการศึกษาครั้งนี้ได้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีแนวคิดของ Herzberg ในด้านปัจจัยจูงใจ (Motivation factor) ประกอบไปด้วย ความสำเร็จในการทำงาน (Achievement) ด้านการได้รับการยอมรับนับถือ (Recognition) ด้านลักษณะของงานที่ปฏิบัติ (Work itself) ด้านความรับผิดชอบ (Responsibility) และด้านความก้าวหน้าในตำแหน่งหน้าที่การงาน (Advancement) ในกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาะพึ่งพิง เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ตามประเด็น 5 ด้าน ดังนี้ คือ ด้านการให้การดูแล ด้านการให้การช่วยเหลือ ด้านการให้การประคับประคอง ด้านการให้การสนับสนุน และด้านการเป็นผู้ประสานงานและเชื่อมโยง[7]

ในกลุ่มทดลอง เปรียบเทียบแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพ และการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ก่อนและหลังการทดลอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ 0.05 (p-value =<0.001) โดยก่อนการทดลอง มีแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพ อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 100 หลังการทดลอง มีแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพ อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 97.22 การปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยก่อนการทดลอง มีการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 91.67 หลังการทดลอง มีการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 97.22 แสดงว่ากลุ่มทดลองได้รับแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพ จากการจัดโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อาจเป็นเพราะจากกิจกรรมที่ร่วมกันกิจกรรมทำความรู้จักระหว่างผู้ดูแลและผู้นำองค์กร แลกเปลี่ยนเรียนรู้การทำงานระหว่างผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง การนำเสนอผ่านวีดีทัศน์เกี่ยวกับประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยและผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนที่ประสบความสำเร็จ การตั้งเป้าหมายในการปฏิบัติงานร่วมกับผู้ดูแล การติดตามเยี่ยมบ้านร่วมกับผู้ดูแล จึงทำให้มีแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพและการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ที่ดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของประกายมาศ ดอกหอม[12] ที่ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการสร้างเสริมการรับรู้ความสามารถแห่งตนต่อความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติการดูแลผู้สงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอจุน จังหวัดพะเยา พบว่า หลังการเข้าร่วมโปรแกรมการสร้างเสริมการรับรู้ความสามารถแห่งตนต่อความรู้ กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้และการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ p<0.001 รวมทั้งสอดคล้องกับการศึกษาของเจษฎา อังกาบสี[13] ที่ศึกษาประสิทธิผลโปรแกรมส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยและผู้สูงอายุที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน (Caregiver) หลังการเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองมีการรับรู้ความสามารถตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยและผู้สูงอายุที่จำเป็น ต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน (Caregiver) สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ในกลุ่มควบคุม เปรียบเทียบแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพ และการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ก่อนและหลังทดลองไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 โดยก่อนการทดลอง มีแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพ อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 97.22 หลังการทดลอง มีแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพ อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 100 การปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยก่อนการทดลอง มีการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 94.44 หลังการทดลอง มีการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 94.44 อาจจะเป็นเพราะกลุ่มควบคุมไม่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติงานตาม

บทบาทหน้าที่ของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จึงทำให้ระดับแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพและการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ ก่อนและหลังทดลองไม่แตกต่างกัน

หลังทดลอง แรงจูงใจในการดูแลสุขภาพ และการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุม ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ 0.05 (p-value= <0.001) โดยกลุ่มทดลอง มีระดับแรงจูงใจอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 92.86 และมีระดับการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 95.45 ส่วนในกลุ่มควบคุม มีระดับแรงจูงใจอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 85.71 และมีระดับการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 90.91 อาจจะเป็นเพราะในกลุ่มทดลอง มีกิจกรรมที่มีส่วนในการกระตุ้นแรงจูงใจ การมีคู่ Buddy ที่รู้จักและเข้าใจกันมากขึ้น ส่งผลให้การทำงานในการติดตามดูแลผู้สูงอายุได้ราบรื่นและช่วยเหลือซึ่งกันและกันมากขึ้น รวมถึงการได้ติดตามดูแลอย่างใกล้ชิด และการรับคำแนะนำผู้จัดการผู้ดูแล (Care Manager) ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ซึ่งในกิจกรรมที่มีการติดตามเยี่ยมที่พบปัญหาระหว่างทำงาน สามารถช่วยเหลือและประสานหาแนวทางแก้ไขได้ทันท่วงที และยังส่งผลให้การเขียนรายงานการดูแลได้อย่างครบถ้วนรายบุคคล แตกต่างจากในกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้มีกิจกรรมหรือการติดตามดูแลอย่างใกล้ชิดผู้จัดการผู้ดูแล (Care Manager) สอดคล้องกับการศึกษาของขนิษฐา ก่อสัมพันธ์กุล[14] ที่ศึกษาประสิทธิผลโปรแกรมพัฒนาทักษะผู้ดูแลในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงเขตอำเภอแม่สอด จังหวัดตาก พบว่า หลังการเข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาทักษะผู้ดูแลในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ทักษะของผู้ดูแลเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุ หลังการทดลอง มีค่าคะแนนเฉลี่ยทักษะเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p-value<0.001 และผู้ดูแลที่เข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรม มีการเปลี่ยนแปลง ทักษะผู้ดูแลในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงเพิ่มขึ้น เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p-value=0.001 กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้และการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ p<0.001

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1. ควรส่งเสริมให้มีกิจกรรมตามโปรแกรมอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งส่งผลให้กลุ่มเป้าหมาย มีความเชื่อมั่นในตนเองจากการได้รับความยอมรับจากเจ้าหน้าที่ จากญาติของผู้สูงอายุ รวมถึงการทำงานร่วมกับ Buddy ทำให้เกิดความสัมพันธภาพที่ดีในการดูแล ช่วยให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เคยผ่านการอบรมและไม่ได้ปฏิบัติงานกลับมาปฏิบัติงานเพิ่มขึ้น ร้อยละ 8.33

2. ควรมีการทำวิจัยเชิงคุณภาพควบคู่ไปกับการวิจัยเชิงปริมาณ เพื่อสำรวจประสบการณ์และความรู้สึกเชิงลึกของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาะพึ่งพิงต่อโปรแกรมที่ได้รับ โดยเฉพาะปัจจัยจูงใจของ Herzberg ในการปฏิบัติงานเพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงบริบทที่ครบถ้วนมากขึ้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาวิจัยในรูปแบบอื่นๆ เช่น การวิจัยเชิงคุณภาพ สามารถนำข้อมูลเชิงลึกและรายละเอียดเกี่ยวกับประเด็นการปฏิบัติงาน เพื่อทราบและเข้าใจมุมมองของผู้ปฏิบัติงาน และสามารถปรับรูปแบบการปฏิบัติงานในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้ครอบคลุมและเหมาะสมมากยิ่งขึ้น หรือการวิจัยเชิงทดลอง โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของญาติหรือผู้ดูแล และชุมชน เพื่อสร้างการมีส่วนร่วมและแนวทางการปฏิบัติ รวมถึงการช่วยเหลือในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care giver) ทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือในการดำเนินการวิจัยในครั้งนี้ ขอบคุณผู้จัดการผู้ดูแล (Care manager) ตลอดจนผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่เสียสละเวลาในการตรวจสอบเครื่องมือ จึงขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

เอกสารอ้างอิง

1. กองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติ. สูงวัยในศตวรรษที่ 21: การเฉลิมฉลองและความท้าทาย บทสรุปสำหรับผู้บริหาร. [อินเทอร์เน็ต]. 2567. [สืบค้นเมื่อวันที่ 10 พฤษภาคม 2567]; เข้าถึงได้จาก: https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Thai%20summary_Ageing%20in%20the%2021st%20Century_0.pdf
2. Health Data Center กระทรวงสาธารณสุข. การคัดกรอง Healthy Ageing. [เข้าถึงเมื่อวันที่ 10 พฤษภาคม 2567), เข้าถึงได้จาก: https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?&cat_id=6966b0664b89805a484d7ac96c6edc48&id=bbcb40adb960e0564efba686c316c009.
3. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2559). คู่มือสนับสนุนการบริหารจัดการระบบบริการดูแล ระยะยาวด้านสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในระบบหลักประกันสุขภาพ แห่งชาติ. (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.
4. อมร ทองลัก. การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่าย จังหวัดหนองบัวลำภู วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน.11(2): 137-150; เมษายน–มิถุนายน, 2568.
5. จักรี ศรีจารุเมธีญาณ. แรงจูงใจในการทำงาน : ทฤษฎีและการประยุกต์ใช้. วารสารมจร อุบลปริทรรศน์.5(1) :424-436; มกราคม-เมษายน, 2563.
6. สมภพ ห่วงทอง. ปัจจัยจูงใจในการปฏิบัติงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอบ้านคา จังหวัดราชบุรี. วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน.3(1): 77-90; มกราคม–เมษายน, 2564.
7. ศิวพร ชุ่มเย็น. ปัจจัยที่ส่งผลต่อการปฏิบัติตามบทบาทการทำงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดอุตรดิตถ์. (วิทยานิพนธ์สาธารณสุขมหาบัณฑิต). พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร; 2565.
8. Cohen, J. Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences. (2nd ed.). Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, 1988.
9. Gubta KK, Attri JP, Singh, A, Karu H, Karu G. Basic concepts for sample size calculation: Critical step for any clinical trials. Saudi J Anaesth, 10(3), 328-331, 2016.
10. Herzberg F. Work and the Nature of Man. World Publishing, New York. John Willey & Sons, 1966.
11. รวิวรรณ กองสอน. แนวทางการเสริมสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติงานของครูในกลุ่มเครือข่ายส่งเสริม10ประสิทธิภาพศูนย์การศึกษาพิเศษ กลุ่มเครือข่ายที่ 9 สังกัดสำนักบริหารงานการศึกษาพิเศษ. (วิทยานิพนธ์ครุศาสตรมหาบัณฑิต). มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม; 2565.

12. ประกายมาศ ดอกหอม. ประสิทธิผลของโปรแกรมการเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถแห่งตนต่อความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอจุน จังหวัดพะเยา. วารสารสาธารณสุขล้านนา, 18(1): 57-67; มกราคม – มิถุนายน, 2565.
13. เจษฎา อังกาบสี. ประสิทธิผลโปรแกรมส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยและผู้สูงอายุที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน (Caregiver) ตามทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเอง. วารสารสุขภาพและการศึกษาพยาบาล, 30(1): 35-48; มกราคม-เมษายน, 2567.
14. ขนิษฐา ก่อสัมพันธ์กุล. ประสิทธิผลโปรแกรมพัฒนาทักษะผู้ดูแลในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุ ที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง เขตอำเภอแม่สอด จังหวัดตาก.วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพและการสาธารณสุขชุมชน, 2(2): 26-37; กรกฎาคม–ธันวาคม, 2562.

Received: 2 Nov. 2025, Revised: 22 Dec.2025

Accepted: 6 May 2026

บทความวิจัย

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรปลูกทุเรียนในอำเภอท่าศาลา จังหวัดนครศรีธรรมราช

มนธิชา ศรีนวล[1] เพชรไพลิน จันทร์สุข[1] รัชนี เสร่าดี[1] สุวรรณา แซ่อุ้ย[1*]

บทคัดย่อ

การใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชในภาคเกษตรยังคงเป็นปัญหาสำคัญด้านสาธารณสุข โดยเฉพาะในพื้นที่ปลูกทุเรียนที่มีการใช้สารเคมีอย่างต่อเนื่อง การวิจัยเชิงสำรวจภาคตัดขวางครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาพฤติกรรมการป้องกันการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช 2) ศึกษาความรู้และการรับรู้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และ 3) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับพฤติกรรมการป้องกันของเกษตรกรผู้ปลูกทุเรียนในอำเภอท่าศาลา จังหวัดนครศรีธรรมราช กลุ่มตัวอย่างจำนวน 350 ครัวเรือน คัดเลือกโดยวิธีสุ่มแบบแบ่งสัดส่วนตามขนาดประชากร เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (IOC = 0.957) และมีค่าความเชื่อมั่นมากกว่า 0.775 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและไคสแควร์ กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $p \leq 0.05$

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 60.6 อายุเฉลี่ย 40.93 ± 12.23 ปี มีพฤติกรรมการป้องกันอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 57.4 (ค่าเฉลี่ย 82.01 ± 6.02 คะแนน) อย่างไรก็ตาม ความรู้เกี่ยวกับการใช้สารเคมีส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 72.0 การรับรู้โอกาสเสี่ยงอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 47.1 ขณะที่การรับรู้ความรุนแรงและประโยชน์อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 82.5 และ 88.9 ตามลำดับ ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่า เพศ อายุ สถานภาพสมรส รายได้ ความถี่และบทบาทในการใช้สารเคมี ประเภทสารเคมีที่ใช้ ระดับความรู้ และการรับรู้โอกาสเสี่ยง มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p \leq 0.05$)

สรุป การเสริมสร้างความรู้และการรับรู้โอกาสเสี่ยงอย่างต่อเนื่อง ควบคู่กับมาตรการสนับสนุนในระดับชุมชน จะช่วยส่งเสริมพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชอย่างปลอดภัยและยั่งยืน

คำสำคัญ: การป้องกัน สารเคมีกำจักศัตรูพืช พฤติกรรมป้องกันโรค เกษตรกร

[1]สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏนครศรีธรรมราช

*Corresponding author: Email: Suwanna.saeui@gmail.com

Original Article

Factors Associated with Preventive Behaviors of Pesticide Use among Durian Farmers in Tha Sala District, Nakhon Si Thammarat Province

Monthicha Srinual[1] Phetphailin Chansuk[1] Ratchanee Saroadee[1] Suwanna Sae-ui[1*]

Abstract

Pesticide use in agriculture remains a significant public health concern, particularly in intensive durian cultivation areas. This cross-sectional survey aimed to: 1) examine preventive behaviors regarding pesticide use; 2) assess knowledge and health belief perceptions; and 3) analyze factors associated with preventive behaviors among durian farmers in Tha Sala District, Nakhon Si Thammarat Province. A total of 350 households were selected using proportional stratified sampling. Data were collected using a structured questionnaire with a content validity index (IOC = 0.957) and reliability coefficient greater than 0.775. Descriptive statistics and Chi-square tests were employed, with statistical significance set at $p \leq 0.05$.

The results showed that 60.6% of participants were male, with a mean age of 40.93 ± 12.23 years. Overall, 57.4% demonstrated a high level of preventive behavior (mean score 82.01 ± 6.02). However, 72.0% had low levels of knowledge regarding pesticide use. Perceived susceptibility was low (47.1%), whereas perceived severity and perceived benefits were high (82.5% and 88.9%, respectively). Sex, age, marital status, income, frequency and role in pesticide use, type of pesticides used, knowledge level, and perceived susceptibility were significantly associated with preventive behaviors ($p \leq 0.05$).

In conclusion, continuous knowledge enhancement and strengthening perceived susceptibility, along with community-based support measures, are essential to promote safe and sustainable pesticide use practices among farmers.

Keyword: Protection Pesticides Behavior Protection Farmers

[1]Department of Public Health, Faculty of Science and Technology, Nakhon Si Thammarat Rajabhat University

*Corresponding author: Email: Suwanna.saeui@gmail.com

บทนำ

ปัจจุบันการใช้สารกำจัดศัตรูพืชทั่วโลกมีปริมาณรวม 3.53 ล้านเมตริกตัน และระหว่างปี ศ.ศ. 1990 ถึง 2021 การใช้สารเหล่านี้เพิ่มขึ้นร้อยละ 96 ในปี 2021 ประเทศบราซิลเป็นประเทศที่ใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชมากที่สุดในโลก โดยใช้สารเคมีจำนวน 719,510 เมตริกตัน ตามมาด้วยสหรัฐอเมริกา ซึ่งใช้สารเคมี 457,390 เมตริกตัน[1] จากการรายงานในปี 2565 พบว่าปริมาณและมูลค่าการนำเข้าวัตถุอันตรายทางการเกษตรของไทยมีจำนวนสูงถึง 0.114 ล้านตัน ซึ่งเพิ่มขึ้นร้อยละ 16.32 เมื่อเทียบกับปี 2563 ที่มีการนำเข้ารวม 0.098 ล้านตัน[2] เนื่องจากอาชีพเกษตรกรในไทยเป็นอาชีพดั้งเดิมที่ขึ้นอยู่กับสภาพภูมิอากาศ และการพัฒนาเทคโนโลยีทางการเกษตรทำให้การผลิตในภาคการเกษตรไม่เพียงเพื่อการบริโภค แต่ยังเป็นการผลิตเชิงพาณิชย์เพื่อเพิ่มผลกำไร ดังนั้นเกษตรกรจึงหันมาใช้สารเคมีเพื่อเพิ่มผลผลิต[3] อัตราการเจ็บป่วยจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืชในประเทศไทยในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2561-2565 ในปี พ.ศ.2561 มีรายงานผู้ป่วยจากพิษสารเคมีกำจัดศัตรูพืชจำนวน 3,150 ราย ปี พ.ศ.2562 จำนวนผู้ป่วยลดลงเหลือ 2,980 ราย ปี พ.ศ. 2563 มีผู้ป่วยจำนวน 3,050 ราย ปี พ.ศ.2564 จำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นเป็น 3,200 ราย และปี พ.ศ.2565 มีรายงานผู้ป่วยจำนวน 3,100 ราย สะท้อนถึงความผันผวนของอัตราการเจ็บป่วยจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืชในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา แม้ว่าจะมีความพยายามในการลดการใช้สารเคมีและส่งเสริมการเกษตรปลอดภัย แต่ยังคงมีผู้ป่วยจากพิษสารเคมีในระดับที่น่ากังวล[4]

ประเทศไทยมีพื้นที่เขตเกษตรกรรม 141.4 ล้านไร่ มีเกษตรทั้งสิ้น 8.7 ล้านราย และ 3 อันดับจังหวัดผู้ถือครองทำการเกษตรสูงสุด ได้แก่ จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 366,274 ราย จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 363,948 ราย และจังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวน 308,147 ราย[5] จังหวัดนครศรีธรรมราช มีการทำสวนทุเรียนมีแหล่งผลิตหลักอยู่ในพื้นที่อำเภอท่าศาลา อำเภอสิชล อำเภอนบพิตำ และ อำเภอพิปูน ตามลำดับ มีแนวโน้มผลผลิตรวมเพิ่มขึ้นจากปี 2565 ร้อยละ 24.57[6] จากการรายงานอัตราป่วยจากพิษสารกำจัดศัตรูพืชเขตสุขภาพที่ 11 ปีพ.ศ. 2565 - 2566 พบว่า จังหวัดนครศรีธรรมราชมีอัตราป่วยจากพิษสารกำจัดศัตรูพืชเป็นอันดับสองในเขตสุขภาพที่ 11 มีประชากรเป้าหมาย จำนวน 1,264,724 คน พบผู้ที่ป่วยจากสารกำจัดศัตรูพืช จำนวน 124 คน คิดเป็นร้อยละ 10.28 และจำนวน 109 คน คิดเป็นร้อยละ 8.62 ตามลำดับ[7]

สารเคมีกำจัดศัตรูพืชคือ สารหรือส่วนผสมที่ใช้ในการป้องกัน ทำลาย หรือควบคุมศัตรูพืชที่ก่อให้เกิดความเสียหายต่อผลผลิต หรือกระบวนการผลิตต่าง ๆ รวมถึงการใช้เพื่อควบคุมแมลงและศัตรูพืชในสัตว์[8] สารเคมีกำจัดศัตรูพืชแบ่งออกเป็น 2 ประเภทหลัก ได้แก่ 1) กลุ่มที่มีฤทธิ์ตกค้างยาวนาน เช่น ออร์กาโนคลอรีน (Organochlorine) ซึ่งสารเคมีในกลุ่มนี้จะตกค้างนานถึง 30 ปี และ 2) กลุ่มที่สลายตัวเร็ว ซึ่งมีระยะเวลาตกค้างประมาณ 3-15 วัน[9] สารเคมีกำจัดแมลงศัตรูพืชสามารถก่อให้เกิดพิษได้ 2 แบบ ได้แก่ พิษเฉียบพลัน ซึ่งมีอาการเกิดทันที เช่น คลื่นไส้ อาเจียน ปวดศีรษะ กล้ามเนื้อเกร็ง ท้องร่วง หายใจติดขัด และพิษเรื้อรัง ซึ่งเกิดจากการสัมผัสสารเคมีในระยะยาว จนอาจก่อให้เกิดโรคต่าง ๆ เช่น มะเร็ง เบาหวาน อัมพฤกษ์ อัมพาต โรคผิวหนัง การเป็นหมัน หรือปัญหาทางสุขภาพอื่น ๆ[10] แนวทางการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชอย่างปลอดภัย 3 ขั้นตอน คือ ก่อนใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช ขณะสารเคมีกำจัดศัตรูพืช และหลังใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช[11] สารที่เกษตรกรมักรายงานว่ามีการใช้บ่อยในระบบปลูกทุเรียนนอกฤดูได้แก่ Herbicides เหมือน Glyphosate และ Paraquat[12] ในอำเภอท่าศาลามีอัตราป่วยจากพิษสารกำจัดศัตรูพืช โดยพบการป่วยจากสารกำจัดแมลงและสารกำจัดศัตรูพืชอื่นๆ[13]

การเจ็บป่วยจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชในเกษตรกรมักเกิดจากหลายปัจจัย โดยสาเหตุสำคัญมาจากพฤติกรรมการใช้สารเคมีที่ไม่เหมาะสม เช่น การไม่อ่านฉลากข้างขวดและวิธีการใช้ การใช้สารเคมีเกินปริมาณที่แนะนำ

การดื่มน้ำขณะทำงาน การใช้ปากเป่าหัวฉีดเมื่ออุดตัน การกำจัดภาชนะบรรจุสารเคมีไม่ถูกต้อง การเข้าไปในพื้นที่ที่มีการฉีดพ่นสารเคมีในระยะที่ไม่ปลอดภัย และการไม่ปักป้ายเตือนหรือแจ้งให้ผู้อื่นทราบเกี่ยวกับการใช้สารเคมี[14]

จากสถานการณ์ดังกล่าวผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันการใช้สารเคมีและสารกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรปลูกทุเรียนในอำเภอท่าศาลา จังหวัดนครศรีธรรมราช ที่มีความสัมพันธ์เพื่อเป็นข้อมูลในการตัดสินใจและวางแผนการดำเนินงานเกี่ยวกับการสร้างความรู้ ความเข้าใจ และไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชที่ถูกต้องเหมาะสม สามารถลดผลกระทบต่อสุขภาพของเกษตรสวนทุเรียนได้ต่อไป

วัตถุประสงค์การศึกษา

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกันการใช้สารเคมีและสารกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรสวนทุเรียนในอำเภอท่าศาลา จังหวัดนครศรีธรรมราช
2. เพื่อศึกษาความรู้และการรับรู้แบบความเชื่อด้านแผนสุขภาพต่อการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรสวนทุเรียนสวนทุเรียนในอำเภอท่าศาลา จังหวัดนครศรีธรรมราช
3. เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยกับพฤติกรรมการป้องกันการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรสวนทุเรียนในอำเภอท่าศาลา จังหวัดนครศรีธรรมราช

วิธีดำเนินการวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงสำรวจภาคตัดขวาง (Cross-sectional Survey Research) โดยมีประชากรที่ศึกษา คือ เกษตรกรผู้ปลูกทุเรียนในอำเภอท่าศาลา จังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวน 3,056 ครัวเรือน คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของ Krejcie and Morgan ได้จำนวน 341 ราย และเพิ่มอีกร้อยละ 5 เพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนในการเก็บรวบรวมข้อมูล[15] ทำให้ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาจำนวน 350 ราย โดยใช้การสุ่มแบบการแบ่งสัดส่วนกลุ่มตัวอย่างตามขนาดประชากร (Proportional to Size) ตามสัดส่วนจำนวนเกษตรกรในแต่ละตำบลดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงการแบ่งสัดส่วนกลุ่มตัวอย่างตามขนาดประชากรที่ทำภาคเกษตรกร

ตำบล	**ครัวเรือน (N)**	**กลุ่มตัวอย่าง (n)**
ท่าศาลา	29	3
กลาย	311	*35*
ท่าขึ้น	577	59
หัวตะพาน	103	12
สระแก้ว	915	100
โมคลาน	92	10
ไทยบุรี	173	20
ดอนตะโก	83	9
ตลิ่งชัน	934	101
โพธิ์ทอง	5	1
รวม	**3,056**	**350**

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลคือ แบบสอบถาม (Questionnaire) ซึ่งแบ่งออกเป็น 4ส่วน ได้แก่ 1) ข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 11 ข้อ 2) ความรู้เกี่ยวกับสารเคมี จำนวน 11 โดยตอบถูก ค่าคะแนนเท่ากับ 1 คะแนน ตอบไม่ถูก ไม่ทราบ ค่าคะแนนเท่ากับ 0 คะแนน แปลผลคะแนนเป็น 3 ระดับ (คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60 คือความรู้อยู่ในระดับต่ำ,ร้อยละ 60 – 79 คืออยู่ในระดับปานกลาง และร้อยละ 80 ขึ้นไป คือความรู้อยู่ในระดับสูง) 3) การรับรู้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ[16] จำนวน 16 ข้อ เป็นข้อคำถามแบบมาตรวัดประมาณค่า 3 ระดับ คือ เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย แปลผลคะแนนเป็น 3 ระดับ (คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60 คือการรับรู้อยู่ในระดับต่ำ,ร้อยละ 60 – 79 คืออยู่ในระดับปานกลาง และร้อยละ 80 ขึ้นไป คือการรับรู้อยู่ในระดับสูง) และ 4) พฤติกรรมการป้องกันตนเอง จำนวน 20 ข้อ เป็นข้อคำถามแบบมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ (1-5 คะแนน) (1 หมายถึง ไม่เคยปฏิบัติ และ 3 หมายถึง ปฏิบัติทุกครั้ง) แปลผลคะแนนเป็น 3 ระดับ[17] (คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 50 คือ พฤติกรรมการป้องกันตนเองอยู่ในระดับต่ำ,ร้อยละ 50 – 79 คืออยู่ในระดับปานกลาง และร้อยละ 80 ขึ้นไป คือ พฤติกรรมการป้องกันตนเองอยู่ในระดับสูง) เครื่องมือดังกล่าวผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง IOC เท่ากับ 0.957 และนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try - Out) กับเกษตรกรผู้ปลูกทุเรียน อำเภอพรหมคีรี จังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวน 30 ชุด ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) โดยผลการวิเคราะห์ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามมีค่ามากกว่า 0.775

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้ทำหนังสือขอความอนุเคราะห์ไปยังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในอำเภอท่าศาลา ในการให้ประสานขอเก็บรวบรวมข้อมูลโดยได้ทำการชี้แจง ขอบเขต วัตถุประสงค์ ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล และขออนุมัติในการลงเก็บรวบรวมข้อมูลในพื้นที่ชุมชนที่รับผิดชอบในอำเภอท่าศาลา โดยผู้วิจัยดำเนินการลงเก็บข้อมูลในเกษตรกรเองตามครัวเรือน และข้อมูลที่ได้รับจะถูกเก็บไว้เป็นความลับ โดยจะนำมาวิเคราะห์ ประมวลผล และนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ในการแจกแจงความถี่ (Frequency), ร้อยละ (Percentage), ค่าเฉลี่ย ($\bar{x}$), และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation, SD) เพื่ออธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ระดับความรู้ และพฤติกรรมการป้องกัน และใช้สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) คือ การทดสอบไคสแควร์ (x^2 Test) เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการป้องกันการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ p-value ≤0.05

ข้อพิจารณาจริยธรรมในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับความเห็นชอบรับรองโครงการวิจัย จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยราชภัฏนครศรีธรรมราช เลขที่ COA No. 013/2568 REC 006/68 ณ วันที่ 18 มีนาคม 2568 ทั้งนี้ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การทำวิจัย ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย ประโยชน์ที่จะได้รับ สิทธิในการปฏิเสธหรือยกเลิกการเข้าร่วมการวิจัย การนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม การเก็บข้อมูลเป็นความลับการทำลาย ข้อมูลหลังเสร็จสิ้นการวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างสมัครใจ และลงนามเข้าร่วมวิจัยเป็นลายลักษณ์อักษร จึงเริ่มดำเนินการวิจัย

ผลการวิจัย

ผลการศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล ของกลุ่มตัวอย่างพบว่าผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 60.6 อายุของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 51 - 60 ปี ร้อยละ 30.0 รองลงมาอายุระหว่าง 21-30 ปี ร้อยละ 28.6 อายุเฉลี่ย 40.93 $\pm$ 12.23 ปี อายุต่ำสุด 21 ปี อายุสูงสุด 60 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 59.4 ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 24.3 รองลงมาคือระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย,ปวช. ร้อยละ 20.9 รายได้เฉลี่ยต่อเดือนอยู่ระหว่าง 9,001 - 12,000 บาท ร้อยละ 26.9 รองลงมาคือระหว่าง 5,001 – 9,000 บาท ร้อยละ 24.9 ระยะเวลาในการประกอบอาชีพพบมากที่สุดอยู่ในช่วงอายุ 5-10 ปี ร้อยละ 33.4 และช่วงอายุ 11 - 15 ปี ร้อยละ 31.7 จำนวนครั้งการใช้สารเคมีต่อเดือนส่วนใหญ่น้อยกว่า 7 ครั้ง ร้อยละ 63.7 เกษตรกรส่วนใหญ่เป็นผู้ช่วยในการฉีดพ่น ร้อยละ 37.4 และเป็นผู้ฉีดพ่นหรือรับจ้างฉีดพ่น ร้อยละ 29.1 ด้านการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชต่อการเพาะปลูกในรอบปี จำนวน 11-15 ครั้ง ร้อยละ 25.4 ด้านการใช้สารเคมีกำจัดวัชพืชส่วนใหญ่ไม่ใช้ ร้อยละ 64.3 (สารเคมีที่ใช้ส่วนใหญ่ใช้พาราควอซ ร้อยละ10.9 และไกลโฟเซต ร้อยละ 9.7) ด้านการใช้สารเคมีกำจัดแมลงส่วนใหญ่ไม่ใช้ ร้อยละ 58.9 (สารเคมีที่ใช้ส่วนใหญ่ใช้อะบาเมกตินและคาร์บาริล ร้อยละ 9.4) ด้านใช้สารเคมีกำจัดโรคทุเรียนส่วนใหญ่ไม่ใช้ ร้อยละ 67.4 (สารเคมีที่ใช้ส่วนใหญ่ใช้คาร์เบนดาซิม ร้อยละ 21.7 และเทอร์ราคลอ ร้อยละ 3.1) และด้านการใช้สารเคมีกำจัดเชื้อราส่วนใหญ่ไม่ใช้ ร้อยละ 56.6 (สารเคมีที่ใช้ส่วนใหญ่ใช้เบโนมิล ร้อยละ 5.3 และเมทาแลคซิล ร้อยละ 5.1 และตามลำดับ) เกษตรส่วนใหญ่ไม่เคยมีอาการผิดปกติ หรืออาการเจ็บป่วยหลังจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช ร้อยละ 94.3

ความรู้เกี่ยวกับการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชเป็นรายข้อพบว่า ข้อคำถามที่กลุ่มตัวอย่างตอบถูกมากที่สุด คือ สารเคมีกำจัดศัตรูพืช หมายถึง สารเคมีใดๆที่ใช้ป้องกัน กำจัด ขับไล่ แมลงหรือ วัชพืช เชื้อรา และโรคอื่นๆ ร้อยละ 95.1 รองลงมาคือ การไม่สวมถุงมือยางยาว และเสื้อคลุมพลาสติก ขณะสัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืชจะทำให้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชสามารถซึมผ่านผิวหนังเข้าสู่ร่างกายเกิดการเป็นพิษต่อร่างกายได้ ร้อยละ 92.0 รองลงมาคือ หลังการฉีดพ่นสารเคมีกำจัดศัตรูพืชทุกครั้งควรรีบอาบน้ำฟอกสบู่ให้สะอาดทันที ร้อยละ 88.0 รองลงมาคือ หลังจากฉีดพ่นสารเคมีกำจัดศัตรูพืชชุดและอุปกรณ์ป้องกันอันตรายควรซักด้วยผงซักฟอกทันที ร้อยละ 84.3 และรองลงมาคือ ควรเก็บสารเคมีกำจัดศัตรูพืชที่เหลือจากการฉีดพ่นไว้ในถังเพื่อความสะดวกในการใช้งานครั้งถัดไป ร้อยละ 74.0 ตามลำดับ

ตารางที่ 2 ระดับความรู้เกี่ยวกับการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของกลุ่มตัวอย่าง (n = 350)

ระดับความรู้เกี่ยวกับการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช	จำนวน (ครัวเรือน)	ร้อยละ
ระดับต่ำ (0-6 คะแนน)	252	72.0
ระดับปานกลาง (7-8 คะแนน)	45	12.9
ระดับสูง (9-11 คะแนน)	53	15.1
($\overline{X}$ = 6.62, S.D. = 1.58, Min =3, Max = 11)		

การรับรู้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชพบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 47.1 รองลงมาคือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชในระดับปานกลาง ร้อยละ 38.0 ตามลำดับ ค่าเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยง เท่ากับ 2.58 ± 0.87 คะแนน ด้านการรับรู้ความรุนแรงของการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 82.6 รองลงมาคือการรับรู้ความรุนแรงของการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชระดับปานกลาง ร้อยละ 10.5 ตามลำดับ ค่าเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรง เท่ากับ 3.83 ± 0.77 คะแนน ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของ

กลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 88.9 รองลงมาคือการรับรู้ประโยชน์ของการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชระดับปานกลาง ร้อยละ 6.0 ตามลำดับ ค่าเฉลี่ยการรับรู้ประโยชน์เท่ากับ 4.34 ± 0.89 คะแนน และด้านการรับรู้อุปสรรคของการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า การรับรู้อุปสรรคของการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 84.6 รองลงมาคือการรับรู้อุปสรรคของการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชระดับสูง ร้อยละ 8.0 ตามลำดับ ค่าเฉลี่ยการรับรู้อุปสรรคเท่ากับ 1.79 ± 0.95 คะแนน

พฤติกรรมในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชเป็นรายข้อ พบว่าข้อคำถามที่กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชมากที่สุดคือ ท่านเก็บสารเคมีกำจัดศัตรูพืชและอุปกรณ์ฉีดพ่นไว้ในที่สูงหรือที่ลับพ้นมือเด็ก สัตว์เลี้ยง และเปลวไฟ ร้อยละ 85.4 รองลงมาคือ ท่านสวมเสื้อแขนยาวและกางเกงขายาว ร้อยละ 84.8 รองลงมาคือ ท่านสวมถุงมือยาง ใส่หน้ากาก สวมผ้าปิดปาก ปิดจมูก ขณะเตรียมผสมสารเคมีกำจัดศัตรูพืช ร้อยละ 83.7 รองลงมาคือ ท่านฉีดพ่นยาโดยคำนึงถึงทิศทางลม ร้อยละ 82 และท่านอาบน้ำชำระร่างกายทันทีหลังการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช ร้อยละ 80.3 โดยระดับของพฤติกรรมในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับสูงร้อยละ 57.4 และระดับปานกลางร้อยละ 42.6 ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช เท่ากับ 82.01 ± 6.02 คะแนน

เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการป้องกันการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 350 ครัวเรือน พบว่า เพศ อายุ (โดยแบ่งกลุ่มตามค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง) สถานภาพ รายได้ต่อเดือน จำนวนครั้งของการใช้สารเคมีต่อเดือน ลักษณะการเกี่ยวข้องกับการใช้สารเคมีในการกำจัดศัตรูพืช บทบาทในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช จำนวนครั้งที่ใช้สารเคมีต่อการเพาะปลูกทุเรียนในรอบปี การใช้สารเคมีกำจัดวัชพืช การใช้สารเคมีกำจัดแมลง การใช้สารเคมีกำจัดโรคทุเรียน การใช้สารเคมีกำจัดเชื้อรา ระดับความรู้ และ การรับรู้โอกาสเสี่ยง มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p - value \leq 0.05$) ในขณะที่ปัจจัยส่วนบุคคลอื่นๆ ได้แก่ ปัจจัยด้านการศึกษา ระยะเวลาประกอบอาชีพ อาการเจ็บป่วย การรับรู้ความรุนแรง ประโยชน์ และอุปสรรค ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p - value \leq 0.05$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับระดับพฤติกรรมการป้องกันการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของกลุ่มตัวอย่าง (n = 350)

ปัจจัย	จำนวน (ร้อยละ)	ระดับพฤติกรรม		X^2	p-value
		ปานกลาง จำนวน (ร้อยละ)	สูง จำนวน (ร้อยละ)		
เพศ				5.388	0.020*
ชาย	212 (60.6)	79 (53.4)	133 (65.8)		
หญิง	138 (39.4)	69 (46.6)	69 (34.2)		
อายุ				9.700	0.021*
21-40 ปี	181 (51.7)	88 (59.1)	93 (46.3)		
40 ปีขึ้นไป	169 (48.3)	61 (40.9)	108 (53.7)		

ปัจจัย	จำนวน (ร้อยละ)	ระดับพฤติกรรม ปานกลาง จำนวน (ร้อยละ)	ระดับพฤติกรรม สูง จำนวน (ร้อยละ)	X^2	p-value
สถานภาพ				40.848	0.000*
โสด	93 (26.6)	52 (34.9)	41 (20.4)		
สมรส	208 (59.4)	61 (40.9)	147 (73.1)		
หย่าร้าง	31 (8.9)	23 (15.4)	8 (4.0)		
หม้าย	18 (5.1)	13 (8.8)	5 (2.5)		
ระดับการศึกษา				10.628	0.059
ประถมศึกษา	52 (14.8)	19 (12.8)	33 (16.4)		
มัธยมศึกษาตอนต้น	65 (18.6)	28 (18.8)	37 (18.4)		
มัธยมศึกษาตอนปลาย,ปวช.	73 (20.9)	22 (14.8)	51 (25.4)		
อนุปริญญา, ปวส.	47 (13.4)	22 (14.8)	25 (12.4)		
ปริญญาตรี	85 (24.3)	41 (27.4)	44 (21.9)		
สูงกว่าปริญญา	28 (8.0)	17 (11.4)	11 (5.5)		
ระยะเวลาในการประกอบอาชีพ				3.486	0.480
< 5-10 ปี	198 (56.6)	92 (61.7)	106 (52.7)		
10 ปีขึ้นไป	152 (43.4)	57 (38.3)	95 (47.3)		
รายได้ต่อเดือน				26.504	0.000*
น้อยกว่า 5,000 บาท	13 (3.7)	1 (0.7)	12 (6.0)		
ระหว่าง 5,001 – 9,000 บาท	87 (24.9)	27 (18.1)	60 (29.9)		
ระหว่าง 9,001 – 12,000 บาท	94 (26.9)	34 (22.8)	60 (29.9)		
ระหว่าง 12,001 – 15,000 บาท	86 (24.5)	43 (28.9)	43 (21.4)		
มากกว่า 15,000 บาท	70 (20.0)	44 (29.5)	26 (12.9)		
จำนวนครั้งการใช้สารเคมีต่อเดือน				48.372	0.000*
น้อยกว่า 7 ครั้ง	223 (63.7)	64 (43.0)	159 (79.1)		
มากกว่า 7 ครั้ง	127 (36.3)	85 (57.0)	42 (20.9)		
* p-value ≤ 0.05					
เคยมีอาการผิดปกติหรืออาการเจ็บป่วยหลังจากการใช้สารเคมี				2.679	0.102
ไม่เคย	330 (94.3)	144 (96.6)	186 (92.5)		
เคย	20 (5.7)	5 (3.4)	15 (7.5)		
บทบาทการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช				32.679	0.000*
ทำ 1 ตำแหน่ง	297 (84.9)	141 (94.6)	156 (77.6)		
ทำมากกว่า 1 ตำแหน่ง	53 (15.1)	8 (5.4)	45 (22.4)		
ใช้สารเคมีในการกำจัดศัตรูพืชจำนวนกี่ครั้งต่อการเพาะปลูกทุเรียนในรอบปี				14.044	0.007*

1 - 5 ครั้ง	74 (21.1)	38 (25.5)	36 (17.9)		
5 ครั้งขึ้นไป	276 (78.9)	111 (74.5)	165 (82.1)		
สารเคมีกำจัดวัชพืช				16.887	0.000*
ไม่ใช้	225 (64.3)	114 (76.5)	111 (55.2)		
ใช้	125 (35.7)	35 (23.5)	90 (44.8)		
สารเคมีกำจัดแมลง				47.289	0.000*
ไม่ใช้	206 (58.9)	119 (79.9)	87 (43.3)		
ใช้	144 (41.1)	30 (20.1)	114 (56.7)		
สารเคมีกำจัดโรคทุเรียน				37.456	0.000*
ไม่ใช้	236 (67.4)	127 (85.2)	109 (54.2)		
ใช้	114 (32.6)	22 (14.8)	92 (45.8)		
สารเคมีกำจัดเชื้อรา				75.004	0.000*
ไม่ใช้	198 (56.6)	124 (83.2)	74 (36.8)		
ใช้	152 (43.4)	25 (16.8)	127 (63.2)		
ระดับความรู้				63.242	0.000*
ระดับต่ำ	252 (72.0)	139 (93.3)	113 (56.2)		
ระดับปานกลาง	45 (12.9)	10 (6.7)	35 (17.4)		
ระดับสูง	53 (15.1)	-	53 (26.4)		
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช				99.368	0.000*
ระดับต่ำ	165 (47.1)	116 (77.9)	49 (24.4)		
ระดับปานกลาง	133 (38.0)	27 (18.1)	106 (52.7)		
ระดับสูง	52 (14.9)	6 (4.0)	46 (22.9)		
การรับรู้ความรุนแรงของการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช				5.648	0.059
ระดับต่ำ	24 (6.9)	11 (7.4)	13 (6.5)		
ระดับปานกลาง	37 (10.6)	9 (6.0)	28 (13.9)		
ระดับสูง	289 (82.5)	129 (86.6)	160 (79.6)		
การรับรู้ประโยชน์ของการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช				0.203	0.904
ระดับต่ำ	18 (5.1)	8 (5.4)	10 (5.0)		
ระดับปานกลาง	21 (6.0)	8 (5.4)	13 (6.5)		
ระดับสูง	311 (88.9)	133 (89.2)	178 (88.5)		
การรับรู้อุปสรรคของการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช				5.255	0.072
ระดับต่ำ	296 (84.6)	133 (89.3)	163 (81.0)		
ระดับปานกลาง	26 (7.4)	6 (4.0)	20 (10.0)		

ระดับสูง	28 (8.0)	10 (6.7)	18 (9.0)

* p-value ≤ 0.05

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้สะท้อนให้เห็นว่า เกษตรกรผู้ปลูกทุเรียนในอำเภอท่าศาลา จังหวัดนครศรีธรรมราช ส่วนใหญ่เป็นเพศชายและมีอายุมาก สอดคล้องกับโครงสร้างเกษตรกรของประเทศที่มีแนวโน้มเป็นแรงงานสูงวัย[5] และข้อมูลสถานการณ์การผลิตทุเรียนของจังหวัดนครศรีธรรมราชที่มีการขยายตัวของพื้นที่เพาะปลูกอย่างต่อเนื่อง[6] ภายใต้บริบทดังกล่าว การใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชยังคงเป็นปัจจัยสำคัญในการจัดการผลผลิต ซึ่งสัมพันธ์กับแนวโน้มการใช้สารเคมีทางการเกษตรทั้งในระดับประเทศและระดับโลก[1,4] โดยภาพรวม เกษตรกรมีพฤติกรรมการป้องกันการสัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืชในระดับปานกลางถึงสูง แต่ยังพบพฤติกรรมเสี่ยงบางประการ เช่น การผสมสารเคมีหลายชนิดร่วมกัน และการปฏิบัติที่ไม่สอดคล้องกับคำแนะนำบนฉลาก ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพและสิ่งแวดล้อม[2]

ความรู้เกี่ยวกับสารเคมีกำจัดศัตรูพืช

ผลการศึกษาพบว่า เกษตรกรมีระดับความรู้เกี่ยวกับสารเคมีกำจัดศัตรูพืชอยู่ในระดับต่ำถึงปานกลาง โดยยังมีความเข้าใจคลาดเคลื่อนในประเด็นการกำจัดภาชนะบรรจุและการเก็บรักษาสารเคมีที่เหลือใช้ ผลดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าเกษตรกรมีความรู้ระดับปานกลางก่อนการอบรม และระดับความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญหลังได้รับการพัฒนาองค์ความรู้[18] รวมถึงการศึกษาที่ชี้ว่าการเสริมสร้างศักยภาพด้านความรู้มีผลต่อการป้องกันพิษจากสารเคมี[14] อย่างไรก็ตาม ระดับการศึกษาไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับพฤติกรรมการป้องกัน ซึ่งสอดคล้องกับที่พบว่าแม้เกษตรกรบางส่วนไม่ได้รับการศึกษาในระดับสูง แต่สามารถมีพฤติกรรมการใช้สารเคมีที่เหมาะสมได้ สะท้อนว่าความรู้เชิงปฏิบัติและประสบการณ์อาจมีบทบาทมากกว่าการศึกษาในระบบ[19]

การรับรู้เกี่ยวกับความเสี่ยงและการป้องกัน

การรับรู้โอกาสเสี่ยงของเกษตรกรอยู่ในระดับต่ำถึงปานกลาง ขณะที่การรับรู้ความรุนแรงและประโยชน์ของการป้องกันอยู่ในระดับสูง ส่วนการรับรู้อุปสรรคอยู่ในระดับต่ำ โดยอุปสรรคสำคัญคือการมองว่าการอ่านฉลากหรือปฏิบัติตามขั้นตอนใช้เวลามาก ผลดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าการส่งเสริมการมีส่วนร่วมสามารถเพิ่มการรับรู้ความเสี่ยงและปรับพฤติกรรมได้[20] และการศึกษาที่ประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมพบว่าการรับรู้ที่เพิ่มขึ้นมีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันที่ดีขึ้น[10] โดยในการศึกษานี้ การรับรู้ความรุนแรงและประโยชน์ไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับพฤติกรรม อาจสะท้อนว่าการตระหนักรู้เพียงอย่างเดียวไม่เพียงพอต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม หากขาดแรงจูงใจหรือกลไกสนับสนุนที่เหมาะสม ตามกรอบแนวคิด Health Belief Model (HBM)[16] การแสดงพฤติกรรมยังต้องอาศัยปัจจัยอื่นร่วมด้วย เช่น การรับรู้ความสามารถของตนเองและสิ่งกระตุ้นให้เกิดการกระทำ[21] ซึ่งสอดคล้องกับการวิเคราะห์อภิมานที่รายงานว่า perceived severity มักมีอิทธิพลต่ำต่อพฤติกรรมเมื่อเทียบกับตัวแปรอื่นในโมเดล[22] รวมถึงงานวิจัยในประเทศไทยที่พบว่าการรับรู้ความรุนแรงระดับสูงไม่ได้สัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันอย่างมีนัยสำคัญ[23] ดังนั้นการส่งเสริมพฤติกรรมควรมุ่งเสริมสร้างความสามารถในการปฏิบัติและระบบสนับสนุนควบคู่กับการให้ความรู้

พฤติกรรมการป้องกันการสัมผัสสารเคมี

เกษตรกรส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการเก็บสารเคมีในที่ปลอดภัยและสวมอุปกรณ์ป้องกัน เช่น ถุงมือยาง สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าหลังได้รับการพัฒนาแนวทางลดการใช้สารเคมี เกษตรกรมีพฤติกรรมการป้องกันดีขึ้น[24] แต่ยังพบ

พฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เช่น การผสมสารหลายชนิดร่วมกัน ซึ่งสอดคล้องกับรายงานสถานการณ์พิษสารกำจัดศัตรูพืช[4] ที่สะท้อนปัญหาการใช้สารเคมีไม่ถูกต้องตามคำแนะนำ ส่งผลต่ออัตราป่วยจากพิษสารกำจัดศัตรูพืช[7,13]

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยกับพฤติกรรมการป้องกันการสัมผัสสารเคมี

ผลการวิเคราะห์พบว่า เพศ อายุ สถานภาพสมรส รายได้ ความถี่และบทบาทในการใช้สารเคมี มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p \leq .05$) โดยเฉพาะเพศชายและผู้ที่มีอายุมากมักมีพฤติกรรมป้องกันดีกว่า อาจเนื่องจากประสบการณ์และความคุ้นเคยกับงานเกษตร ความรู้เกี่ยวกับสารเคมีและการรับรู้โอกาสเสี่ยงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกัน สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าความรู้และการรับรู้ความเสี่ยงเป็นปัจจัยสำคัญต่อพฤติกรรมการใช้สารเคมีอย่างปลอดภัย[3,18] ในทางกลับกัน การรับรู้ความรุนแรง ประโยชน์ และอุปสรรคไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งอาจสะท้อนว่าปัจจัยดังกล่าวยังไม่เพียงพอในการกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม หากไม่ได้รับการสนับสนุนจากกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม หรือการเสริมแรงทางสังคมอย่างต่อเนื่องในระยะเวลาที่เหมาะสม[10,20]

ข้อจำกัดของการวิจัย

1. เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง (cross-sectional study) ไม่สามารถสรุปความสัมพันธ์เชิงเหตุและผลได้
2. ใช้แบบสอบถามประเมินตนเอง อาจเกิดอคติจากการตอบ (self-report bias)
3. เก็บข้อมูลในมหาวิทยาลัยเดียว อาจจำกัดการสรุปผลในระดับประเทศ

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรใช้การวิจัยแบบกึ่งทดลอง (quasi-experimental study) เพื่อประเมินผลโปรแกรม
2. ควรมีการตรวจวัดระดับสารเคมีในเลือดหรือปัสสาวะร่วมด้วย
3. ศึกษาปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคม (social support) และการรับรู้ความสามารถตนเอง (self-efficacy) เพิ่มเติม

ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติ

1. ควรจัดอบรมเชิงปฏิบัติการอย่างต่อเนื่อง เน้นการเพิ่มการรับรู้โอกาสเสี่ยงและทักษะการปฏิบัติที่ถูกต้อง
2. สนับสนุนกลไกชุมชน เช่น อสม. หรือเกษตรอำเภอ เป็นผู้ติดตามและให้คำปรึกษา
3. ส่งเสริมการใช้สารทดแทนหรือแนวทางเกษตรปลอดภัย/เกษตรอินทรีย์

กิตติกรรมประกาศ

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในอำเภอท่าศาลา และบุคลากรเจ้าหน้าที่ทุกท่าน รวมไปถึง อาสาสมัครประจำหมู่บ้านและกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่ไม่ได้กล่าวไว้ในที่นี้ ที่กรุณาสละเวลา และให้ความร่วมมือในด้านต่างที่มีส่วนช่วยให้การจัดทำวิจัยฉบับนี้ให้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. Baron, C. Leading countries in agricultural consumption of pesticides worldwide in 2023. Statista, 2023.
2. สำนักงานนโยบายและแผนทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม. ผลกระทบจากการใช้สารเคมีทางการเกษตร. กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม: กรุงเทพฯ, 2567.
3. ดลนภา ไชยสมบัติ, จรรยา แก้วใจบุญ และอัมพร ยานะ. “ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกร: กรณีศึกษา ตำบลสันป่าม่วง อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา” วารสารเครือวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้. 4(ฉบับพิเศษ): 305-316; 2560.
4. กรมควบคุมโรค, กระทรวงสาธารณสุข. รายงานสถานการณ์พิษสารเคมีกำจัดศัตรูพืชในประเทศไทย. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข, 2566.
5. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. โครงการสำมะโนการเกษตร. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2566.
6. สำนักงานเกษตรจังหวัดนครศรีธรรมราช. สถานการณ์ด้านปริมาณผลผลิตไม้ผลจังหวัดนครศรีธรรมราช ปี 2566 ชนิดไม้ผลทุเรียน. กระทรวงเกษตรและสหกรณ์: นครศรีธรรมราช, 2566.
7. ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และกระทรวงสาธารณสุข. อัตราป่วยจากพิษสารกำจัดศัตรูพืช. กระทรวงสาธารณสุข: นนทบุรี, 2565-2566.
8. US Environmental Protection Agency. Water Quality Criteria Documents: Availability. Federal Register, Washington, D.C., 1980.
9. มงคล รัชชะ. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชในเกษตรกรปลูกยาสูบ ตำบลทับผึ้ง อำเภอศรีสำโรง จังหวัดสุโขทัย. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยรามคำแหง, 2558.
10. สุดา หันกลาง และอรวรรณ แก้วบุญชู. “ประสิทธิผลของโปรแกรมลดการสัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืชในชาวนาจังหวัดนครราชสีมา: การประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม” การประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม. 31(2): 183-200; 2560.
11. กรมวิชาการเกษตร, กระทรวงเกษตรและสหกรณ์. คู่มือการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชอย่างปลอดภัย. กรุงเทพฯ: กรมวิชาการเกษตร, 2564.
12. Pibul P, Jawjit S. Agrochemical usage inventory and measured residues in streams within an off-season durian production region of Thailand. Front Sustain Food Syst. 2021;5:731973. doi:10.3389/fsufs.2021.731973.
13. ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (HDC), กรมควบคุมโรค, กระทรวงสาธารณสุข. อัตราป่วยจากโรคหรืออาการสำคัญของพิษจากสารกำจัดศัตรูพืช ปี พ.ศ. 2561–2565 [Internet]. Nonthaburi (TH): HDC; 2565 [cited 2026 Feb 25]. Available from: https://hdc.moph.go.th
14. เจนณรงค์ ละอองศรี. “การวิเคราะห์กลวิธีพัฒนาศักยภาพเกษตรกรปลูกยาสูบในการป้องกันพิษจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช” การพยาบาลและการดูแลสุขภาพ. 36(2): 87-94; 2561.
15. Krejcie RV, Morgan DW. Determining sample size for research activities. Educ Psychol Meas. 1970;30(3):607-610

16. Champion VL, Skinner CS. The health belief model. In: Glanz K, Rimer BK, Viswanath K, editors. Health behavior and health education: theory, research, and practice. 4th ed. San Francisco: Jossey-Bass; 2008. p. 45-65.
17. วิทยา เทิดไพรพนาวัลย์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดแมลงศัตรูพืชของเกษตรกร อำเภอจอมทอง จังหวัดเชียงใหม่. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่; 2557.
18. สุภาวดี แหยมคง, พัทนันท์ โกธรรม, ประภาศิริ โจผ่อง, ปิยวดี น้อยน้ำใส, Tuan Nguyen Neoc, ศิริกานดา แหยมคง และสุทธิพงศ์ เอี่ยมอ่อง. “ความรู้และพฤติกรรมการใช้สารเคมีในการกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกร ตำบลซับสมบูรณ์ อำเภอวิเชียรบุรี จังหวัดเพชรบูรณ์” วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยราชภัฏอุตรดิตถ์. 12(2): 15-25; 2560.
19. กฤตวิชญ์ สุขอึ้ง และสุวรรณา พนาอดิศัย. “พฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรผู้ปลูกกาแฟอาราบิก้าในตำบลห้วยชมภู อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย” วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยราชภัฏอุตรดิตถ์. 16(1): 19-33; 2564.
20. อรุณรัตน์ ปัญจะกลิ่นเกษร และฉัตรลดา ดีพร้อม. “การใช้กระบวนการมีส่วนร่วมในการลดพฤติกรรมเสี่ยงในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรบ้านกอก ตำบลดงแดง อำเภอจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด” วารสารการพยาบาล การสาธารณสุขและการศึกษา. 19(1): มกราคม–เมษายน; 2561.
21. Champion, V. L., & Skinner, C. S. (2008). The health belief model. In K. Glanz, B. K. Rimer, & K. Viswanath (Eds.), Health behavior and health education: Theory, research, and practice (4th ed., pp. 45–65). San Francisco, CA: Jossey-Bass.
22. Carpenter, C. J. (2010). A meta-analysis of the effectiveness of health belief model variables in predicting behavior. Health Communication, 25(8), 661–669. https://doi.org/10.1080/10410236.2010.521906
23. ศิริลักษณ์ สกุลสงดา. (2564). ปัจจัยตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของประชาชนวัยทำงาน. วารสารคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, 16(2), 45–58.*
24. สุนทรี ปลั่งกมล. “การพัฒนาแนวทางการลดการใช้สารเคมีป้องกันและกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกร ตำบลหนองยาว อำเภอพนมสารคาม จังหวัดฉะเชิงเทรา” วารสารวิจัยราชภัฏพระนคร. 10(2): 134-144; 2558.

Received: 2 Nov. 2025, Revised: 23 Nov. 2025
Accepted: 15 Mar.2026

บทความวิจัย

ผลของการเลิกสูบบุหรี่ในนักศึกษาที่บำบัดด้วยวิธีการให้คำปรึกษาร่วมกับการใช้ยาอมหญ้าดอกขาว ในสถาบันอุดมศึกษา จังหวัดเพชรบูรณ์

เพชรธยา แป้นวงษา[1]ขวัญจิตต์ อนุกูลวัฒนา[1] กมล อยู่สุข[1]*

บทคัดย่อ

การสูบบุหรี่เป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนและก่อให้เกิดภาระทางเศรษฐกิจอย่างมาก โดยเฉพาะในกลุ่มเยาวชนและนักศึกษามหาวิทยาลัยซึ่งเป็นช่วงวัยที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเริ่มสูบบุหรี่ งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ เปรียบเทียบอัตราการเลิกสูบบุหรี่ของนักศึกษาที่บำบัดด้วยวิธีการให้คำปรึกษาโดยใช้หลัก 5 A เพียงอย่างเดียวกับการให้คำปรึกษาร่วมกับการใช้ยาอมหญ้าดอกขาว ในสถาบันอุดมศึกษา จังหวัดเพชรบูรณ์ และศึกษาผลข้างเคียงจากการใช้ผลิตภัณฑ์จากหญ้าดอกขาว โดยการตรวจค่าการทำงานของไตและตับด้วยวิธีการตรวจเลือด ของกลุ่มตัวอย่าง การวิจัยเป็นแบบกึ่งทดลอง โดยใช้รูปแบบการวิจัยแบบ สองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธี ใช้โปรแกรม G Star power จำนวน 96 คน กำหนดเป็นกลุ่มทดลอง 48 คน และกลุ่มควบคุม 48 คน กลุ่มทดลองได้รับการให้คำปรึกษาโดยใช้หลัก 5A ร่วมกับรับประทานยาอมหญ้าดอกขาว ระยะเวลา 8 สัปดาห์ กลุ่มควบคุมได้รับคำปรึกษาโดยใช้หลัก 5A เพียงอย่างเดียว เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และผลการตรวจเลือดเพื่อวัดค่าการทำงานของไตและตับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ Paired Samples t-test , Independent t-test และ Chi-square test ในการเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ค่าการทำงานของไตและตับ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีอัตราการเลิกสูบสำเร็จร้อยละ 72.92 ขณะที่กลุ่มควบคุมมีอัตราการเลิกสูบสำเร็จร้อยละ 31.25 โดยการใช้ยาอมยาดอกขาวร่วมด้วย ไม่มีผลข้างเคียงต่อการทำงานของไตและตับ ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) แสดงถึงความปลอดภัยของการใช้ยาอมหญ้าดอกขาว สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในโครงการ “มหาวิทยาลัยปลอดบุหรี่” และสอดคล้องกับเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน

คำสำคัญ: การเลิกสูบบุหรี่, หลัก 5 A, หญ้าดอกขาว; นักศึกษา

[1]คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบูรณ์

* Corresponding author E-mail: kamol.yus@pcru.ac.th

Original Article

Effects of Smoking Cessation among University Students Treated with Motivational Counseling Combined with Vernonia cinerea Lozenges in Phetchabun Province, Thailand

Pettaya Panvongsa[1] Kwanjit Anukulwattana[1] Kamol Yusook[1,*]

Abstract

Smoking remains a major public health problem that adversely affects population health and imposes substantial economic burdens. University students and young adults are particularly vulnerable to initiating and maintaining smoking behaviors. This study aimed to compare the smoking cessation rates among university students who received counseling based on the 5A model alone and those who received 5A counseling combined with *Vernonia cinerea* lozenge (ya-om Ya Dok Khao) in higher education institutions in Phetchabun Province, Thailand. In addition, the study examined potential side effects of the herbal product by assessing kidney and liver function through blood tests. This research employed a quasi-experimental design using a two-group pretest–posttest approach. A total of 96 participants were recruited and allocated into an experimental group (n = 48) and a control group (n = 48), with the sample size determined using the G*Power program. The experimental group received smoking cessation counseling based on the 5A model together with *Vernonia cinerea* lozenges for 8 weeks, whereas the control group received 5A counseling alone. Research instruments included a demographic questionnaire and laboratory blood tests to evaluate kidney and liver function. Data were analyzed using descriptive statistics and inferential statistics, including paired samples t-test, independent t-test, and Chi-square test to compare differences in smoking behavior and biochemical parameters between the experimental and control groups.

The results revealed that the smoking cessation rate in the experimental group was 72.92%, whereas the control group had a cessation rate of 31.25%. The use of *Vernonia cinerea* lozenges in combination with 5A counseling did not produce adverse effects on kidney or liver function, as no statistically significant differences were observed in biochemical parameters ($p > 0.05$), indicating the safety of this herbal intervention. These findings suggest that the combined approach may be an effective and safe strategy for smoking cessation among university students. The intervention could be applied in "Smoke-Free University" initiatives and contributes to the promotion of public health in line with the Sustainable Development Goals (SDGs), particularly the goal of ensuring healthy lives and promoting well-being for all.

Keywords: Smoking cessation, 5A program, *Vernonia cinerea*, University students

บทนำ

มหาวิทยาลัยเป็นสถาบันซึ่งมีหน้าที่หลักในการให้การศึกษา ความรู้ ทักษะด้านวิชาการ และทักษะทางด้านวิชาชีพ เพื่อผลิตบัณฑิตออกไปพัฒนาประเทศชาติ การสร้างให้เยาวชนตระหนักถึงพิษภัยของสารเสพติด ที่เป็นภัยใกล้ตัวอย่างบุหรี่ จึงเป็นเรื่องจำเป็นอย่างยิ่ง เพราะบุหรี่คือต้นทางของการก้าวสู่สารเสพติดร้ายแรงชนิดอื่นๆ เป็นอันตรายต่อตัวผู้สูบเอง และยังส่งผลกระทบถึงคนรอบข้างที่ต้องรับพิษภัยจากควันบุหรี่มือสองด้วย โดยในแต่ละปี ทั่วโลกมีผู้เสียชีวิตจากบุหรี่มากกว่า 7 ล้านคน เป็นผู้สูบบุหรี่เอง มากกว่า 6 ล้านคน เป็นผู้ที่เสียชีวิตจากการได้รับควันบุหรี่ที่ผู้อื่นสูบ 8.9 แสนคน ภายในปี 2573 หากไม่มีการดำเนินการใดๆ จะมีผู้เสียชีวิตจากบุหรี่มากกว่า 8 ล้านคนต่อปี (WHO,2017) สถานการณ์การเสพยาสูบในประเทศไทย จากฐานข้อมูลทุติยภูมิในโครงการสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และดื่มสุรา (สพบส.) และโครงการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ (สอส.) ระหว่างปี 2534-2560 สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงดิจิตัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม รายงานว่า การสูบบุหรี่ชนิดมีควันของประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป อยู่ที่ร้อยละ 37.7 ของประชากร ซึ่งยังสูงกว่าตัวชี้วัดของระดับโลกที่ต้องให้น้อยกว่าร้อยละ 30 ของประชากร ในประเทศไทย ช่วงอายุ 15-19 ปี มีผู้สูบบุหรี่ 447,064 คน และ ช่วงอายุ 20-24 ปี ผู้สูบบุหรี่ 1,024,499 คน อายุเฉลี่ยเมื่อเริ่มต้นสูบบุหรี่ คือ อายุ 18 ปี ในแต่ละปีมีนักสูบหน้าใหม่ประมาณ 2 แสนคน ร้อยละ 70 ของนักสูบหน้าใหม่เป็นผู้ที่มีอายุระหว่าง 15-19 ปี

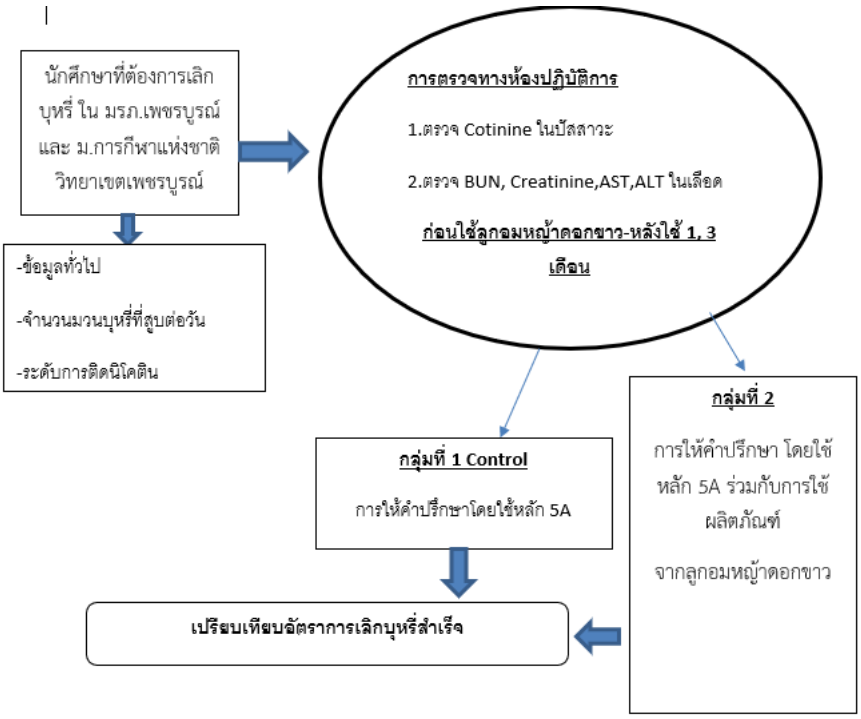
หญ้าดอกขาว มีชื่อวิทยาศาสตร์ว่า *Vernonia cinerea* (L) Less. มีชื่อเรียกตามภูมิภาคต่างๆ ได้แก่ หญ้าหมอน้อย เสือสามขา ต้นก้านธูป หญ้าละออง หญ้าสามวัน ต้นม่านพระอินทร์ ลักษณะทั่วไปเป็นไม้ล้มลุก ใบเดี่ยว ออกดอกเป็นช่อกระจุกแน่นที่ปลายกิ่ง ในสมัยโบราณใช้ในการรักษาโรค ในแพทย์แผนไทย จึงได้ชื่อว่า หญ้าหมอน้อย พบได้ทั่วไป เช่น ทุ่งนา สนามหญ้า ชายป่าที่รกร้าง เจริญเติบโตได้ตลอดทั้งปี สารที่พบในพืชชนิดนี้ ได้แก่ อัลคาลอยด์ ไนเตรต ไกลโคไซด์ ฟลาโวนอยด์ ซาปอนนิน แอนทราควิโนน แทนนิน แอนทราควิโนนอะไกลโคน และฟีนอล ฤทธิ์ทางเภสัชวิทยา พบว่า มีฤทธิ์ต้านอนุมูลอิสระ แก้ไข้ ลดปวด ท้องอืด ท้องเฟ้อ แผลบวมอักเสบ ความดันโลหิตสูง ถ่ายพยาธิเส้นด้าย ปัสสาวะขัด ไอ เรื้อรัง และ ลดอาการอยากสูบบุหรี่ ดังนั้น คณะผู้วิจัย จึงได้ทำการศึกษาเปรียบเทียบอัตราการเลิกบุหรี่ ระหว่างรูปแบบการบำบัดด้วยวิธีให้คำปรึกษาโดยใช้หลัก 5 A เพียงอย่างเดียว กับการบำบัดด้วยวิธีให้คำปรึกษาโดยใช้หลัก 5 A ร่วมกับการใช้ยาอมหญ้าดอกขาว แก่นักศึกษาในมหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบูรณ์ และ มหาวิทยาลัยการกีฬาแห่งชาติ วิทยาเขตเพชรบูรณ์ ที่มีความต้องการเลิกบุหรี่ นอกจากนี้ ยังศึกษาผลข้างเคียงต่อตับและไตจากผลการตรวจเลือดทางห้องปฏิบัติการอีกด้วย

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1.เพื่อเปรียบเทียบอัตราการเลิกสูบบุหรี่ของนักศึกษาที่บำบัดด้วยวิธีการให้คำปรึกษาโดยใช้หลัก 5 A เพียงอย่างเดียวกับการให้คำปรึกษาร่วมกับการใช้ยาอมหญ้าดอกขาว ในสถาบันอุดมศึกษา จังหวัดเพชรบูรณ์

2.เพื่อศึกษาผลข้างเคียงจากการใช้ผลิตภัณฑ์จากหญ้าดอกขาว โดยการตรวจค่าการทำงานของไตและตับ ด้วยวิธีการตรวจเลือด ของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการ

กรอบแนวคิดการวิจัย



สมมติฐานการวิจัย

อัตราการเลิกสูบบุหรี่ของนักศึกษาที่บำบัดด้วยวิธีการให้คำปรึกษาโดยใช้หลัก 5 A ร่วมกับการใช้ยาอมหญ้าดอกขาว สูงกว่า การบำบัดด้วยวิธีการให้คำปรึกษาเพียงอย่างเดียว

วิธีดำเนินการวิจัย

2.1 รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental design) แบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่กลุ่มทดลอง (Experimental Group) และกลุ่มควบคุม (Control Group) โดยใช้รูปแบบการวิจัยแบบ สองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Two-Group Pre-test Post-test Design)

2.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ นักศึกษาในสถาบันอุดมศึกษา ในจังหวัดเพชรบูรณ์ ปีการศึกษา 2568

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ นักศึกษาในสถาบันอุดมศึกษา ในจังหวัดเพชรบูรณ์ ปีการศึกษา 2568 คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีโปรแกรม G*power Ver 3.12 ใช้ค่า effect 0.3 , power 0.8 , ค่าแอลฟ่า 0.05 จำนวน 96 คน และการได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการเจาะจง (Purposive sampling) แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 48 คน และกลุ่มควบคุม 48 คน โดยมีเกณฑ์ในการคัดเลือกดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า

1. เป็นนักศึกษาที่ลงทะเบียนเรียนในสถาบันอุดมศึกษาในจังหวัดเพชรบูรณ์: ผู้เข้าร่วมต้องเป็นนักศึกษาที่กำลังศึกษาอยู่ในสถาบันอุดมศึกษาในจังหวัดเพชรบูรณ์ ณ วันที่ทำการวิจัย
2. อายุ 18-25 ปี: ผู้เข้าร่วมต้องมีอายุระหว่าง 18 ถึง 25 ปี
3. มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่อย่างน้อย 1 มวนต่อวันในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา: ผู้เข้าร่วมต้องมีประวัติการสูบบุหรี่เป็นประจำอย่างน้อย 1 มวนต่อวันในช่วง 6 เดือนก่อนหน้าการวิจัย
4. มีความตั้งใจที่จะเลิกสูบบุหรี่: ผู้เข้าร่วมต้องแสดงเจตนารมณ์ที่ชัดเจนว่าต้องการเลิกสูบบุหรี่
5. ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย: ผู้เข้าร่วมต้องลงนามในแบบฟอร์มยินยอมเข้าร่วมการวิจัยอย่างเป็นลายลักษณ์อักษร

เกณฑ์การคัดออก

1. มีประวัติการแพ้หรือปฏิกิริยาไม่พึงประสงค์ต่อหญ้าดอกขาว: ผู้เข้าร่วมที่มีประวัติการแพ้หรือปฏิกิริยาไม่พึงประสงค์ต่อส่วนประกอบของหญ้าดอกขาวจะถูกคัดออก
2. มีปัญหาสุขภาพที่ไม่เหมาะสมกับการเข้าร่วมวิจัย: ผู้เข้าร่วมที่มีปัญหาสุขภาพที่อาจเป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมวิจัย เช่น โรคหัวใจ โรคปอดขั้นรุนแรง หรือโรคจิตเวช
3. กำลังใช้ยาบำบัดการเลิกบุหรี่อื่น ๆ: ผู้เข้าร่วมที่กำลังใช้ยาบำบัดการเลิกบุหรี่ หรือวิธีการบำบัดอื่น ๆ ในช่วง 3 เดือนก่อนหน้าการวิจัย
4. ตั้งครรภ์หรือให้นมบุตร: ผู้เข้าร่วมที่ตั้งครรภ์หรือให้นมบุตรจะถูกคัดออกเนื่องจากความปลอดภัยและผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นกับทารก
5. มีการใช้สารเสพติดอื่น ๆ: ผู้เข้าร่วมที่มีการใช้สารเสพติดอื่น ๆ นอกจากบุหรี่ เช่น ยาเสพติด หรือแอลกอฮอล์อย่างหนัก
6. ไม่สามารถปฏิบัติตามขั้นตอนการวิจัยได้: ผู้เข้าร่วมที่ไม่สามารถปฏิบัติตามขั้นตอนและข้อกำหนดของการวิจัย เช่น การเข้าร่วมการให้คำปรึกษาหรือการใช้ยาอมหญ้าดอกขาวอย่างต่อเนื่อง

เกณฑ์การถอดถอน

1. ผู้เข้าร่วมสามารถถอนความยินยอมและขอถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกเมื่อโดยไม่ต้องแจ้งเหตุผลใด ๆ การถอนความยินยอมจะต้องทำเป็นลายลักษณ์อักษรหรือแจ้งแก่ผู้วิจัยโดยตรง
2. ผู้เข้าร่วมที่ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมการให้คำปรึกษาหรือการใช้ยาอมหญ้าดอกขาวตามตารางเวลาที่กำหนดได้มากกว่า 3 ครั้งโดยไม่มีเหตุผลที่สมควร
3. การไม่สามารถปฏิบัติตามข้อกำหนดการวิจัยที่สำคัญ เช่น การเข้าร่วมการติดตามผลหรือการส่งข้อมูลสำคัญตามกำหนดเวลา
4. หากผู้เข้าร่วมแสดงอาการแพ้หรือปฏิกิริยาไม่พึงประสงค์รุนแรงต่อหญ้าดอกขาวหรือส่วนประกอบอื่น ๆ ที่ใช้ในการวิจัย
5. การเกิดอาการทางสุขภาพที่รุนแรงซึ่งทำให้ผู้เข้าร่วมไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยต่อไปได้อย่างปลอดภัย
6. ผู้เข้าร่วมที่เริ่มใช้สารเสพติดหรือดื่มแอลกอฮอล์อย่างหนักระหว่างการวิจัย ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อผลการวิจัยและความปลอดภัยของผู้เข้าร่วม
7. หากผู้เข้าร่วมมีการตั้งครรภ์หรือเริ่มให้นมบุตรระหว่างการวิจัย ซึ่งอาจมีผลกระทบต่อความปลอดภัยของทั้งผู้เข้าร่วมและทารก

8. หากพบว่าผู้เข้าร่วมมีข้อมูลหรือประวัติที่ไม่ตรงกับเกณฑ์คัดเข้า เช่น การปกปิดประวัติการใช้สารเสพติดหรือปัญหาสุขภาพที่สำคัญ
9. หากไม่สามารถติดต่อผู้เข้าร่วมได้เป็นระยะเวลานานเกินกว่า 1 เดือน โดยไม่มีการแจ้งเหตุผลที่สมควร

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. ใช้โปรแกรม 5A Model for Smoking Cessation ของ World Health Organization ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นที่ 1: Ask (การถาม)

ใช้แบบบันทึกข้อมูลพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ประกอบด้วย

1) ประวัติการสูบบุหรี่ (ระยะเวลา, จำนวนมวน/วัน)

2) ระดับการติดนิโคติน (ใช้แบบประเมิน Fagerström Test for Nicotine Dependence)

3) ความพยายามเลิกสูบในอดีต

ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบและปลายเปิด ใช้เวลาประมาณ 10 นาที

ขั้นที่ 2: Advise (การแนะนำ)

ใช้แนวทางการให้คำปรึกษาแบบสั้น (Brief Advice) ประกอบด้วย

1) การให้ข้อมูลผลกระทบของบุหรี่ต่อสุขภาพ

2) การอธิบายประโยชน์ของการเลิกสูบ

3) การแนะนำการใช้ยาอมหญ้าดอกขาวอย่างถูกต้อง

ใช้เวลาประมาณ 10–15 นาที ต่อราย

ขั้นที่ 3: Assess (การประเมินความพร้อม)

ขั้นที่ 4: Assist (การช่วยเหลือ)

ประกอบด้วย

1. การให้คำปรึกษาเชิงลึก (Counseling Session)
    1) จำนวน 3 ครั้ง (สัปดาห์ที่ 0, 2, 4)
    2) ใช้เทคนิค Motivational Interviewing
2. การใช้ยาอมหญ้าดอกขาว
    1) ผลิตภัณฑ์สมุนไพรจาก Vernonia cinerea
    2) ขนาดรับประทานตามฉลากผลิตภัณฑ์

ขั้นที่ 5: Arrange (การติดตามผล)

ใช้แบบติดตามผลการเลิกสูบบุหรี่

1) ประเมินที่สัปดาห์ที่ 4 และ 8

2) จำนวนมวนบุหรี่ต่อวัน

2.แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ

3.การตรวจเลือดเพื่อวิเคราะห์ค่าการทำงานของไตและตับ (BUN, Creatinine, AST, ALT)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) ดำเนินการโดยเสนอเครื่องมือให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญด้านสาธารณสุขและการควบคุมยาสูบ ผู้เชี่ยวชาญด้านพฤติกรรมศาสตร์สุขภาพ และผู้เชี่ยวชาญด้านการวัดและประเมินผล ทำการประเมินความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์การวิจัย โดยใช้ดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Index of Item-Objective Congruence: IOC) กำหนดเกณฑ์ยอมรับที่ค่า ≥ 0.50 ผลการประเมินพบว่า ค่า IOC ระหว่างข้อคำถามกับตัวแปรทั้งฉบับมีค่าเท่ากับ 0.85

2. การตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้าง (Construct validity) ดำเนินการกับแบบประเมินกระบวนการให้คำปรึกษาตามหลัก 5A ซึ่งประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ ได้แก่ Ask, Advise, Assess, Assist และ Arrange โดยทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มศึกษา จำนวน 30 คน และวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ (Exploratory Factor Analysis: EFA) ด้วยวิธี Principal Component Analysis และการหมุนแกนแบบ Varimax ตรวจสอบความเหมาะสมของข้อมูลด้วยค่า Kaiser–Meyer–Olkin (KMO) เท่ากับ 0.81

3.การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ดำเนินการในกลุ่มทดลองใช้จำนวน 30 คน โดยคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach’s alpha coefficient) สำหรับแบบประเมินชนิดมาตรประมาณค่า พบว่าแบบประเมินพฤติกรรมการสูบบุหรี่มีค่าเท่ากับ 0.86 แบบประเมินกระบวนการให้คำปรึกษาตามหลัก 5A มีค่าเท่ากับ 0.91

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้ดำเนินการโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ ภายหลังจากการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้ทำการตรวจสอบความครบถ้วน ความถูกต้อง และความสมเหตุสมผลของข้อมูล (data cleaning) ก่อนทำการบันทึกและเข้ารหัสข้อมูลเพื่อเตรียมสำหรับการวิเคราะห์เชิงสถิติ จากนั้นจึงนำข้อมูลทั้งหมดมาวิเคราะห์เพื่อตอบวัตถุประสงค์การวิจัยและทดสอบสมมติฐานที่กำหนดไว้ โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ (level of significance) ที่ .05 และรายงานช่วงความเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95 (95% confidence interval) ในการแปลผลการวิเคราะห์ทางสถิติทุกตัวแปรที่เกี่ยวข้อง ตามรายละเอียดดังนี้

1.ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ ระยะเวลาการสูบบุหรี่ จำนวนมวนต่อวัน และระดับการติดนิโคติน วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ ความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)

2.เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยก่อนและหลังได้รับการบำบัด ในด้าน จำนวนมวนบุหรี่ต่อวัน ระดับการติดนิโคติน และค่าการตรวจวิเคราะห์ BUN,, Creatinine, AST, ALT ในเลือด โดยใช้ Paired Samples t-test , Independent t-test และ Chi-square test

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

ในการวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบูรณ์ โดยโครงการวิจัยได้รับการอนุมัติด้านจริยธรรม ภายใต้เอกสารเลขที่ PCRU-REC NO. 021/2567 มีผลรับรองตั้งแต่วันที่ 10 กันยายน 2567-9 กันยายน 2568

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 96 คน แบ่งเป็น กลุ่มทดลอง 48 คน ได้รับการให้คำปรึกษาร่วมกับใช้ยาอมหญ้าดอกขาว และกลุ่มควบคุม 48 คน ได้รับคำปรึกษาอย่างเดียว กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 72.92 อายุส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 19 - 21 ปี ระยะเวลาสูบบุหรี่ ของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม มีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 3.45 ปี และ 3.38 ปี ตามลำดับ จำนวนมวนที่สูบต่อวัน มีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 10 มวน/วัน คะแนนการติดนิโคติน ก่อนทดลอง ของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม คือ 10.46 และ 10.21 ตามลำดับ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วมการวิจัย

ตัวแปร	**กลุ่มทดลอง (n=48)**	**กลุ่มควบคุม (n=48)**	**p-value**
เพศ			.646[a]
ชาย (%)	35 (72.92)	33 (68.75)	
หญิง (%)	13 (27.08)	15 (31.25)	
อายุ (ปี) Mean ± SD	20.88 ± 1.21	21.05 ± 1.34	0.518[b]
ระยะเวลาสูบบุหรี่ (ปี) Mean ± SD	3.45 ± 1.62	3.38 ± 1.55	0.812[b]
จำนวนมวน/วัน (ก่อนทดลอง) Mean ± SD	10.46 ± 4.12	10.21 ± 4.28	0.774[b]
คะแนนการติดนิโคติน (FTND) Mean ± SD	6.32 ± 1.74	6.18 ± 1.79	0.702[b]

[a] Chi-square test

[b] Independent t-test

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบผลข้างเคียงจากการใช้ผลิตภัณฑ์จากหญ้าดอกขาว โดยการตรวจค่าการทำงานของไตและตับด้วยวิธีการตรวจเลือด ของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการ พบว่า ค่าการทำงานของไต (BUN) ก่อนและหลังทดลอง ของกลุ่มทดลอง มีค่าเท่ากับ (13.45 ± 2.10) หลังทดลองเท่ากับ (13.60 ± 2.25) ค่าการทำงานของไต (Creatinine) ก่อนและหลังทดลอง ของกลุ่มทดลอง มีค่าเท่ากับ (0.92 ± 0.15) หลังทดลองเท่ากับ (0.94 ± 0.14) ค่าการทำงานของตับ (AST) ก่อนและหลังทดลอง ของกลุ่มทดลอง มีค่าเท่ากับ (24.30 ± 5.60) หลังทดลองเท่ากับ (23.95 ± 5.10) ค่าการทำงานของตับ (ALT) ก่อนละหลังทดลอง ของกลุ่มทดลอง มีค่าเท่ากับ (26.80 ± 6.20) หลังทดลองเท่ากับ (27.10 ± 5.95) เมื่อเปรียบเทียบผลต่างของค่าเฉลี่ย ผลการตรวจเลือดค่าการทำงานของไตและตับ ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 (p-value < 0.001) ดังตารางที่ 1

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n = 48)		p-value[a]	กลุ่มควบคุม (n = 48)		p-value[a]	p-value[b]
	ก่อนทดลอง Mean ± SD	หลังทดลอง Mean ± SD		ก่อนทดลอง Mean ± SD	หลังทดลอง Mean ± SD		
จำนวนมวนบุหรี่ต่อวัน	10.46 ± 4.12	2.75 ± 2.55	< .001*	10.21 ± 4.28	8.05 ± 3.90	.001*	< .001*
คะแนนการติดนิโคติน (FTND)	6.32 ± 1.74	3.02 ± 1.25	< .001*	6.18 ± 1.79	5.85 ± 1.68	.041*	< .001*
BUN (mg/dL)	13.45 ± 2.10	13.60 ± 2.25	.539	13.38 ± 2.05	13.42 ± 2.18	.721	.694
Creatinine (mg/dL)	0.92 ± 0.15	0.94 ± 0.14	.383	0.91 ± 0.16	0.93 ± 0.16	.412	.781
AST (U/L)	24.30 ± 5.60	23.95 ± 5.10	.482	24.65 ± 5.80	24.40 ± 5.35	.558	.682
ALT (U/L)	26.80 ± 6.20	27.10 ± 5.95	.591	26.55 ± 6.05	26.85 ± 6.10	.604	.841

[a] Paired t-test (เปรียบเทียบก่อน–หลังภายในกลุ่ม)

[b] Independent t-test (เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มหลังทดลอง)

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบอัตราการเลิกสูบบุหรี่หลังการทดลอง พบว่ากลุ่มทดลองมีอัตราการเลิกสูบสำเร็จร้อยละ 72.92 ขณะที่กลุ่มควบคุมมีอัตราการเลิกสูบสำเร็จร้อยละ 31.25 โดยกลุ่มทดลองมีโอกาสเลิกสูบบุหรี่สำเร็จมากกว่ากลุ่มควบคุม 2.33 เท่า (95% CI = 1.53–3.55) และมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 (p < .001) ดังตารางที่ 3

ผลการเลิกสูบบุหรี่	กลุ่มทดลอง (n = 48) n (%)	กลุ่มควบคุม (n = 48) n (%)	Risk Ratio (RR)	95% CI	p-value
เลิกสูบสำเร็จ	35 (72.92)	15 (31.25)	2.33	1.53 – 3.55	< .001*
ไม่สำเร็จ	13 (27.08)	33 (68.75)			

ทดสอบความแตกต่างโดยใช้ **Chi-square test**

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปและอภิปรายผล

ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่า การให้คำปรึกษาโดยใช้หลักการ 5A ร่วมกับการใช้ยาอมหญ้าดอกขาว (*Vernonia cinerea*) มีประสิทธิภาพสูงในการส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ในกลุ่มนักศึกษามหาวิทยาลัย และการใช้ผลิตภัณฑ์นี้ไม่มีผลข้างเคียงต่อการทำงานของไตและตับ โดยสามารถเพิ่มอัตราการเลิกสูบสำเร็จและลดจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวันได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการให้คำปรึกษาโดยใช้หลัก 5 A ที่เน้นการเสริมแรงจูงใจภายใน (intrinsic motivation) เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพอย่างยั่งยืน[10]

การค้นพบนี้สอดคล้องกับงานของ Rojanapanich และคณะ[11] ที่ระบุว่าการใช้ *V. cinerea* มีฤทธิ์ช่วยลดอาการถอนนิโคตินและลดความอยากบุหรี่ ซึ่งอาจมาจากสารออกฤทธิ์ทางชีวภาพในกลุ่มฟลาโวนอยด์และโพลีฟีนอลที่ช่วยปรับสมดุลระบบประสาทอัตโนมัติและลดระดับความเครียดทางสรีรวิทยา[12] เมื่อผสานกับ MI ที่มุ่งเน้นการสร้างความร่วมมือและการสะท้อนตนเองของผู้สูบ จึงเสริมประสิทธิภาพซึ่งกันและกันทั้งในมิติทางจิตวิทยาและชีวเคมี ผลลัพธ์นี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ Taylor และคณะ[13] ซึ่งรายงานว่าการเลิกสูบบุหรี่ช่วยปรับปรุงสุขภาพจิตและลดความวิตกกังวลได้ในระยะยาว ในเชิงทฤษฎี งานวิจัยนี้มีส่วนสนับสนุนต่อการประยุกต์ใช้ ทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Behavior Change Theory) และ โมเดลกระบวนการเปลี่ยนแปลง (Transtheoretical Model) ในบริบทของการบำบัดพฤติกรรมเสพติดในกลุ่มเยาวชน โดยเน้นบทบาทของการสร้างแรงจูงใจภายในและการสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยสำคัญในการคงพฤติกรรมไม่สูบในระยะยาว ขณะที่ในเชิงปฏิบัติ ผลการวิจัยนี้ชี้ให้เห็นถึงแนวทางบูรณาการที่สามารถนำไปใช้ใน โครงการมหาวิทยาลัยปลอดบุหรี่ 100% และใน คลินิกเลิกบุหรี่เชิงบูรณาการของสถาบันอุดมศึกษา เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของการบำบัดที่เหมาะสมกับวัยนักศึกษา

ข้อเสนอแนะ

งานวิจัยนี้มีข้อจำกัดบางประการ ได้แก่ การเก็บข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างเพียงสถาบันเดียว ซึ่งอาจส่งผลต่อความสามารถในการทั่วไปผลลัพธ์ (generalizability) รวมทั้งระยะเวลาการติดตามผลเพียง 8 สัปดาห์ยังไม่เพียงพอที่จะประเมินอัตราการกลับไปสูบซ้ำ (relapse) ในระยะยาวได้อย่างครอบคลุม นอกจากนี้ยังไม่ได้ประเมินปัจจัยด้านจิตสังคม เช่น การสนับสนุนจากเพื่อนหรือครอบครัว ซึ่งอาจมีอิทธิพลต่อความสำเร็จในการเลิกสูบ

การวิจัยในอนาคตควรดำเนินการในลักษณะ **multi-center longitudinal study** เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิภาพของโปรแกรมในบริบททางภูมิศาสตร์และสังคมที่แตกต่างกัน รวมถึงควรศึกษากลไกทางสรีรวิทยาที่เกี่ยวข้อง เช่น การเปลี่ยนแปลงระดับสารสื่อประสาท ความเครียดออกซิเดชัน และชีวเครื่องหมายของการถอนนิโคติน เพื่อยืนยันประสิทธิผลของ *V. cinerea* ในเชิงกลไก อีกทั้งควรพัฒนา นวัตกรรมดิจิทัลเพื่อการเลิกบุหรี่ เช่น แอปพลิเคชันสุขภาพที่บูรณาการ MI และสมุนไพรไทย เพื่อเพิ่มการเข้าถึงและติดตามผลอย่างต่อเนื่องในกลุ่มวัยรุ่นและนักศึกษา อย่างไรก็ตาม โปรแกรมการให้คำปรึกษาโดยใช้หลัก 5A ร่วมกับการใช้หญ้าดอกขาวเป็นแนวทางการบำบัดแบบบูรณาการที่มีศักยภาพสูงในการลดการสูบบุหรี่ในกลุ่มเยาวชนไทย ทั้งยังสอดคล้องกับนโยบายสุขภาพแห่งชาติและเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDG 3: Good Health and Well-being) ในการสร้างสังคมปลอดบุหรี่ในอนาคต[14]

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. *WHO report on the global tobacco epidemic 2023: Protect people from tobacco smoke*. Geneva: WHO; 2023.
2. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. *รายงานพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของประชากรไทย พ.ศ. 2566*. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ; 2566.
3. กรมควบคุมโรค. *รายงานสถานการณ์การสูบบุหรี่ของเยาวชนไทย พ.ศ. 2565*. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข; 2565.
4. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.). *ยุทธศาสตร์ประเทศไทยปลอดบุหรี่ พ.ศ. 2568*. กรุงเทพฯ: สสส.; 2567.
5. Miller WR, Rollnick S. *Motivational interviewing: Helping people change*. 3rd ed. New York: Guilford Press; 2013.
6. Benowitz NL. Nicotine addiction. *N Engl J Med*. 2021;384(7):666–679.
7. Rojanapanich P, Sookprasert W, Lertprasertsuke N. Effect of *Vernonia cinerea* lozenges on smoking cessation. *Complement Ther Med*. 2018;37:84–89.
8. กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก. *แนวทางการใช้หญ้าดอกขาวช่วยเลิกบุหรี่*. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข; 2565.
9. United Nations. *Sustainable Development Goals: Goal 3 – Good Health and Well-being*. New York: United Nations; 2023.
10. Miller WR, Rollnick S. *Motivational interviewing: Helping people change*. 3rd ed. New York: Guilford Press; 2013.
11. Rojanapanich P, Sookprasert W, Lertprasertsuke N. Effect of *Vernonia cinerea* lozenges on smoking cessation. *Complement Ther Med*. 2018;37:84–89.
12. Wongsatitthum A, Chaiwong S, Supaporn K. Phytochemical analysis and biological activities of *Vernonia cinerea*. *Asian J Trad Med*. 2017;12(3):45–53.
13. 13. Taylor G, McNeill A, Girling A. Change in mental health after smoking cessation: Systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 2021;345:493.

Received: 18 Feb.2026, Revised: 3 Mar.2025
Accepted: 23 Mar.2026

บทความวิจัย

การศึกษาความคลาดเคลื่อนทางยาในแผนกผู้ป่วยในของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในภาคเหนือ ของประเทศไทย

ธรธรร ศิริโชติ[1], เชษฐา สนิทนา[1], ทศคม เลาหอุดมโชค[1],
ทิฆัมพร บำเริบ[1], ธนิตา ตั้งจิตวิสุทธิ์[1], ธัญญสรณ์ จันทร์จุฬาลักษณ์[1]
ทศพล บุตรมี[2], กนกวรรณ แพรขาว[3], ศักดิ์ชัย ไชยมหาพฤกษ์[4], ธัชชัย ศรีเสน[4*]

บทคัดย่อ

ความคลาดเคลื่อนทางยาเป็นปัญหาสำคัญในระบบบริการทางการแพทย์โดยเฉพาะในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิที่มีการรักษาผู้ป่วยด้วยยาที่มีความซับซ้อน การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบ ย้อนหลัง เพื่อศึกษาความชุกและลักษณะของความคลาดเคลื่อนทางยา ได้แก่ ขั้นตอนที่เกิดความคลาด เคลื่อน ระดับความรุนแรงและอัตราการเกิดตามแผนกผู้ป่วยใน โดยเก็บข้อมูลจากรายงาน ความคลาดเคลื่อนทางยาและรายงานประจำเดือนของแผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง ในภาคเหนือ ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2562 ถึง 31 ธันวาคม พ.ศ. 2564 วิเคราะห์ข้อมูลด้วย สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่และร้อยละ และประเมินความรุนแรงตามเกณฑ์ของ The National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention (NCC MERP)

ผลการศึกษา พบความคลาดเคลื่อนทางยา 3,879 ครั้ง จากจำนวนวันนอนทั้งหมด 225,764 วัน คิดเป็นอัตราการเกิด 17.18 ครั้งต่อ 1,000 วันนอน ส่วนใหญ่เกิดในขั้นตอนการสั่งใช้ยา (ร้อยละ 43.3) และขั้นตอนก่อนจ่ายยา (ร้อยละ 29.7) ระดับความรุนแรงส่วนใหญ่อยู่ในระดับ Category B (มีความคลาดเคลื่อนแต่ไม่เป็นอันตรายต่อผู้ป่วย) ร้อยละ 55.83 รองลงมาคือ Category A (ร้อยละ 38.91) และพบ Category F (ก่อให้เกิดอันตรายชั่วคราวและต้องยืดระยะเวลาการรักษา) จำนวน 1 ครั้ง (ร้อยละ 0.03) อัตราการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาต่อ 1,000 วันนอน พบมากที่สุดในแผนกออร์โธปิดิกส์ (10.6 ครั้ง) ลักษณะที่เกี่ยวข้องกับการเกิดความคลาดเคลื่อน ได้แก่ ชื่อยา กลุ่มยา จำนวนวันนอน แผนกผู้ป่วยใน และเพศของแพทย์ผู้สั่งใช้ยา ความถี่ของความคลาดเคลื่อนทางยามี แนวโน้มลดลงในช่วงสามปีที่ศึกษา

ข้อมูลที่ได้แสดงให้เห็นว่าความคลาดเคลื่อนทางยาในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในภาคเหนือเกิดจากหลายปัจจัย ทั้งที่เกี่ยวข้องกับบุคลากร ระบบยา และสิ่งแวดล้อม ถึงแม้ว่าอัตราการเกิดมีแนวโน้มลดลง การลดความคลาดเคลื่อนอย่างยั่งยืนจำเป็นต้องแก้ไขอย่างครอบคลุมและต่อเนื่องรวมถึงการนำเทคโนโลยีมาใช้พัฒนาระบบยาเพื่อความปลอดภัยสูงสุดของผู้ป่วย

คำสำคัญ: ความคลาดเคลื่อนทางยา, ความปลอดภัยของผู้ป่วย, โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ, กระบวนการใช้ยา

[1]นิสิตแพทยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
[2]สาขาอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
[3]งานประกันคุณภาพ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
[4]ภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
*Corresponding author E-mail: thuchchais@nu.ac.th

Original Article

A Study of Medication Errors in the Inpatient Department of a Tertiary Hospital in Northern Thailand

Thornthan Sirichotti[1], Chettha Sanitna[1], Tosakom Laohaudomchok[1], Thikumporn Bumrerb[1], Thanita Tangchitvisut[1], Thanyasorn Chanchulalak[1]Totsapon Butmee[2], Kanokwan Pairkaow[3], Sakchai Chaiyamahapurk[4], Thuchchai Srisen[4*]

Abstract

Medication errors are a significant issue in healthcare systems, particularly in tertiary hospitals where complex medical treatments are administered. This retrospective study aimed to examine the prevalence and characteristics of medication errors, including stages of occurrence, severity levels, and incidence rates by inpatient department. Data were collected from medication error reports and monthly records of the inpatient department at a tertiary hospital in northern Thailand from January 1, 2019, to December 31, 2021. Data were analyzed using descriptive statistics including frequency and percentage, and severity levels were assessed using the criteria of the National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention (NCC MERP).

The study identified 3,879 medication errors from a total of 225,764 patient-days, representing an incidence rate of 17.18 errors per 1,000 patient-days. The majority occurred during the prescribing stage (43.3%) and the pre-dispensing stage (29.7%). Most errors were classified as Category B (no harm to patient, error did not reach the patient) at 55.83%, while Category A accounted for 38.91%. Category F (temporary harm requiring prolonged hospitalization) was found in 1 case (0.03%). The incidence rate per 1,000 patient-days was highest in the orthopedics department (10.6 errors). Characteristics associated with error occurrence included drug names, drug categories, length of hospital stay, inpatient departments, and the gender of the prescribing physician. The frequency of medication errors showed a decreasing trend over the three years studied.

These findings highlight that medication errors at a tertiary hospital in northern Thailand arise from multiple factors involving personnel, medication systems, and environmental conditions. Despite the observed decreasing trend, sustained reduction requires comprehensive and continuous intervention, including the adoption of technology to enhance medication systems and ensure optimal patient safety.

Keywords: Medication error, Patient safety, Tertiary hospital, Medication use process

*Corresponding author E-mail: thuchchais@nu.ac.th

บทนำ

ความคลาดเคลื่อนทางยา (Medication error) หมายถึง ความคลาดเคลื่อนที่เกิดในกระบวน การใช้ยา (Medication use processes) ตั้งแต่การสั่งใช้ยา (Prescribing error) การถ่ายทอดคำสั่งใช้ยา (Transcribing error) ก่อนจ่ายยาและจ่ายยา (Pre-Dispensing and dispensing error) และการบริ หารยา (Administration error) ความคลาดเคลื่อนทางยาสามารถเกิดได้ในทุกขั้นตอนของกระบวนการ ใช้ยาทั้งที่เกี่ยวข้องกับสหวิชาชีพและเชิงระบบ

องค์การอนามัยโลก[1] ได้สรุปว่าปัจจัยที่มีผลต่อความคลาดเคลื่อนทางยา ได้แก่ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับบุคลากรทางการแพทย์ ผู้ป่วย สิ่งแวดล้อมในการปฏิบัติงาน ยา การปฏิบัติงาน และระบบข้อมูล สารสนเทศ ซึ่งปัจจัยดังกล่าวเป็นปัจจัยที่สามารถป้องกันได้ โดยการออกแบบระบบและกระบวนการดู แลผู้ป่วยองค์การอนามัยโลกได้กำหนดเป้าหมายในการลดระดับความรุนแรงจากความคลาดเคลื่อนในการใช้ยาที่ป้องกันได้ลงอย่างน้อยร้อยละ 50 ภายใน 5 ปี

การเก็บข้อมูลความคลาดเคลื่อนทางยาจะมีรูปแบบการรายงานในลักษณะการจัดกลุ่มตามระดับความรุนแรง โดยใช้เกณฑ์ของ The National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention (NCC MERP) แบ่งเป็น 9 ระดับ ตั้งแต่ A ถึง I โดย Category A คือ ไม่มีความคลาดเคลื่อนแต่มีความเสี่ยง Category B คือ มีความคลาดเคลื่อนแต่ไม่เป็นอันตราย Category C คือ ความคลาดเคลื่อนถึงผู้ป่วยแต่ไม่เป็นอันตราย Category D คือ ต้องมีการติดตามเพิ่มเติม Category E คือ เป็นอันตรายชั่วคราวและต้องได้รับการรักษา Category F คือ เป็นอันตรายชั่วคราว และต้องรักษา ในโรงพยาบาล Category G คือ เป็นอันตรายถาวร Category H คือ เกือบเสียชีวิต และ Category I คือ เสียชีวิต

สถานการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยาในประเทศไทยมีรายงานพบในหลายโรงพยาบาล การศึกษาของปัญญฉัตร ซอสุขไพบูลย์[11] ในโรงพยาบาลขนาดใหญ่แห่งหนึ่ง พบว่าความคลาดเคลื่อน ทางยา ส่วนใหญ่เกิดในกระบวนการสั่งใช้ยาและกระบวนการก่อนจ่ายยา การศึกษาของลลิดา เหล่าหว้าน และคณะ[9] ที่หอผู้ป่วยอายุรกรรมโรงพยาบาลศรีนครินทร์ พบความคลาดเคลื่อนทางยา ในกระบวนการก่อนจ่ายยาสูงถึงร้อยละ 1.53 โดยสาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากยาที่มีชื่อพ้องมองคล้ายกัน (Look-alike Sound-alike drug: LASA drug) และการศึกษาของพุทธชาติ ฉันทภัทรางกูร[13] ที่โรงพยาบาลบางสะพาน พบความรุนแรงระดับ Category B มากที่สุด ซึ่งสอดคล้องกับการ ศึกษาในต่างประเทศสะท้อนให้เห็นว่าความคลาดเคลื่อนทางยาเป็นปัญหาที่พบได้ทั่วไปในระบบสุขภาพ ของประเทศไทย

การศึกษาความคลาดเคลื่อนทางยาในกลุ่มผู้ป่วยในมีความสำคัญ เนื่องจากผู้ป่วยใน มักมีอาการรุนแรงหรือซับซ้อนและอาจต้องได้รับยาหลายชนิดพร้อมกัน งานวิจัยของ Bates และคณะ[2] พบว่าการใช้ยาที่ผิดพลาดในกลุ่มผู้ป่วยในเป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดอันตรายและภาวะแทรกซ้อนทาง สุขภาพ งานวิจัยของ Leape และคณะ[3] พบว่าผู้ป่วยในมีอัตราการเกิดความคลาดเคลื่อนทาง ยาสูงกว่าผู้ป่วยนอก เนื่องจากมีการใช้ยาในปริมาณมากและซับซ้อนกว่า และงานวิจัยของ Tully และคณะ[4] ชี้ให้เห็นว่าจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล ประเภทของยาที่ใช้ และขั้นตอนการสั่งจ่ายยา ล้วนส่งผลต่อการเกิดความคลาดเคลื่อนในกลุ่มผู้ป่วยใน

จากข้อมูลข้างต้น คณะผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาความชุกของการเกิดความคลาดเคลื่อน ทางยาของแผนกผู้ป่วยในของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในภาคเหนือ ซึ่งเป็นโรงพยาบาล ระดับตติยภูมิขั้นสูง (Super tertiary care) มีจำนวนเตียง 471 เตียง และมีผู้ป่วยในประมาณ 20,000 รายต่อปี เพื่อ (1) ศึกษาความชุกของการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยา (2) ศึกษาประเภทและลักษณะของ ความคลาดเคลื่อนทางยาในกระบวนการใช้ยา (3) ศึกษาระดับความรุนแรงของการเกิดความคลาด เคลื่อนทางยา และ (4) ศึกษาลักษณะที่เกี่ยวข้องกับการเกิด

ความคลาดเคลื่อนทางยา ข้อมูลที่ได้จะเป็น ประโยชน์ต่อการพัฒนามาตรการป้องกันและเพิ่มคุณภาพการรักษาพยาบาลเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยต่อไป

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบย้อนหลัง (Descriptive retrospective study) เก็บข้อมูลจากรายงานประจำเดือนเกี่ยวกับความคลาดเคลื่อนทางยาของแผนกผู้ป่วยใน จำนวนวันนอนของผู้ป่วยใน และรายงานประจำเดือนของแผนกเภสัชกรรม ของโรงพยาบาลระดับ ตติยภูมิแห่งหนึ่งในภาคเหนือ ระหว่างวันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2562 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ. 2564

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง: รายงานความคลาดเคลื่อนทางยาทั้งหมดที่เกิดขึ้นในแผนกผู้ป่วยใน ในช่วงเวลาที่ศึกษา เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) คือ รายงานความคลาดเคลื่อนทางยาทุกราย การที่มีข้อมูลครบถ้วนสมบูรณ์ในช่วงเวลาที่ศึกษา เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) คือ รายงานที่มี ข้อมูลไม่ครบถ้วน เช่น ไม่ระบุขั้นตอนที่เกิดความคลาดเคลื่อน ไม่ระบุระดับความรุนแรง หรืออยู่นอกเหนือ ช่วงเวลาที่กำหนด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและตัวแปรที่ศึกษา

เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบบันทึกข้อมูลวิจัย (Data recording form) ซึ่งเป็นแบบตรวจสอบรายการ (Checklist) ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากฐานข้อมูลของหน่วยงานพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาล โดยข้อมูลดังกล่าวถูกบันทึกโดยบุคลากรทางการแพทย์ (เภสัชกร พยาบาล และแพทย์) ที่ตรวจพบความคลาดเคลื่อน และนำเข้าสู่โปรแกรม Microsoft Excel โดยหน่วยงานพัฒนาคุณภาพ ตัวแปรที่ศึกษา ประกอบด้วย (1) ขั้นตอนที่เกิดความคลาดเคลื่อน ได้แก่ กระบวนการสั่งใช้ยา (Prescribing) กระบวนการถ่ายทอดคำ สั่งใช้ยา (Transcribing) กระบวนการก่อนจ่ายยา (Pre-dispensing) กระบวนการจ่ายยา (Dispensing) และกระบวนการบริหารยา (Administration) (2) ลักษณะของความคลาดเคลื่อนในแต่ละขั้นตอน วัดโดยการจำแนกตามประเภทที่กำหนดโดยโรงพยาบาล เช่น ยาผิดชนิด ผิดขนาด ผิดความแรง ฯลฯ (3) ระดับความรุนแรงของความคลาดเคลื่อนทางยา วัดโดยใช้เกณฑ์ NCC MERP (Category A–I) (4) อัตราการเกิดความคลาดเคลื่อนต่อ 1,000 วันนอนจำแนกตามแผนกผู้ป่วยใน (5) ชื่อยาและกลุ่มยาที่เกิดความคลาดเคลื่อนสูงสุด และ (6) เพศของแพทย์ผู้สั่งใช้ยา

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่และร้อยละ เพื่อตอบวัตถุประสงค์ทั้ง 4 ข้อ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ ส่วนการประเมินระดับความรุนแรง ใช้เกณฑ์ NCC MERP

ข้อพิจารณาทางด้านจริยธรรม

การศึกษานี้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัย โดยคณะกรรมการ จริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ เลขที่ COA No.354/2022 IRB No.P3-0067/2565 ลงวันที่ 17 สิงหาคม พ.ศ. 2565

ผลการศึกษา

วัตถุประสงค์ที่

ความชุกของการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยา จากการศึกษาย้อนหลัง 3 ปี พบรายการความคลาดเคลื่อนทางยาทั้งหมด 3,879 รายการ โดยมีรายการที่ข้อมูลไม่สมบูรณ์ และถูกคัดออก จำนวน 228 รายการ (ร้อยละ 5.6) เหลือรายการที่นำมาวิเคราะห์ จำนวน 3,651 รายการ พบจำนวนวันนอนผู้ป่วยในรวม 3 ปี ทั้งหมด 225,764 วัน

คิดเป็นอัตราการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยา 17.18 ครั้งต่อ 1,000 วันนอน และเมื่อพิจารณารายปี พบว่าอัตราการเกิดความคลาดเคลื่อน มีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่องจากร้อยละ 37.11 ในปี พ.ศ. 2562 เป็นร้อยละ 35.98 ในปี พ.ศ. 2563 และร้อยละ 26.83 ในปี พ.ศ. 2564

ประเภทและลักษณะของการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยา จำแนกตามกระบวนการใช้ยา พบว่าในแต่ละปี กระบวนการสั่งใช้ยา (Prescribing) เกิดความคลาดเคลื่อนมากที่สุด รองลงมาคือกระบวนการก่อนจ่ายยา (Pre-dispensing) และกระบวนการถ่ายทอดคำสั่งใช้ยา (Transcribing) ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 1 สำหรับลักษณะของความคลาดเคลื่อนใน กระบวน การสั่งใช้ยา พบว่าเกิดจากการสั่งยาผิดขนาดหรือบริหารยาผิดมากที่สุด จำนวน 576 ครั้ง (ร้อยละ 34.3 ของความคลาดเคลื่อนในกระบวนการสั่งใช้ยาทั้งหมด) รองลงมาคือความแรงยาผิด/ไม่ระบุ จำนวน 320 ครั้ง (ร้อยละ 19.0) และผู้ป่วยมีข้อบ่งห้าม จำนวน 221 ครั้ง (ร้อยละ 13.2) ส่วนความคลาดเคลื่อนใน กระบวนการถ่ายทอดคำสั่งใช้ยา กระบวนการก่อนจ่ายยา กระบวนการจ่ายยา และกระบวน การบริหารยา พบลักษณะคล้ายคลึงกันใน 3 อันดับแรก ได้แก่ ยาผิดชนิด ผิดขนาด และผิดความแรงยา

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ และลักษณะความคลาดเคลื่อนทางยาจำแนกตามกระบวนการใช้ยา ระหว่าง 1 มกราคม พ.ศ. 2562 ถึง 31 ธันวาคม พ.ศ. 2564

ประเภทและลักษณะของความคลาดเคลื่อนทางยา	ปี 2562 N (%)	ปี 2563 N (%)	ปี 2564 N (%)	รวม 3 ปี N (%)
การสั่งใช้ยา (Prescribing)	690 (47.9)	586 (42.0)	404 (38.8)	1,680 (43.3)
- ขนาด/วิธีบริหารยาผิด/ไม่ระบุ				576 (34.3)
- ความแรงยาผิด/ไม่ระบุ				320 (19.0)
- ผู้ป่วยมีข้อบ่งห้าม				221 (13.2)
- ไม่สั่งยาที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องใช้	–	–	–	217 (12.9)
- ชนิดยาผิด/ไม่ชัดเจน				95 (5.7)
- ซ้ำซ้อน				69 (4.1)
- รูปแบบยาผิด/ไม่ระบุ				47 (2.8)
- อื่น ๆ				135 (8.0)
การถ่ายทอดคำสั่งใช้ยา (Transcribing)	255 (17.7)	168 (12.0)	138 (13.3)	561 (14.5)
กระบวนการก่อนจ่ายยา (Pre-dispensing)	383 (26.6)	395 (28.3)	374 (35.9)	1,152 (29.7)
กระบวนการจ่ายยา (Dispensing)	100 (6.9)	96 (6.9)	48 (4.6)	244 (6.3)
การบริหารยา (Administration)	14 (0.9)	151 (10.8)	77 (7.4)	242 (6.2)
รวม	**1,442 (100)**	**1,396 (100)**	**1,041 (100)**	**3,879 (100)**

หมายเหตุ: ร้อยละในลักษณะของความคลาดเคลื่อนในกระบวนการสั่งใช้ยาคิดจากยอดรวม 3 ปี (n=1,680)

ความชุกของการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาจำแนกตามแผนกผู้ป่วยใน (วัตถุประสงค์ที่ 1 เพิ่มเติม) เมื่อพิจารณาอัตราการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาในกระบวนการสั่งใช้ยาต่อ 1,000 วันนอนจำแนกตาม แผนก พบว่าแผนกออร์โธปิดิกส์มีอัตราสูงสุด 10.6 ครั้งต่อ 1,000 วันนอน รองลงมาคือแผนกอายุรศาสตร์ 8.4 ครั้ง และแผนกศัลยศาสตร์ 8.3 ครั้งต่อ 1,000 วันนอน อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาจำนวนครั้งที่เกิดขึ้นจริงทั้งหมด

แผนกอายุรศาสตร์มีจำนวนความคลาดเคลื่อนสูงสุด 632 ครั้ง (ร้อยละ 37.7) ซึ่งสอดคล้องกับการที่มีจำนวนวันนอนรวมสูงสุดในทุกปีที่ศึกษา (75,436 วัน)

ลักษณะที่เกี่ยวข้องกับการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยา ประกอบด้วย 1) ชื่อยาที่เกิดความคลาดเคลื่อนสูงสุด 3 อันดับแรก ได้แก่ Cefazolin (ร้อยละ 2.7) Warfarin (ร้อยละ 2.1) และ Ceftriaxone (ร้อยละ 1.9) 2) กลุ่มยาที่เกิดความคลาดเคลื่อนสูงสุด ได้แก่ ยาปฏิชีวนะ (ร้อยละ 15.1) ยาลดความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 10.7) และยาบรรเทาอาการปวด (ร้อยละ 7.9) 3) แผนกที่มี จำนวนวันนอนรวม 3 ปีสูงสุด ได้แก่ อายุรศาสตร์ (75,436 วัน) ศัลยศาสตร์ (51,200 วัน) และสูติ-นรีเวชศาสตร์ (28,594 วัน) 4) เพศของแพทย์ผู้สั่งใช้ยา พบว่าความคลาดเคลื่อนในกระบวนการสั่งใช้ยา (1,683 ครั้ง) เกิดจากแพทย์เพศชายมากกว่า (ร้อยละ 61.4) เมื่อเทียบกับแพทย์เพศหญิง (ร้อยละ 38.6) แม้ว่าจำนวนแพทย์เพศหญิงจะมีมากกว่า

ระดับความรุนแรงจากการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยา จากรายการที่มีข้อมูลครบ ถ้วน 3,822 ครั้งเมื่อประเมินตามเกณฑ์ NCC MERP พบว่าส่วนใหญ่อยู่ในระดับ Category B (มีความคลาดเคลื่อน แต่ไม่เป็นอันตรายต่อผู้ป่วย เนื่องจากความคลาดเคลื่อนไม่ถึงผู้ป่วย) จำนวน 2,134 ครั้ง (ร้อยละ 55.83) รองลงมาคือ Category A (ยังไม่เกิดความคลาดเคลื่อนแต่มีความเสี่ยง) จำนวน 1,487 ครั้ง (ร้อยละ 38.91) Category C จำนวน 114 ครั้ง (ร้อยละ 2.98) Category D จำนวน 63 ครั้ง (ร้อยละ 1.65) Category E จำนวน 23 ครั้ง (ร้อยละ 0.60) และ Category F (เป็นอันตรายชั่วคราวต้อง ยืดระยะการรักษา) จำนวน 1 ครั้ง (ร้อยละ 0.03) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ระดับความรุนแรงของความคลาดเคลื่อนทางยาตามเกณฑ์ NCC MERP

ระดับ	ความหมาย	จำนวน (ครั้ง)	ร้อยละ
A	ไม่มีความคลาดเคลื่อนแต่มีความเสี่ยงหรือปัจจัยส่งเสริม	1,487	38.91
B	มีความคลาดเคลื่อนแต่ไม่เป็นอันตรายต่อผู้ป่วย (ความคลาดเคลื่อนไม่ถึงผู้ป่วย)	2,134	55.83
C	ความคลาดเคลื่อนถึงผู้ป่วยแล้วแต่ไม่เป็นอันตราย	114	2.98
D	ไม่เป็นอันตรายแต่ต้องมีการติดตามผู้ป่วยเพิ่มเติม	63	1.65
E	เป็นอันตรายชั่วคราว ต้องได้รับการรักษาหรือแก้ไขเพิ่มเติม	23	0.60
F	เป็นอันตรายชั่วคราว ต้องรักษาในโรงพยาบาลหรือยืดระยะเวลาการรักษา	1	0.03
G–I	อันตรายถาวร / เกือบเสียชีวิต / เสียชีวิต	0	0
รวม*		**3,822**	**100**

*หมายเหตุ: *รวมเฉพาะรายการที่มีข้อมูลระดับความรุนแรงครบถ้วน (3,822 ครั้ง จากทั้งหมด 3,879 ครั้ง)*

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

การเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาเป็นความเสี่ยงสำคัญต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย มีรายงานว่าความคลาดเคลื่อนทางการแพทย์ที่สามารถป้องกันได้เป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยเสียชีวิตในสหรัฐอเมริกาอย่างน้อย 44,000 ราย[5] และมากถึง 98,000 รายต่อปี[6] ดังนั้นการศึกษาการเกิดความคลาด เคลื่อนทางยาจึงมีความสำคัญต่อการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา (1) ความชุกของการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยา (2) ประเภทและลักษณะของความคลาดเคลื่อน (3) ระดับความรุนแรง และ (4) ลักษณะที่เกี่ยวข้องกับการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยา ซึ่งจะนำเสนอตาม ลำดับวัตถุประสงค์ดังต่อไปนี้

วัตถุประสงค์

ความชุกของการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยา พบอัตราการเกิดความคลาด เคลื่อนทางยา 17.18 ครั้งต่อ 1,000 วันนอน และมีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่องในช่วง 3 ปีที่ศึกษา โดยลดจากร้อยละ 37.11 ในปี พ.ศ. 2562 เป็นร้อยละ 26.83 ในปี พ.ศ. 2564 โรงพยาบาลนี้ สามารถลดความรุนแรงจากการใช้ยาลงได้ร้อยละ 43.48 ภายใน 3 ปี ซึ่งใกล้เคียงกับเป้าหมายของ องค์การอนามัยโลกที่กำหนดให้ลดลงร้อยละ 50 ภายใน 5 ปี

ประเภทและลักษณะของความคลาดเคลื่อนทางยา ประเภทของความคลาด เคลื่อนทางยาที่เกิดมากที่สุด คือกระบวนการสั่งใช้ยาซึ่งรับผิดชอบโดยแพทย์ โดยลักษณะที่ พบมากที่สุดคือการสั่งยาผิดขนาดหรือบริหารยาผิดวิธี ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากความหลากหลายของ ยาในโรงพยาบาลและแนวทางเวชปฏิบัติที่มีการปรับเปลี่ยนอยู่ตลอด สอดคล้องกับงานวิจัยของ Alyami[7] และรายงานประจำปีของโรงพยาบาลสอยดาว[8]

ลักษณะการเกิดความคลาดเคลื่อนในกระบวนการก่อนจ่ายยาและจ่ายยา ที่เกิดจากการจ่ายยาผิดชนิด เกิดจากยาที่มีชื่อพ้อง-มองคล้ายกัน (Look-alike sound-alike drug หรือ LASA drug) ภาระงานของเภสัชกรที่มากเกินไป จำนวนบุคลากรที่น้อย และรูปแบบการทำงานที่ต้องแข่งกับเวลา สอดคล้องกับการศึกษาของลลิดา เหล่าหว้าน[9] และ Aldhwaihi[10]

แผนกที่มีอัตราการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาต่อ 1,000 วันนอนสูงสุดคือแผนกออร์โธปิดิกส์ ในขณะที่แผนกอายุรศาสตร์มีจำนวนครั้งที่เกิดขึ้นจริงทั้งหมดสูงสุด เนื่องจากมีจำนวนวันนอนสูงสุด และความซับซ้อนของการใช้ยามากกว่าแผนกอื่น ดังนั้นการวิเคราะห์ต้องพิจารณาทั้งอัตราต่อ 1,000 วันนอนและจำนวนครั้งที่เกิดขึ้นจริงทั้งหมดควบคู่กัน สอดคล้องกับการศึกษา ของ Alyami[7]

ลักษณะที่เกี่ยวข้องกับการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยา ยาที่เกิดความคลาด เคลื่อนมากที่สุดคือ Cefazolin ซึ่งมักใช้ป้องกันการติดเชื้อทางศัลยกรรม หากไม่ได้ตรวจสอบ ประวัติการแพ้ยาก็อาจเกิดอันตรายได้ ส่วน Warfarin เป็นยาที่มีดัชนีการรักษาแคบ ต้องติดตามค่า International Normalized Ratio (INR) อย่างใกล้ชิด และมีความซับซ้อนของเภสัชจลนศาสตร์ รวม ถึงปฏิกิริยาระหว่างยาและอาหาร กลุ่มยาที่เกิดความคลาดเคลื่อนมากที่สุดคือยาปฏิชีวนะ เนื่องจาก มีความหลากหลายของชนิด ขนาด และรูปแบบการบริหาร สอดคล้องกับการศึกษาของ Alyami[7]

เพศของแพทย์ผู้รักษาพบว่าแพทย์เพศชายมีความถี่ในการเกิดความคลาดเคลื่อนในกระบวนการสั่งใช้ยามากกว่าแพทย์เพศหญิง ถึงแม้ว่าจำนวนแพทย์เพศหญิงจะมีมากกว่า ซึ่งอาจเกี่ยวข้องกับ ลักษณะทักษะการสื่อสารและการแลกเปลี่ยนข้อมูลที่แตกต่างกันระหว่างเพศ สอดคล้องกับงานวิจัยของ Unwin[12]

ระดับความรุนแรงของการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยา ระดับความรุนแรงที่ พบมากที่สุดคือ Category B (ร้อยละ 55.83) ซึ่งไม่เป็นอันตรายต่อผู้ป่วย เนื่องจากมีระบบตรวจทาน โดยพยาบาลและเภสัชกรก่อนส่งยาถึงผู้ป่วย อย่างไรก็ตาม พบระดับความรุนแรงที่ก่อให้เกิด อันตรายต่อผู้ป่วย (Category E-F) จำนวน 24 ครั้ง (ร้อยละ 0.63) ซึ่งระดับ Category F เกิดจากแพทย์ สั่งยา Amoxicillin ในผู้ป่วยที่มีประวัติการแพ้ Penicillin โดยไม่ได้รับการตรวจสอบจนยาถึงผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยเกิดผื่นคันรุนแรงทั่วร่างกาย สอดคล้องกับการ ศึกษาของพุทธชาติ ฉันทภัทรางกูร[13]

จากข้อมูลดังกล่าว จึงควรนำผลการวิจัยนี้ไปวางแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะ (1) การเพิ่มความเข้มงวดในการตรวจสอบประวัติการแพ้ยาก่อนสั่งยาทุกครั้ง (2) การนำ เทคโนโลยีสนับสนุนระบบการสั่งจ่ายยา เช่น Computerized Physician Order Entry (CPOE) (3) การพัฒนาศักยภาพบุคลากรทางการแพทย์ให้ตระหนักถึงความสำคัญของความปลอดภัยด้านยา และ (4) การส่งเสริมวัฒนธรรมความปลอดภัยในองค์กร เพื่อให้บุคลากร รายงานความคลาดเคลื่อนได้อย่าง เปิดเผยโดยไม่กลัวการถูกตำหนิ

ข้อจำกัดและข้อเสนอแนะในงานวิจัย

การศึกษานี้มีข้อจำกัดในการวิเคราะห์เชิงลึกของลักษณะการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาในกระบวนการถ่ายทอดคำสั่ง กระบวนการจ่ายยา และกระบวนการบริหารยา เนื่องจากความไม่สมบูรณ์ ของข้อมูลในรายงานประจำเดือน นอกจากนี้การศึกษาใช้สถิติเชิงพรรณนาเท่านั้น ไม่ได้วิเคราะห์เชิง สถิติเพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร การศึกษาในอนาคตควรเก็บข้อมูลให้ครบถ้วน ในทุกกระ บวนการและวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงด้วยสถิติเชิงวิเคราะห์ เพื่อพัฒนามาตรการป้องกันได้อย่างมีประสิทธิ ภาพมากขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่านที่ทำให้งานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี ขอขอบคุณหน่วยงานพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในภาคเหนือ ที่ให้การสนับ สนุนในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Medication Errors; Technical Series on Safer Primary Care. Geneva: World Health Organization; 2016.
2. Bates DW, Cullen DJ, Laird N, Petersen LA, Small SD, Servi D, et al. Incidence of adverse drug events and potential adverse drug events. Implications for prevention. JAMA. 1995;274(1):29-34.
3. Leape LL, Bates DW, Cullen DJ, Cooper J, Demonaco HJ, Gallivan T, et al. Systems analysis of adverse drug events. JAMA. 1995;274(1):35-43.
4. Tully MP, Ashcroft DM, Dornan T, Lewis PJ, Taylor D, Wass V. The causes of and factors associated with prescribing errors in hospital inpatients: a systematic review. Drug Saf. 2009;32(10):819-36.
5. Thomas EJ, Studdert DM, Burstin HR, Orav EJ, Zeena T, Williams EJ, et al. Incidence and Types of Adverse Events and Negligent Care in Utah and Colorado. Medical Care. 2000;38(3):261-71.
6. Brennan TA, Leape LL, Laird NM, Hebert L, Localio AR, Lawthers AG, et al. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients: Results of the Harvard Medical Practice Study I. N Engl J Med. 1991;324:370-6.
7. Alyami MH, Naser AY, Alswar HS, Alyami HS, Alyami AH, Al Sulayyim HJ. Medication errors in Najran, Saudi Arabia: Reporting, responsibility, and characteristics: A cross-sectional study. Saudi Pharm J. 2022;30(4):329-36.
8. เมธาวี ศรีรัตนโชตชัย. รายงานประจำปี: ความคลาดเคลื่อนทางยา (IPD). กลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค โรงพยาบาลสอยดาว จังหวัดจันทบุรี; 2560.
9. ลลิดา เหล่าห้วน, อนาคาพงศ์ ผุนมณี, สมน อนุทัชชวาล, เพียงขวัญ นาครัตนโชติ, อุไรวรรณ ไชยแช่มรีต. ความคลาดเคลื่อนทางยาในหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลศรีนครินทร์. วารสารแพทยศาสตร์ มข. 2558;1(3):39-49.
10. Aldhwaihi K, Schifano F, Pezzolesi C, Umaru N. A systematic review of the nature of dispensing errors in hospital pharmacies. Integr Pharm Res Pract. 2016;5:1-10.

11. ปัญญฉัตร ซอสุขไพบูลย์. ความคลาดเคลื่อนทางยาที่รายงานด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ที่พัฒนาขึ้นในโรงพยาบาลขนาดใหญ่. วารสารเภสัชกรรมไทย. 2555;4:3-16.
12. Unwin E, Woolf K, Wadlow C, Dacre J, Potts HWW. Sex differences in medico-legal action against doctors: a systematic review and meta-analysis. BMC Med. 2015;13:172.
13. พุทธชาติ ฉันทภัทรางกูร. ความคลาดเคลื่อนทางยาของผู้ป่วยในโรงพยาบาลบางสะพาน จังหวัดประจวบคีรีขันธ์. วารสารหัวหินสุขใจ ไกลกังวล. 2560;2(2):17-22.

Received: 4 Oct. 2025, Revised: 25 Feb.2026
Accepted: 28 Mar.2026

บทความวิจัย

การศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ บ้านป่าปุ๊ ตำบลผาบ่อง อำเภอเมือง จังหวัดแม่ฮ่องสอน

วรัญญา มีวินัย[1], เปรมยุดา นวนหนักแน่น[2], วิลาวัลย์ รักไพรสายเพชร[2], สุภัสสรา ดีโชคชัย[2], วิโรจน์ วิถีนิติธรรม[2], กุลภรณ์ สงบสันติสุข[2], พัชรี วงศ์ฝั้น[3]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นใช้วิธีการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Study) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ และเพื่อศึกษาปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม ในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ บ้านป่าปุ๊ ตำบลผาบ่อง อำเภอเมือง จังหวัดแม่ฮ่องสอน ตามกรอบแนวคิด PRECEDE Framework ประกอบด้วย ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม เก็บข้อมูลจากผู้สูงอายุจำนวน 155 คน โดยแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 52.3) มีอายุเฉลี่ย 70.97 ปี การศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 49.0) สถานภาพสมรส (ร้อยละ 80.6) ไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 50.3) รายได้ต่ำกว่า 3,000 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 92.9) แหล่งรายได้หลัก คือ เบี้ยผู้สูงอายุ (ร้อยละ 82.6) อยู่กับคู่สมรส (ร้อยละ 72.3) และมีโรคประจำตัว (ร้อยละ 55.5) โดยโรคที่พบบ่อยที่สุดคือความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 38.7) สำหรับปัจจัยนำ พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีการตระหนักในสุขภาพในระดับมาก (ร้อยละ 87.8) ปัจจัยเอื้อ พบว่าผู้สูงอายุมีการเข้าถึงสถานบริการสาธารณสุขในระดับปานกลาง (ร้อยละ 54.2) และปัจจัยเสริม พบว่าผู้สูงอายุได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับมาก (ร้อยละ 67.1) และมีการรับรู้ข้อมูลข่าวสารในระดับปานกลาง (ร้อยละ 62.6) สำหรับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในระดับปานกลาง (ร้อยละ 89.1) โดยมีพฤติกรรมด้านการบริโภคอาหารในระดับปานกลาง (ร้อยละ 93.6) พฤติกรรมด้านการออกกำลังกายในระดับน้อย (ร้อยละ 61.2) และพฤติกรรมด้านการจัดการความเครียดในระดับปานกลาง (ร้อยละ 71.7) ข้อเสนอแนะจากการวิจัย ควรมีการพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่เข้าถึงได้ง่าย พัฒนานโยบายส่งเสริมการออกกำลังกายในผู้สูงอายุ พัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพที่เหมาะสม พัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และส่งเสริมสุขภาพจิตและการจัดการความเครียดในผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ : พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ, ผู้สูงอายุ

[1,2] นักศึกษาสาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน วิทยาลัยแม่ฮ่องสอน มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่ วิทยาเขตแม่ฮ่องสอน

[3] อาจารย์ประจำคณะสาธารณสุขศาสตร์ วิทยาลัยแม่ฮ่องสอน มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่ วิทยาเขตแม่ฮ่องสอน

*Corresponding author : \"E-mail\" waranyamiwinai@gmail.com

Original Article

A Study of Health Care Behaviors among Elderly People in Ban Pa Pu Village, Pha Bong Sub-district, Mueang District, Mae Hong Son Province

Waranya Miwinai[1], Premyuda Nuannaknaen[2], Wilawan Rakpraisaipet[2],Supassara Deechokchai[2], Wirot Witheenititham[2], Kunlaporn Sa-ngobsantisuk[2],Patcharee Vongfun[3]

Abstract

This study employed a descriptive design to examine health care behaviors among elderly people and to investigate predisposing factors, enabling factors, and reinforcing factors affecting health care behaviors of elderly residents in Ban Pa Pu Village, Pha Bong Sub-district, Mueang District, Mae Hong Son Province, based on the PRECEDE Framework. The framework comprises predisposing factors, enabling factors, and reinforcing factors. Data were collected from 155 elderly participants using questionnaires and analyzed using descriptive statistics. The results showed that the majority of elderly participants were female (52.3%), with a mean age of 70.97 years, primary education level (49.0%), married status (80.6%), unemployed (50.3%), monthly income below 3,000 baht (92.9%), with elderly allowance as the main source of income (82.6%), living with spouse (72.3%), and having chronic diseases (55.5%), with hypertension being the most common (38.7%). For predisposing factors, most elderly people had a high level of health awareness (87.8%). For enabling factors, elderly people had moderate access to healthcare services (54.2%). For reinforcing factors, elderly people received a high level of social support (67.1%) and had moderate access to health information (62.6%). Regarding health care behaviors, most elderly people had moderate-level health care behaviors (89.1%), with moderate dietary behaviors (93.6%), low exercise behaviors (61.2%), and moderate stress management behaviors (71.7%).Research recommendations include developing accessible healthcare services, promoting exercise policies for the elderly, developing appropriate health information systems, enhancing the capacity of village health volunteers, and continuously promoting mental health and stress management among the elderly.

Keywords : Health care behaviors, Elderly.

[1,2] Students of the Community Health , Mae Hong Son College, Chiang Mai Rajabhat University, Mae Hong Son Campus

[3] Lecturer, Faculty of Public Health, Mae Hong Son College, Chiang Mai Rajabhat University, Mae Hong Son Campus

*Corresponding author : \"E-mail\" waranyamiwinai@gmail.com

บทนำ

สถานการณ์ปัจจุบัน ผู้สูงอายุในประเทศต่างๆ ทั่วโลกมีจำนวนเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในปี พ.ศ. 2565 ประชากรสูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป มีจำนวน 1,109 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 14 ของประชากรทั้งหมดของโลก ซึ่งมีจำนวนประมาณ 8,000 ล้าน สำหรับประเทศไทย ในปีพ.ศ. 2564-2566 มีจำนวน ผู้สูงอายุ 12,241,512 คน 12,698,362 คน และ 13,064,929 คน ตามลำดับ ในจำนวนนี้เป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่อายุ 60 ปีขึ้นไปประมาณ 13 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 19 ของประชากรทั้งหมด ในขณะที่ประชากรรวมของประเทศไทยกำลังเพิ่มด้วยอัตราที่ช้าลงอย่างมากจนเหลือเพียงร้อยละ 0.4 ต่อปี ในปัจจุบันประชากรสูงอายุกลับเพิ่มขึ้นด้วยอัตราที่สูงมาก ประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปเพิ่มขึ้นด้วยอัตราประมาณร้อยละ 5 ต่อปี ประชากรอายุ 80 ปีขึ้นไปเพิ่มด้วยอัตราสูงมากกว่า ร้อยละ 6 ต่อปี[1]

การสูงวัยเป็นกระบวนการที่มีการเปลี่ยนแปลงในตนเองอย่างมาก ทั้งในด้านของร่างกาย จิตใจ และสังคม ดังนั้นพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ถูกต้องของผู้สูงอายุ จึงเป็นสิ่งที่ต้องให้ความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง พฤติกรรมการดูแลตนเอง (Self-Care Behavior) เป็นกิจกรรมการดูแลตนเอง นับตั้งแต่การป้องกันโรคไม่ให้เจ็บป่วย[2] การส่งเสริมสุขภาพให้ร่างกายแข็งแรง การบำบัดรักษา และการฟื้นฟูสภาพร่างกายและจิตใจภายหลังการเจ็บป่วย ผู้สูงอายุที่มีคุณภาพชีวิตที่ดีนั้นต้องเข้าถึงภาวะพฤฒพลัง (Active Ageing) ซึ่งประกอบด้วยองค์ประกอบหลัก 3 ส่วน คือ การมีสุขภาพที่ดี (Health) การมีส่วนร่วมในสังคม (Participation) และการมีหลักประกันหรือความมั่นคง (Security) การดูแลตนเองเป็นวิธีหนึ่งที่จะพัฒนา เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถพึ่งพาตนเองสอดคล้องกับ Orem ที่ได้กล่าวถึงการดูแลตนเองว่าเป็นการปฏิบัติที่บุคคลริเริ่มและกระทำด้วยตนเอง เพื่อรักษาไว้ซึ่งสุขภาพและสวัสดิภาพของตนเอง อีกทั้งการดูแลตนเองเป็นการกระทำที่มีเป้าหมาย มีระบบระเบียบเป็นขั้นตอน และเมื่อกระทำอย่างมีประสิทธิภาพจะมีส่วนช่วยให้โครงสร้างหน้าที่และพัฒนาการดำเนินไปถึงขีดสูงสุด ผู้สูงอายุที่รู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูงจึงเกิดแรงจูงใจที่จะกระทำการดูแลตนเอง ทำให้ความสามารถในการดูแลตนเองสูงขึ้น[3]

จากการทบทวนวรรณกรรมปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุพบว่า มีปัจจัยที่เข้ามาเกี่ยวข้องหลายๆ ด้านทั้งปัจจัยภายในตัวบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรสของผู้สูงอายุ รายได้ ระดับการศึกษา การรับรู้ในเรื่องของการดูแลสุขภาพ ลักษณะครอบครัว และปัจจัยภายนอกบุคคล ได้แก่ การเป็นสมาชิกและการเข้าร่วมกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุ การมีคู่มือการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ การมีผู้ที่สามารถพึ่งพาได้ การเข้าถึงระบบบริการสาธารณสุข หรือแม้กระทั้งการได้รับแรงสนับสนุนจากบุคคลภายในครอบครัว ชุมชน และจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเอง ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎี PRECEDE framework ดังนั้นคณะผู้วิจัยจึงได้นำทฤษฎีดังกล่าวมาใช้เป็นแนวทางในการศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ซึ่งได้แบ่งกลุ่มองค์ประกอยออกเป็น 3 กลุ่ม คือ ปัจจัยนำ (Predisposing factors) ปัจจัยเอื้อ (Enabling factors) และปัจจัยเสริม (Reinforcingfactors)

จังหวัดแม่ฮ่องสอนเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ โดยในปี 2565 มีผู้สูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) คิดเป็นร้อยละ 17.3 ของประชากรทั้งหมด[4] ซึ่งสูงกว่าค่าเฉลี่ยในหลายจังหวัดในภาคเหนือ เนื่องจากการลดลงของอัตราการเกิดและการเพิ่มขึ้นของอายุขัย ลักษณะเฉพาะของผู้สูงอายุในแม่ฮ่องสอน โดยผู้สูงอายุในจังหวัดแม่ฮ่องสอนมีการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำกัด ด้วยสภาพภูมิประเทศที่ห่างไกลและขาดโครงสร้างพื้นฐาน ผู้สูงอายุจำนวนมากยังประสบปัญหาในการเข้าถึงบริการสุขภาพ รวมไปถึงปัจจัยทางวัฒนธรรมและพฤติกรรมผู้สูงอายุในแม่ฮ่องสอนยังคงยึดติดกับวัฒนธรรมการดูแลสุขภาพแบบพื้นบ้าน เช่น การใช้สมุนไพรหรือการพึ่งพาแพทย์พื้นบ้าน ซึ่งบางครั้งอาจไม่เพียงพอต่อการรักษาโรคเรื้อรังและวิถีชีวิตพื้นบ้านของผู้สูงอายุในจังหวัดแม่ฮ่องสอน มีการบริโภคอาหารที่มีรสเค็มและอาหารหมักดอง เช่น หน่อไม้ดอง แหนม หรือน้ำพริกที่มีโซเดียมสูง ยังคงเป็นวิถีชีวิตของประชาชนในพื้นที่ ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดแม่ฮ่องสอน ข้อมูลจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแม่ฮ่องสอน (2565) ระบุว่าโรคเรื้อรังที่พบบ่อยที่สุดในผู้สูงอายุ ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 38.6 โรคเบาหวานร้อยละ 20.1 และโรคข้อเสื่อมร้อยละ 17.4[4]

จากสถานการณ์ที่กล่าวมาข้างต้น ผู้วิจัยและคณะจึงสนใจที่จะศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ทั้งนี้ถึงแม้จะมีงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุจำนวนไม่น้อยแต่เนื่องจากสังคมในปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ทั้งทางด้านสังคม วัฒนธรรม การดำเนินชีวิตของผู้คนและรูปแบบของครอบครัว ซึ่งงานวิจัยเรื่องนี้ทำการศึกษาในพื้นที่บ้านป่าปุ๊ ตำบลผาบ่อง อำเภอเมือง จังหวัดแม่ฮ่องสอน เนื่องจากพื้นที่ดังกล่าวมีความหลากหลายทั้งทางด้านเศรษฐกิจ สังคม และสุขภาพ คณะผู้วิจัยคาดว่าการศึกษาครั้งนี้จะเป็นประโยชน์ต่อชุมชน และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการพัฒนาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ และใช้เป็นข้อมูลในการวางแนวทางในการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น อีกทั้งจะทำให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถกำหนดนโยบายเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุให้ดียิ่งขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์ในการศึกษา

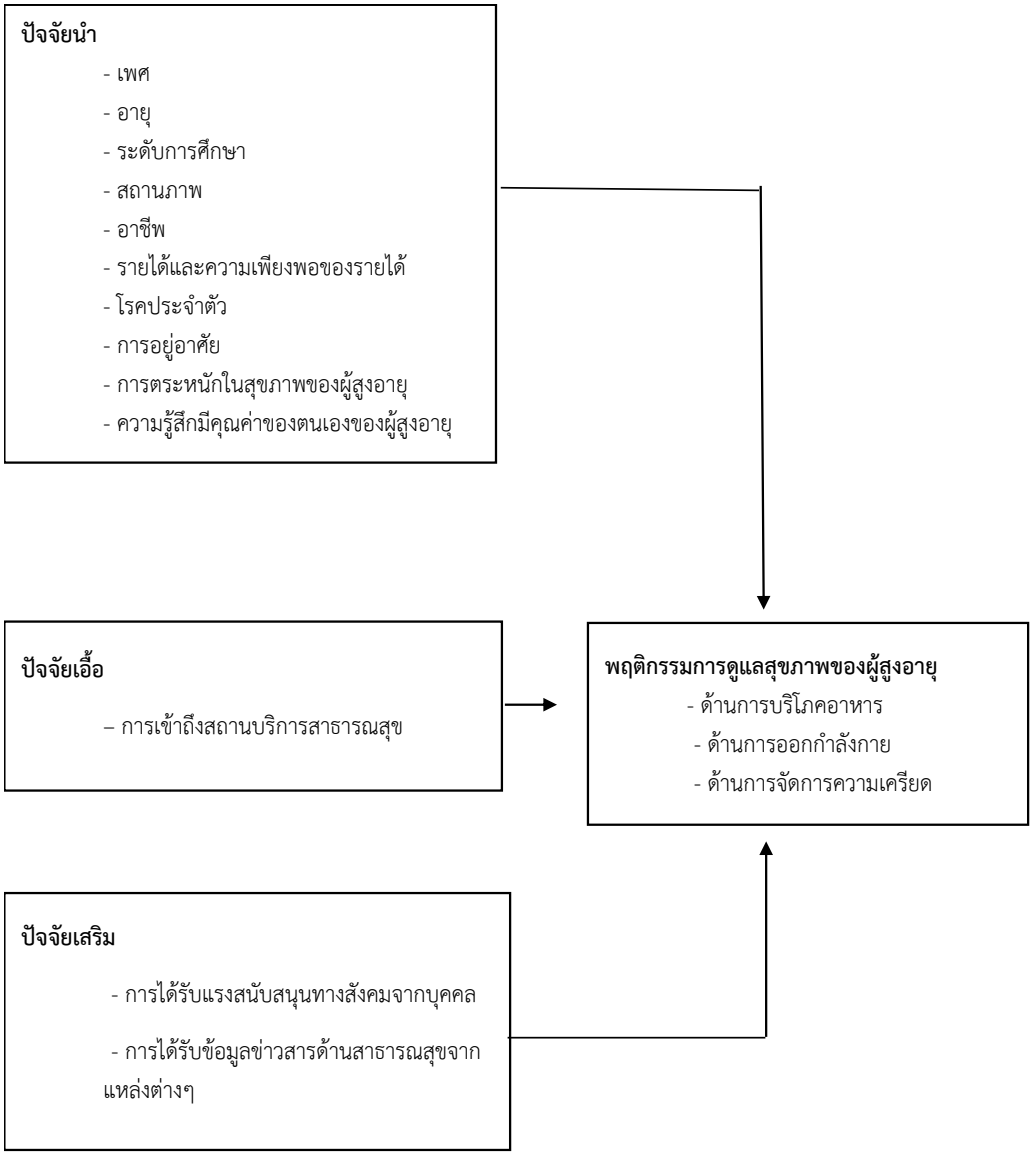
1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ บ้านป่าปุ๊ ตำบลผาบ่อง อำเภอเมือง จังหวัดแม่ฮ่องสอน
2. เพื่อศึกษาปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม ในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ บ้านป่าปุ๊ ตำบลผาบ่อง อำเภอเมือง จังหวัดแม่ฮ่องสอน

สมมุติฐานและกรอบแนวคิด

1. ทำให้ทราบถึงพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดแม่ฮ่องสอน เพื่อนำข้อมูลไปใช้ในการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดแม่ฮ่องสอน
2. ทำให้ทราบถึงปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม ในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ และสามารถนำมาใช้ในการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดแม่ฮ่องสอน

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจะประยุกต์ PRECEDE framework ของ Green and Kruete[5] นำมาสร้างเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยครั้งนี้ โดยเลือกศึกษาตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ได้แก่ ปัจจัยนำ คือ ปัจจัยที่จะช่วยทำให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ได้แก่ เพศ, อายุ, ระดับการศึกษา, สถานภาพ, อาชีพ, รายได้และความเพียงพอของรายได้, โรคประจำตัว, การดูแลสุขภาพของตนเอง, การอยู่อาศัย, การตระหนักในสุขภาพของผู้สูงอายุ และความรู้สึกมีคุณค่าของตนเองของผู้สูงอายุ ปัจจัยเอื้อ หมายถึง คุณลักษณะของสิ่งแวดล้อมทั้งด้านกายภาพและสังคมวัฒนธรรม ทักษะส่วนบุคคลหรือทรัพยากรที่จะช่วยเกื้อกูลที่ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการดูแล

สุขภาพที่ดี ได้แก่ การเข้าถึงสถานบริการสาธารณสุขหรือสถานบริการสุขภาพทั้งของรัฐและเอกชน และปัจจัยเสริม หมายถึง ปัจจัยที่เป็นผลสะท้อนที่บุคคลจะได้รับจากบุคคลต่างๆ ในการทำให้สร้างพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ซึ่งได้แก่ การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคล, การได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสาธารณสุขจากแหล่งต่างๆ มาสรุปเป็นกรอบแนวคิดการวิจัย โดยปรับจากกรอบแนวคิดของธนวิชญ์ แสนสองแคว[6]



วิธีการดำเนินการวิจัย

ในการศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ในเขตพื้นที่หมู่บ้านป่าปุ๊ ตำบลผาบ่อง อำเภอเมือง จังหวัดแม่ฮ่องสอน ผู้วิจัยใช้วิธีการเชิงพรรณนา (Descriptive Study) โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถาม (Questionnaires) กำหนดแนวทางในการดำเนินการ เก็บรวบรวมข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล โดยแบ่งรายละเอียดเนื้อหาสำคัญของระเบียบวิจัย ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิจัย ดังต่อไปนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในหมู่ที่ 2 บ้านป่าปุ๊ ตำบลผาบ่อง อำเภอเมือง จังหวัดแม่ฮ่องสอน มีจำนวนประชากรทั้งหมด 155 คน

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุทั้งหมด ในหมู่ที่ 2 บ้านป่าปุ๊ ตำบลผาบ่อง อำเภอเมือง จังหวัดแม่ฮ่องสอน จำนวน 155 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ลักษณะเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้ใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการจัดเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม และศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ หมู่ที่ 2 บ้านป่าปุ๊ ตำบลผาบ่อง อำเภอเมือง จังหวัดแม่ฮ่องสอน โดยเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามปัจจัยนำ

โดยประยุกต์ใช้เครื่องมือของสถิตย์ พงษ์เจตสุพรรณ[7] ในส่วนของปัจจัยนำ เพื่อให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุที่ตอบแบบสอบถาม และเพื่อให้เครื่องมือมีคุณภาพสามารถวัด และเก็บข้อมูลได้ ตามวัตถุประสงค์ โดยเป็นการสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลของผู้สูงอายุ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้และความพอเพียงของรายได้ แหล่งที่มาของรายได้ การอยู่อาศัย และโรคประจำตัว ลักษณะคำถามเป็นแบบคำถามปลายปิดแบบเลือกตอบ (Check list) และเติมข้อความ (Open ended) จำนวน 9 ข้อ และเป็นข้อมูลของผู้สูงอายุ ได้แก่ การตระหนักในสุขภาพของผู้สูงอายุ และความรู้สึกการมีคุณค่าของตนเอง จำนวน 6 ข้อ

โดยวัดเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ประยุกต์มาจากมาตรการวัดของลิเคิร์ท (Likert Scale) 5 ระดับ โดยผู้ศึกษาประยุกต์มาใช้ 3 ระดับ คือ มาก ปานกลาง และน้อย โดยให้เลือกตอบเพียง 1 ตัวเลือก โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน คำถามมีทั้งด้านบวกและด้านลบโดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

	คะแนนข้อคำถามเชิงบวก	**คะแนนข้อคำถามเชิงลบ**
มาก	3	1
ปานกลาง	2	2
น้อย	1	3

การแบ่งระดับ โดยอิงเกณฑ์ ดังนี้

ปัจจัยนำ : การตระหนักในสุขภาพของผู้สูงอายุ การแบ่งระดับโดยอิงเกณฑ์ ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 1.00 - 1.50 หมายถึง การตระหนักในสุขภาพของผู้สูงอายุ อยู่ในระดับน้อย

คะแนนเฉลี่ย 1.51 - 2.50 หมายถึง การตระหนักในสุขภาพของผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 2.51 - 3.00 หมายถึง การตระหนักในสุขภาพของผู้สูงอายุ อยู่ในระดับมาก

ปัจจัยนำ : ความรู้สึกการมีคุณค่าของตนเอง การแบ่งระดับโดยอิงเกณฑ์ ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 1.00 - 1.50 หมายถึง ความรู้สึกการมีคุณค่าของตนเองของผู้สูงอายุ อยู่ในระดับน้อย

คะแนนเฉลี่ย 1.51 - 2.50 หมายถึง ความรู้สึกการมีคุณค่าของตนเองของผู้สูงอายุ อยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 2.51 - 3.00 หมายถึง ความรู้สึกการมีคุณค่าของตนเองของผู้สูงอายุ อยู่ในระดับมาก

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามปัจจัยเอื้อ

โดยประยุกต์ใช้เครื่องมือของสถิตย์ พงษ์เจตสุพรรณ[7] ในส่วนของปัจจัยเอื้อ เพื่อให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุที่ตอบแบบสอบถาม และเพื่อให้เครื่องมือมีคุณภาพสามารถวัด และเก็บข้อมูลได้ตามวัตถุประสงค์ โดยเป็นการสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลของผู้สูงอายุ ได้แก่ การเข้าถึงสถานบริการสุขภาพ ลักษณะคำถามเป็นแบบคำถามปลายปิดแบบเลือกตอบ (Check list) จำนวน 5 ข้อ (ด้านบวก 4 ข้อ, ด้านลบ 1 ข้อ) โดยวัดเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ประยุกต์มาจากมาตรการวัดของลิเคิร์ท (Likert Scale) 5 ระดับ โดยผู้ศึกษาประยุกต์มาใช้ 3 ระดับ คือ มาก ปานกลาง และน้อย โดยให้เลือกตอบเพียง 1 ตัวเลือก โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน คำถามมีทั้งด้านบวกและด้านลบโดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

	คะแนนข้อคำถามเชิงบวก	**คะแนนข้อคำถามเชิงลบ**
มาก	3	1
ปานกลาง	2	2
น้อย	1	3

การแบ่งระดับ โดยอิงเกณฑ์ ดังนี้

ปัจจัยเอื้อ : การเข้าถึงสถานบริการสุขภาพ การแบ่งระดับโดยอิงเกณฑ์ ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 1.00 - 1.50 หมายถึง การเข้าถึงสถานบริการสุขภาพ อยู่ในระดับน้อย

คะแนนเฉลี่ย 1.51 - 2.50 หมายถึง การเข้าถึงสถานบริการสุขภาพ อยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 2.51 - 3.00 หมายถึง การเข้าถึงสถานบริการสุขภาพ อยู่ในระดับมาก

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามปัจจัยเสริม

โดยประยุกต์ใช้เครื่องมือของสถิตย์ พงษ์เจตสุพรรณ[7] ในส่วนของปัจจัยเสริม เพื่อให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุที่ตอบแบบสอบถาม และเพื่อให้เครื่องมือมีคุณภาพสามารถวัด และเก็บข้อมูลได้ตามวัตถุประสงค์ โดยเป็นการสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลของผู้สูงอายุ ได้แก่

1. แรงสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว บุคลากรสาธารณสุขและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 5 ข้อ (ด้านบวก 5 ข้อ)

2. การรับรู้ข้อมูลข่าวสารของผู้สูงอายุจำนวน 5 ข้อ (ด้านบวก 4 ข้อ, ด้านลบ 1 ข้อ) ลักษณะคำถามเป็นแบบคำถามปลายปิดแบบเลือกตอบ (Check list)

โดยวัดเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ประยุกต์มาจากมาตรการวัดของลิเคิร์ท (Likert Scale) 5 ระดับ โดยผู้ศึกษาประยุกต์มาใช้ 3 ระดับ คือ มาก ปานกลาง และน้อย โดยให้เลือกตอบเพียง 1 ตัวเลือก โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน คำถามมีทั้งด้านบวกและด้านลบโดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

	คะแนนข้อคำถามเชิงบวก	**คะแนนข้อคำถามเชิงลบ**
มาก	3	1
ปานกลาง	2	2
น้อย	1	3

การแบ่งระดับ โดยอิงเกณฑ์ ดังนี้

ปัจจัยเสริม : แรงสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว บุคลากรสาธารณสุขและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน การแบ่งระดับโดยอิงเกณฑ์ ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 1.00 - 1.50 หมายถึง แรงสนับสนุนจากครอบครัว, บุคลากรสาธารณสุขและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อยู่ในระดับน้อย

คะแนนเฉลี่ย 1.51 - 2.50 หมายถึง แรงสนับสนุนจากครอบครัว, บุคลากรสาธารณสุขและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 2.51 - 3.00 หมายถึง แรงสนับสนุนจากครอบครัว, บุคลากรสาธารณสุขและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อยู่ในระดับมาก

ปัจจัยเสริม : การรับรู้ข้อมูลข่าวสารของผู้สูงอายุ การแบ่งระดับโดยอิงเกณฑ์ ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 1.00 - 1.50 หมายถึง การรับรู้ข้อมูลข่าวสารของผู้สูงอายุ อยู่ในระดับน้อย

คะแนนเฉลี่ย 1.51 - 2.50 หมายถึง การรับรู้ข้อมูลข่าวสารของผู้สูงอายุ อยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 2.51 - 3.00 หมายถึง การรับรู้ข้อมูลข่าวสารของผู้สูงอายุ อยู่ในระดับมาก

ส่วนที่ 4 แบบวัดพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ

โดยประยุกต์ใช้เครื่องมือของธีรชัย พรหมคุณ[8] ในส่วนของพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ เพื่อให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุที่ตอบแบบสอบถาม และเพื่อให้เครื่องมือมีคุณภาพสามารถวัดและเก็บข้อมูลได้ตามวัตถุประสงค์ โดยเป็นการสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกาย และด้านการจัดการกับความเครียด โดยลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบเลือกตอบ จำนวน 20 ข้อ ประกอบด้วย 3 ด้าน

1. ด้านการบริโภคอาหาร จำนวน 7 ข้อ (ด้านบวก 5 ข้อ, ด้านลบ 2 ข้อ)
2. ด้านการออกกำลังกาย จำนวน 7 ข้อ (ด้านบวก 5 ข้อ, ด้านลบ 2 ข้อ)
3. ด้านการจัดการความเครียด จำนวน 6 ข้อ (ด้านบวก 5 ข้อ, ด้านลบ 1 ข้อ)

โดยวัดเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ประยุกต์มาจากมาตรการวัดของลิเคิร์ท (Likert Scale) 5 ระดับ โดยผู้ศึกษาประยุกต์มาใช้ 3 ระดับ คือ ปฏิบัติทุกครั้ง ปฏิบัติ บางครั้ง และไม่เคยปฏิบัติเลย โดยให้เลือกตอบเพียง 1 ตัวเลือก โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน คำถามมีทั้งด้านบวกและด้านลบโดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

	คะแนนข้อคำถามเชิงบวก	**คะแนนข้อคำถามเชิงลบ**
มาก	3	1
ปานกลาง	2	2
น้อย	1	3

ลักษณะคำถามเป็นแบบวัดมาตราส่วนประเมินค่า (Rating scale) มี 3 ระดับ คือ

ปฏิบัติทุกครั้ง หมายถึง ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมหรือปฏิบัติกิจกรรมในเรื่องนั้น เป็นประจำวันหรือตามที่กำหนด (5 วันขึ้นไปต่อสัปดาห์)

ปฏิบัติบางครั้ง หมายถึงผู้สูงอายุมีพฤติกรรมหรือปฏิบัติกิจกรรมในเรื่องนั้น เป็นบางวัน หรือบางครั้ง (2-4 วันต่อสัปดาห์)

ไม่เคยปฏิบัติเลย หมายถึงผู้สูงอายุมีพฤติกรรมหรือปฏิบัติกิจกรรมในเรื่องนั้น นานๆ ครั้งหรือไม่เคยปฏิบัติเลย (1 วันหรือไม่ปฏิบัติเลย)

การแบ่งระดับพฤติกรรม โดยอิงเกณฑ์ ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 1.00-1.50 หมายถึง ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการดูแลตนเอง อยู่ในระดับน้อย

ค่าเฉลี่ย 1.51-2.50 หมายถึง ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการดูแลตนเอง อยู่ในระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 2.51-3.00 หมายถึง ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการดูแลตนเอง อยู่ในระดับมาก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยและคณะนำแบบสอบถามจากสถิตย์ พงษ์เจตสุพรรณ[7] และธีรชัย พรหมคุณ[8] มาปรับใช้โดยนำร่างแบบสอบถามให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน โดยอาศัยดุลพินิจของผู้เชี่ยวชาญ โดยเลือกผู้เชี่ยวชาญด้านสาธารณสุข ที่มีวุฒิทางการศึกษาไม่ต่ำกว่าปริญญาโท เพื่อตรวจสอบความสอดคล้องของข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ โดยพิจารณาค่าดัชนีความสอดคล้องตามวัตถุประสงค์ (Index of Item Objective Congruence : IOC) ทั้งฉบับได้ค่าดัชนีความสอดคล้องตามวัตถุประสงค์ (Index of Item Objective Congruence : IOC) เท่ากับ 0.94 และได้นำร่างแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try out) กับประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ประชาชนบ้านพะโป่โหล่ ตำบลปางหมู อำเภอเมือง จังหวัดแม่ฮ่องสอน ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เพื่อหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถาม โดยใช้วิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาค ทั้งฉบับได้ค่าความเชื่อมั่น 0.75

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ศึกษาเอกสารและรายงานการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ (โดยนำมาปรับปรุงจากสถิตย์ พงษ์เจตสุพรรณ[7] และธีรชัย พรหมคุณ[8] เพื่อใช้เป็นแบบสอบถามที่ใช้ในการศึกษาในครั้งนี้)

2. นำร่างแบบสอบถามเสนอผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน โดยอาศัยดุลพินิจของผู้เชี่ยวชาญ โดยเลือกผู้เชี่ยวชาญด้านสาธารณสุข ที่มีวุฒิทางการศึกษาไม่ต่ำกว่าปริญญาโท เพื่อพิจารณาตรวจสอบความเที่ยงตรงด้านโครงสร้างเนื้อหาหลักวิชา ตลอดจนภาษา

3. นำร่างแบบสอบถามมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ ปรับปรุงแก้ไข และจัดพิมพ์แบบสอบถามฉบับสมบูรณ์

4. ขอหนังสือจากภาควิชาสาขาสาธารณสุขชุมชน มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่ วิทยาเขตแม่ฮ่องสอน เพื่อขออนุญาต และดำเนินการส่งเอกสารตอบรับยินยอมการเข้าร่วมวิจัย และเก็บข้อมูลหลังจากได้รับการตอบรับเข้าร่วมการวิจัย

5. ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยผู้วิจัยและคณะ

6. เก็บรวบรวมแบบสอบถาม และทำการตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามก่อนจะนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ตามวิธีการทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลจากการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาใช้โปรแกรมสำเร็จรูปในการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาในการวิเคราะห์โดยใช้ สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุดการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ได้ดำเนินการวิจัยโดยยึดหลักแนวทางจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยเคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ เคารพความเป็นส่วนตัว และตระหนักถึงสิทธิส่วนบุคคลของผู้เข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยแจ้งข้อมูลการวิจัยต่อกลุ่มตัวอย่างอย่างเพียงพอ การขอความยินยอมต่อกลุ่มตัวอย่างและเก็บรักษาความลับของข้อมูลวิจัย ซึ่งการวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่ ใบรับรองโครงการวิจัยเลขที่ IRBCMRU 2025/138.12.03 ลงวันที่ 17 มีนาคม 2568

ผลการวิจัย

1. ลักษณะทางประชากร

การศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ บ้านป่าปุ๊ ตำบลผาบ่อง อำเภอเมือง จังหวัดแม่ฮ่องสอน โดยใช้กลุ่มตัวอย่าง 155 คน ตามกรอบแนวคิด PRECEDE Framework ของ Green & Kreuter[5] สามารถสรุปผลการวิจัยได้ดังนี้

ปัจจัยนำ (Predisposing Factors)

ข้อมูลทั่วไป

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 52.3) มีอายุเฉลี่ย 70.97 ปี โดยกลุ่มอายุ 60-69 ปี มีสัดส่วนสูงสุด (ร้อยละ 47.1) ระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 49.0) และไม่ได้ศึกษา (ร้อยละ 44.5) สถานภาพสมรส (ร้อยละ 80.6) ไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 50.3) มีรายได้หลักจากเบี้ยผู้สูงอายุ (ร้อยละ 82.6) โดยรายได้เพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ (ร้อยละ 56.8) ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 55.5) โดยพบโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด (ร้อยละ 38.7) รองลงมา คือ โรคเบาหวาน (ร้อยละ 20.6) และโรคไขมันในเลือดสูง (ร้อยละ 11.6)

การตระหนักในสุขภาพของผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีการตระหนักในสุขภาพในระดับมาก (ร้อยละ 87.8) และมีการตระหนักในสุขภาพระดับปานกลาง (ร้อยละ 12.2) โดยไม่มีผู้สูงอายุคนใดมีการตระหนักในสุขภาพระดับน้อย ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ (ร้อยละ 83.2) ตระหนักถึงความจำเป็นในการตรวจสุขภาพ และเกือบทั้งหมด (ร้อยละ 93.5) ตระหนักว่าอายุที่เพิ่มขึ้นส่งผลต่อการเคลื่อนไหวที่ช้าลงและความจำที่เสื่อม

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละการตระหนักในสุขภาพของผู้สูงอายุ บ้านป่าปุ๊ ตำบลผาบ่อง อำเภอเมือง จังหวัดแม่ฮ่องสอน (n=155)

ข้อคำถาม	จำนวน(n=155)	ร้อยละ
ท่านคิดว่าการตรวจสุขภาพเป็นสิ่งจำเป็น		
ระดับน้อย	10	6.5
ระดับปานกลาง	16	10.3
ระดับมาก	129	83.2
ท่านคิดว่าเมื่อท่านอายุมากขึ้นการเคลื่อนไหวจะช้าลง		

ข้อคำถาม	จำนวน(n=155)	ร้อยละ
ระดับปานกลาง	10	6.5
ระดับมาก	145	93.5
ท่านคิดว่าผู้สูงอายุมักมีผิวหนังบาง เกิดแผลได้ง่าย		
ระดับน้อย	1	0.6
ระดับปานกลาง	42	27.1
ระดับมาก	112	72.3
ท่านคิดว่าผู้สูงอายุมักหลงลืมเรื่องต่างๆได้ง่าย		
ระดับปานกลาง	10	6.5
ระดับมาก	145	93.5
ท่านคิดว่าการช่วยเหลือตนเองได้ดี จะไม่เป็นภาระแก่ผู้อื่น		
ระดับน้อย	26	16.8
ระดับปานกลาง	42	27.1
ระดับมาก	87	56.1

ความรู้สึกมีคุณค่าของตนเองของผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความรู้สึกมีคุณค่าของตนเองในระดับมาก (ร้อยละ 75.5) รองลงมา คือระดับปานกลาง (ร้อยละ 23.9) และมีเพียง 1 คน (ร้อยละ 0.6) ที่มีความรู้สึกมีคุณค่าของตนเองในระดับน้อย โดยผู้สูงอายุส่วนใหญ่ (ร้อยละ 75.5) รู้สึกเป็นที่เคารพนับถือของลูกหลาน

ปัจจัยเอื้อ (Enabling Factors)

การเข้าถึงสถานบริการสาธารณสุข

ผู้สูงอายุมีการเข้าถึงสถานบริการสาธารณสุขในระดับปานกลาง (ร้อยละ 54.2) และระดับมาก (ร้อยละ 45.8) โดยไม่มีผู้สูงอายุคนใดที่มีการเข้าถึงบริการในระดับน้อย อย่างไรก็ตาม การเดินทางยังคงเป็นอุปสรรคสำคัญ โดยผู้สูงอายุส่วนใหญ่ (ร้อยละ 47.7) มีความไม่สะดวกในการเดินทางไปรับบริการในระดับปานกลาง ความพึงพอใจต่อการรับบริการโดยรวมอยู่ในระดับมาก (ร้อยละ 58.1)

ปัจจัยเสริม (Reinforcing Factors)

การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคล

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับมาก (ร้อยละ 67.1) และระดับปานกลาง (ร้อยละ 32.9) โดยไม่มีผู้สูงอายุคนใดที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับน้อย การสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขสูงที่สุด (ร้อยละ 80.6) รองลงมาคือการให้กำลังใจจากครอบครัว (ร้อยละ 69.7) และการสนับสนุนจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (ร้อยละ 54.8)

การได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสาธารณสุขจากแหล่งต่างๆ

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีการรับรู้ข้อมูลข่าวสารในระดับปานกลาง (ร้อยละ 62.6) รองลงมาคือระดับมาก (ร้อยละ 25.1) และระดับน้อย (ร้อยละ 12.3) ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ (ร้อยละ 72.3) ไม่ได้รับข่าวสารเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพจากสื่อต่างๆ ในระดับปานกลาง

5.1.4 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

พฤติกรรมโดยรวม

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในระดับปานกลาง (ร้อยละ 89.1) มีเพียง 13 คน (ร้อยละ 7.8) ที่มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในระดับมาก และ 5 คน (ร้อยละ 3.1) ในระดับน้อย

พฤติกรรมด้านการบริโภคอาหาร

ผู้สูงอายุเกือบทั้งหมดมีพฤติกรรมด้านการบริโภคอาหารในระดับปานกลาง (ร้อยละ 93.6) โดยมีพฤติกรรมที่พึงประสงค์ในการบริโภคอาหารย่อยง่าย (ร้อยละ 61.3) การดื่มน้ำเพียงพอ 6-8 แก้วต่อวัน (ร้อยละ 52.3) และหลีกเลี่ยงแอลกอฮอล์ (ร้อยละ 76.1)

พฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีพฤติกรรมด้านการออกกำลังกายในระดับน้อย (ร้อยละ 61.2) รองลงมาคือระดับปานกลาง (ร้อยละ 28.4) และระดับมาก (ร้อยละ 10.4) ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่เคยทำการอบอุ่นและผ่อนคลายร่างกาย (ร้อยละ 75.5) และไม่เคยออกกำลังกายหลังรับประทานอาหารทันที (ร้อยละ73.5)

พฤติกรรมด้านการจัดการความเครียด

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีพฤติกรรมด้านการจัดการความเครียดในระดับปานกลาง (ร้อยละ 71.7) รองลงมาคือระดับมาก (ร้อยละ 23.2) และระดับน้อย (ร้อยละ 5.1) โดยสามารถควบคุมอารมณ์ตนเองได้ (ร้อยละ 63.2) และใช้การสวดมนต์ไหว้พระและนั่งสมาธิเป็นวิธีจัดการความเครียด

อภิปรายผลการวิจัย

ปัจจัยนำ (Predisposing Factors)

การตระหนักในสุขภาพของผู้สูงอายุ

จากผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีการตระหนักในสุขภาพในระดับมาก (ร้อยละ 87.8) แสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุในพื้นที่มีความตระหนักรู้ที่ดี เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและความสำคัญของการดูแลสุขภาพ โดยเฉพาะการตระหนักว่าการตรวจสุขภาพเป็นสิ่งจำเป็น (ร้อยละ 83.2) ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงความเข้าใจในการดูแลสุขภาพเชิงป้องกัน ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยของชลลดา ทวีคูณ[9] ที่พบว่าผู้สูงอายุมีความรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับสูง และมีทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพอยู่ในระดับดีมาก แสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุในปัจจุบันให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพมากขึ้น อย่างไรก็ตาม แม้ว่าผู้สูงอายุจะมีการตระหนักในสุขภาพที่ดี แต่พฤติกรรมการดูแลสุขภาพในทางปฏิบัติยังอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งชี้ให้เห็นว่ายังมีช่องว่างระหว่างความรู้กับการนำไปปฏิบัติจริง

ความรู้สึกมีคุณค่าของตนเองของผู้สูงอายุ

จากผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ (ร้อยละ 75.5) รู้สึกเป็นที่เคารพนับถือของลูกหลาน ซึ่งแสดงให้เห็นว่าความสัมพันธ์ระหว่างวัยในครอบครัวยังคงดี และเป็นแหล่งสนับสนุนทางจิตใจที่สำคัญสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน สอดคล้องกับแนวคิดของ Bruce[10] และ Goto[11] ที่ระบุว่าการรับรู้คุณค่าในตนเองและความรู้สึกมีคุณค่าต่อสังคมเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

ปัจจัยเอื้อ (Enabling Factors)

การเข้าถึงสถานบริการสาธารณสุข

จากผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุมีการเข้าถึงสถานบริการสาธารณสุขในระดับปานกลาง (ร้อยละ 54.2) และระดับมาก (ร้อยละ 45.8) โดยไม่มีผู้สูงอายุคนใดที่มีการเข้าถึงบริการในระดับน้อย ซึ่งแสดงให้เห็นว่าระบบบริการสาธารณสุขในพื้นที่มีความครอบคลุมที่ดีพอสมควร อย่างไรก็ตาม ยังพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ (ร้อยละ 47.7) มีความไม่สะดวกในการเดินทางไปรับบริการในระดับปานกลาง และร้อยละ 25.2 มีความไม่สะดวกในระดับมาก ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการเดินทางยังคงเป็นอุปสรรคสำคัญในการเข้าถึงบริการสุขภาพ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากลักษณะภูมิประเทศของจังหวัดแม่ฮ่องสอนที่เป็นพื้นที่ภูเขาสูง การคมนาคมค่อนข้างยากลำบาก และระยะทางจากชุมชนถึงหน่วยบริการมีระยะห่างไกล ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ Supaporn Sudhongbua ที่พบว่าผู้สูงอายุในชนบทมักประสบปัญหาในการเข้าถึงบริการสุขภาพ เนื่องจากข้อจำกัดด้านการคมนาคมและโครงสร้างพื้นฐาน นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับข้อมูลจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแม่ฮ่องสอน (2565) ที่ระบุว่าผู้สูงอายุในพื้นที่ยังมีการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำกัด แม้จะมีข้อจำกัดด้านการเดินทาง แต่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ (ร้อยละ 58.1) มีความพึงพอใจต่อการรับบริการในระดับมาก และ (ร้อยละ 52.9) พอใจกับสิ่งอำนวยความสะดวกในระดับมาก ซึ่งแสดงให้เห็นว่าคุณภาพการบริการของหน่วยบริการสาธารณสุขในพื้นที่อยู่ในระดับที่ดี

ปัจจัยเสริม (Reinforcing Factors)

การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคล

จากผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับมาก (ร้อยละ 67.1) โดยแรงสนับสนุนที่สำคัญที่สุดมาจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (ร้อยละ 80.6) รองลงมา คือ การให้กำลังใจจากครอบครัว (ร้อยละ 69.7) ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงบทบาทสำคัญของทั้งระบบสาธารณสุขและครอบครัวในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับทฤษฎี PRECEDE Framework ของ Green and Kreuter[5] ที่ระบุว่าปัจจัยเสริม (Reinforcing Factors) ซึ่งเป็นแรงสนับสนุนจากบุคคลรอบข้าง มีความสำคัญต่อการเสริมสร้างและธำรงไว้ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับงานวิจัยของสุวิมลรัตน์ รอบรู้เจน[12] ที่พบว่าผู้ดูแลที่ได้รับการพัฒนาทักษะการดูแลผู้สูงอายุ มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอยู่ในระดับมาก อย่างไรก็ตาม การสนับสนุนจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) พบว่ามีความแตกต่างระหว่างบุคคลมากที่สุด โดย (ร้อยละ 54.8) ได้รับการสนับสนุนในระดับมาก แต่ยังมี (ร้อยละ 7.7) ที่ได้รับการสนับสนุนในระดับน้อย ซึ่งอาจเป็นเพราะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) แต่ละคนมีความสามารถและความพร้อมในการให้บริการที่แตกต่างกัน หรืออาจเนื่องมาจากจำนวนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่มีอยู่ไม่เพียงพอต่อการดูแลผู้สูงอายุทุกราย

การได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสาธารณสุขจากแหล่งต่างๆ

จากผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีการรับรู้ข้อมูลข่าวสารในระดับปานกลาง (ร้อยละ 62.6) โดย (ร้อยละ 72.3) ไม่ได้รับข่าวสารเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพจากสื่อต่างๆ ในระดับปานกลาง และ (ร้อยละ 15.5) ไม่ได้รับข่าวสารในระดับมาก ซึ่งชี้ให้เห็นว่าการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในพื้นที่ยังมีข้อจำกัด ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากหลายปัจจัย เช่น ระดับการศึกษาของผู้สูงอายุที่ค่อนข้างต่ำ (ร้อยละ 44.5 ไม่ได้ศึกษา และร้อยละ 49.0 จบเพียงประถมศึกษา) ซึ่งอาจทำให้มีข้อจำกัดในการอ่านและเข้าใจข้อมูลข่าวสาร นอกจากนี้ลักษณะของสื่อที่ใช้ในปัจจุบันอาจไม่เหมาะสมกับผู้สูงอายุในชนบท เช่น การใช้สื่อออนไลน์ที่ผู้สูงอายุอาจไม่คุ้นเคย ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยของวิ

พา ชุปวา[13] ที่พบว่าการพัฒนาหลักสูตรการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุต้องมีการส่งเสริมการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารที่เหมาะสมกับบริบทของผู้สูงอายุในแต่ละพื้นที่

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ

ด้านการบริโภคอาหาร

จากผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุเกือบทั้งหมดมีพฤติกรรมด้านการบริโภคอาหารในระดับปานกลาง (ร้อยละ 93.6) โดยมีพฤติกรรมที่พึงประสงค์ในหลายด้าน เช่น การรับประทานอาหารย่อยง่าย (ร้อยละ 61.3) การดื่มน้ำเพียงพอ (ร้อยละ 52.3) และการหลีกเลี่ยงแอลกอฮอล์ (ร้อยละ 76.1) อย่างไรก็ตาม ยังพบว่าพฤติกรรมบางด้านยังไม่เป็นไปตามหลักโภชนาการที่เหมาะสม เช่น การบริโภคข้าวกล้องและธัญพืชยังทำไม่สม่ำเสมอ (มีเพียงร้อยละ 10.3 ที่ปฏิบัติทุกครั้ง) และการหลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมันสูงยังไม่เพียงพอ (ร้อยละ 48.4 ไม่เคยปฏิบัติ) ซึ่งอาจเป็นเพราะความเคยชินในการบริโภคอาหารตามวัฒนธรรมพื้นบ้าน และข้อจำกัดในการเข้าถึงอาหารบางประเภท ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยของสุปานี จินาสวัสดิ์[14] ที่พบว่าพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลาง และสอดคล้องกับข้อมูลจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแม่ฮ่องสอน (2565) ที่ระบุว่าวิถีชีวิตพื้นบ้านของผู้สูงอายุในพื้นที่มีการบริโภคอาหารที่มีรสเค็มและอาหารหมักดอง ซึ่งอาจเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อโรคเรื้อรังต่างๆ

ด้านการออกกำลังกาย

จากผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีพฤติกรรมด้านการออกกำลังกายในระดับน้อย (ร้อยละ 61.2) ซึ่งเป็นประเด็นที่น่าเป็นห่วงเนื่องจากการออกกำลังกายเป็นปัจจัยสำคัญในการป้องกันโรคเรื้อรังและการเสื่อมสภาพของร่างกาย โดยเฉพาะพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ทำการอบอุ่นและผ่อนคลายร่างกาย (ร้อยละ 75.5) ซึ่งอาจเพิ่มความเสี่ยงต่อการบาดเจ็บ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยของพัชรวัฒน์ เกียรติพัทธกุล[15] ที่พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีปัญหาอุปสรรคในเรื่องการออกกำลังกาย โดยผู้สูงอายุไม่ชอบการออกกำลังกาย ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากหลายปัจจัย เช่น ขาดความรู้เกี่ยวกับวิธีการออกกำลังกาย

ด้านการจัดการความเครียด

จากผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีพฤติกรรมด้านการจัดการความเครียดในระดับปานกลาง (ร้อยละ 71.7) แสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุมีทักษะในการจัดการความเครียดอยู่ในระดับพอใช้ โดยพบว่าผู้สูงอายุมีพฤติกรรมที่พึงประสงค์ในหลายด้าน เช่น สามารถควบคุมอารมณ์ตนเองได้เมื่อรู้สึกโกรธหรือโมโห (ร้อยละ 63.2) ไม่เปรียบเทียบเรื่องของตนเองกับผู้อื่นให้เกิดความทุกข์ (ร้อยละ 60.0) และใช้กิจกรรมเช่น การอ่านหนังสือ ฟังวิทยุ ดูโทรทัศน์เพื่อผ่อนคลาย (ร้อยละ 53.5) อย่างไรก็ตาม ยังพบว่าผู้สูงอายุบางส่วนยังมีความเครียดในเรื่องต่างๆ โดยเฉพาะการคิดมากซึ่งเป็นปัญหาสำคัญ นอกจากนี้การใช้วิธีการจัดการความเครียดด้วยการออกกำลังกายยังไม่ได้รับความนิยม โดยมีเพียง (ร้อยละ 19.4) ที่ปฏิบัติทุกครั้ง ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าผู้สูงอายุยังขาดความเข้าใจในประโยชน์ของการออกกำลังกายต่อสุขภาพจิตใจ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยของพัชรวัฒน์ เกียรติพัทธกุล[15] ที่พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีปัญหาความเครียดในเรื่องการคิดมาก และยังสอดคล้องกับงานวิจัยของสุปานี จินาสวัสดิ์[14] ที่พบว่าพฤติกรรมด้านการจัดการความเครียดของผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลาง ที่น่าสนใจ คือ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ (ร้อยละ 39.4 ปฏิบัติทุกครั้ง และร้อยละ 54.8 ปฏิบัติบางครั้ง) เลือกใช้วิธีการสวดมนต์ไหว้พระและนั่งสมาธิเป็นวิธีจัดการกับความเครียด ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงบทบาทสำคัญของศาสนาและความเชื่อในการช่วยให้ผู้สูงอายุมีจิตใจที่สงบและสามารถรับมือกับความเครียดได้ สอดคล้องกับงานวิจัยของพิบูลสิน ญาณวฑฺฒโน (เฉลิมรัตน์) [16] ที่พบว่าหลักพุทธธรรมมีความเหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุในการดำเนินชีวิตและ

การดูแลสุขภาพ นอกจากนี้ การพูดคุยกับคนอื่นเมื่อมีความทุกข์ยังเป็นวิธีการจัดการความเครียดที่ผู้สูงอายุนิยมใช้ โดย (ร้อยละ 60.0) ไม่เคยปฏิบัติในเชิงลบ (หมายถึงไม่พูดคุยกับคนอื่นเลย) ซึ่งแสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังคงมีการเปิดเผยความรู้สึกและแสวงหาการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งเป็นกลไกการรับมือกับความเครียดที่ดี สอดคล้องกับแนวคิดของ Graneheim and Lundman[17] ที่ระบุว่าการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมและการได้รับการสนับสนุนจากผู้อื่นเป็นปัจจัยสำคัญในการลดความรู้สึกว้าเหว่และความเครียดในผู้สูงอายุ อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษายังพบว่ามีผู้สูงอายุบางส่วน (ร้อยละ 5.1) ที่มีพฤติกรรมด้านการจัดการความเครียดในระดับน้อย ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิตและอาจนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าได้ กลุ่มนี้ควรได้รับการดูแลเป็นพิเศษจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และสมาชิกในครอบครัว เพื่อป้องกันปัญหาสุขภาพจิตที่อาจเกิดขึ้น

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพโดยรวม

เมื่อพิจารณาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพโดยรวมพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในระดับปานกลาง (ร้อยละ 89.1) ซึ่งแสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ยังไม่สมบูรณ์ และยังมีช่องว่างในการพัฒนาให้ดีขึ้น โดยเฉพาะด้านการออกกำลังกายที่พบว่าอยู่ในระดับน้อย ซึ่งส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพโดยรวม ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับทฤษฎี PRECEDE Framework ของ Green and Kreuter[5] ที่อธิบายว่าพฤติกรรมสุขภาพได้รับอิทธิพลจากปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม ซึ่งในการศึกษานี้พบว่า แม้ผู้สูงอายุจะมีการตระหนักในสุขภาพที่ดี (ปัจจัยนำ) แต่ปัจจัยเอื้อบางด้าน เช่น ความไม่สะดวกในการเดินทาง และการรับรู้ข้อมูลข่าวสารที่จำกัด ยังคงเป็นอุปสรรคต่อการแสดงพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ นอกจากนี้ แม้ว่าผู้สูงอายุจะได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับมาก (ปัจจัยเสริม) แต่การรับรู้ข้อมูลข่าวสารที่อยู่ในระดับปานกลางอาจส่งผลต่อความรู้และทักษะในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง โดยเฉพาะด้านการออกกำลังกายที่ต้องอาศัยความรู้และทักษะเฉพาะ ผลการศึกษายังสอดคล้องกับงานวิจัยของกวินนาถ พลวัฒน์ และคณะ[18] ที่พบว่าการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีประสิทธิภาพ สามารถทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้และการปฏิบัติพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพสูงขึ้น แสดงให้เห็นว่าการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมและการให้ความรู้อย่างต่อเนื่อง สามารถส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ดีขึ้นได้ ที่น่าสนใจ คือ มีผู้สูงอายุเพียง (ร้อยละ 7.8) ที่มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในระดับมาก ซึ่งเป็นสัดส่วนที่ค่อนข้างต่ำ แสดงให้เห็นว่ายังมีความจำเป็นอย่างยิ่งในการพัฒนาและส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในพื้นที่ให้ดียิ่งขึ้น สอดคล้องกับงานวิจัยของรัชชนก กลิ่นชาติ[19] ที่เสนอว่าการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมกับสังคมผู้สูงอายุต้องคำนึงถึงบริบทของชุมชนและการมีส่วนร่วมของภาคส่วนต่างๆ

การนำผลการวิจัยไปใช้

การศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุในชุมชนชาติพันธุ์มีจุดแข็งด้านการตระหนักในสุขภาพ ความรู้สึกมีคุณค่าของตนเอง และการได้รับการสนับสนุนทางสังคม แต่ยังมีข้อจำกัดด้านการออกกำลังกาย การเข้าถึงบริการ และการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร ผลการศึกษาสนับสนุนสมมติฐานทั้ง 3 ข้อและสอดคล้องกับกรอบแนวคิด PRECEDE Framework การพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุควรใช้จุดแข็งที่มีอยู่ คือ การตระหนักรู้สูงและการสนับสนุนทางสังคมที่ดี มาเป็นฐานในการแก้ไขจุดอ่อน โดยเฉพาะการส่งเสริมการออกกำลังกายและการปรับปรุงการเข้าถึงบริการ ผ่านการพัฒนาระบบสนับสนุนที่เหมาะสมกับบริบทชุมชนชาติพันธุ์ การสร้างความร่วมมือระหว่างหน่วยงาน และการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนและครอบครัวอย่างยั่งยืน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุระหว่างพื้นที่ต่างๆ เพื่อนำข้อมูลมาใช้ในการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมกับบริบทของแต่ละพื้นที่
2. ควรศึกษาปัจจัยอื่นๆ ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ เช่น ความเชื่อทางวัฒนธรรม การรับรู้ความสามารถของตนเอง คุณภาพชีวิต
3. ควรพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยใช้การวิจัยเชิงทดลองหรือการวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม และประเมินผลการดำเนินงาน

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยนี้ประสบความสำเร็จลุล่วงไปด้วยดีเนื่องจากได้รับความอนุเคราะห์และสนับสนุนเป็นอย่างยิ่งจาก อาจารย์พัชรี วงศ์ฝั้น อาจารย์ที่ปรึกษาในการจัดทำงานวิจัยครั้งนี้ รวมถึงขอขอบพระคุณผู้ใหญ่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและประชาชน หมู่ที่ 2 บ้านป่าปุ๊ ตำบลผาบ่อง อำเภอเมือง จังหวัดแม่ฮ่องสอน ที่ให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมงานวิจัยและการตอบแบบสอบถามจนทำให้งานวิจัยสำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี ผู้วิจัยและคณะขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ ที่นี้

เอกสารอ้างอิง

1. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย. นนทบุรี,มหาวิทยาลัยมหิดล, 2566.
2. ณัฐพงศ์ ด้วนมี. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ อำเภอคลองหอยโข่งจังหวัดสงขลา. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอคลองหอยโข่ง, 2567.
3. อินทุกานต์ กุลไวย. ความสัมพันธ์ระหว่างความเข้มแข็งอดทนและการสนับสนุนทางสังคมกับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ [วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต]. ปทุมธานี: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2566.
4. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแม่ฮ่องสอน. รายงานสถานการณ์สุขภาพประชาชนในจังหวัดแม่ฮ่องสอน. แม่ฮ่องสอน: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแม่ฮ่องสอน, 2565.
5. Green LW, Kreuter MW. Health promotion planning: an educational and environmental approach. 2nd ed. Toronto: Mayfield Publishing Company, 1991.
6. ธนวิชญ์ แสนสองแคว. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุตำบลม่วงน้อย อำเภอป่าซาง จังหวัดลำพูน. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2559.
7. สถิตย์ พงษ์เจตสุพรรณ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุตำบลท่าตอน อำเภอแม่อาย จังหวัดเชียงใหม่. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2558.ลิเคิร์ท (Likert Scale
8. ธีระชัย พรหมคุณ และคณะ. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ. 2557;7(1):102-8.
9. ชลลดา ทวีคูณ. สังคมผู้สูงอายุกับทักษะชีวิต การรับรู้ความสามารถในตนเอง การสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ [วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต]. พระนครศรีอยุธยา: มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลสุวรรณภูมิ; 2559.

10. Bruce A. Time (lessness): Buddhist perspectives and end-of-life. Nurs Philos. 2007;8(3):151-7.
11. Goto H. Buddhism as a life practice: the intimacy between elderly women and a temple. Shukyo Kenkyu. 2009;83(360):115-38.
12. สุวิมลรัตน์ รอบรู้เจน. การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ. นราธิวาส: มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์, 2560.
13. วิพา ชุปวา. การพัฒนาหลักสูตรการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วมของชุมชน. ศรีสะเกษ: มหาวิทยาลัยราชภัฏศรีสระเกษ, 2564.
14. สุปานี จินาสวัสดิ์. พฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลวังเหนือ. จันทบุรี: มหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี, 2559.พัชรวัฒน์ เกียรติพัทธกุล (2560
15. พัชรวัฒน์ เกียรติพัทธกุล. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในตำบลยางม่วง [วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต]. กาญจนบุรี: มหาวิทยาลัยราชภัฏกาญจนบุรี; 2560.
16. พิบูลสิน ญาณวฑฺโน (เฉลิมรัตน์). การประยุกต์ใช้หลักพุทธธรรมในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ. นครปฐม: มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณวิทยาลัย, 2561.
17. Graneheim UH, Lundman B. Experiences of loneliness among the very old: The Umea 85+ project. Aging Ment Health. 2010;14(4):433-8.
18. กวินนาถ พลวัฒน์ และคณะ. การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง [วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต]. ปทุมธานี: มหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเชีย; 2562.
19. รัชชนก กลิ่นชาติ. การพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมกับสังคมผู้สูงอายุ. จันทบุรี: มหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี, 2564.

Received: 24 Nov.2025, Revised: 19 Dec.2025
Accepted: 6 Jun.2026

บทความวิจัย

การพัฒนาแนวทางการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุในชุมชนโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในตำบลจารพัด อำเภอศีขรภูมิ จังหวัดสุรินทร์

พนาสวรรค์ แก้วปลั่ง[1*]

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแนวทางการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) ประกอบด้วยระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์สุขภาพจิตผู้สูงอายุและศักยภาพ อสม. กลุ่มเป้าหมายคือ ผู้สูงอายุ 128 คน และ อสม. 207 คน ระยะที่ 2 พัฒนาแนวทางการส่งเสริมสุขภาพจิตและศึกษาประสิทธิผล กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุ(กลุ่มเดิม) และ ตัวแทน อสม. 48 คน ใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ได้แก่ วางแผน ปฏิบัติตามแผน สังเกต และสะท้อนผล เริ่มวิจัยเมื่อ 1 พฤษภาคม 2568 รวบรวมข้อมูลโดยแบบสอบถาม ได้แก่ 1) แบบสอบถามปัจจัยที่มีผลต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ 2) แบบสอบถามความรู้ทัศนคติ และการปฏิบัติในการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุของ อสม. และ 3) แบบทดสอบดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับสมบูรณ์ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.7 และการสนทนากลุ่ม ใช้การวิเคราะห์เนื้อหาสำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพ ข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติพรรณนา และเชิงอนุมานได้แก่ Multiple linear regression และ pair t-test ผลการศึกษาระยะที่ 1 พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีระดับสุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไปร้อยละ 71.8 รองลงมาคือต่ำกว่าคนทั่วไป ร้อยละ 28.1 ปัจจัยทางจิตวิทยา (coef.=1.236, p<0.001), ครอบครัวและสังคม (coef.=0.838, p<0.001), เศรษฐกิจ (coef.=0.635, p=0.011) และปัจจัยบุคคล (coef.=0.605, p=0.014) อธิบายความแปรปรวนสุขภาพจิตได้ 68.3% (Adj. R^2=0.6831) ศักยภาพ อสม. ด้านสุขภาพจิต พบว่า ร้อยละ 58.65 มีความรู้ระดับน้อย ร้อยละ 57.00 มีทัศนคติระดับปานกลาง และการปฏิบัติระดับน้อยร้อยละ 55.07 ระยะที่ 2 พัฒนาแนวทางตาม 4 ปัจจัยหลัก ได้แก่ บุคคล ครอบครัวและสังคม เศรษฐกิจ และจิตวิทยา โดยดำเนินกิจกรรมเยี่ยมบ้าน ฟื้นฟูสมรรถภาพกาย-ใจ ส่งเสริมเครือข่ายและกิจกรรมชุมชน ตลอด 12 สัปดาห์ ผลลัพธ์ชี้ว่าแนวทางเหมาะสมกับบริบทพื้นที่และสามารถเสริมสร้างสุขภาพจิตผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: สุขภาพจิตผู้สูงอายุ, อสม., การพัฒนาแนวทาง, ปัจจัยจิตวิทยา

[1*] โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจารพัต อำเภอศีขรภูมิ จังหวัดสุรินทร์ ประเทศไทย

*Corresponding author Email : Poonpoon53@gmail.com

Original Article

Development of Guidelines for Mental Health Promotion among the Elderly in the Community by Village Health Volunteers in Jaraphat Sub-district, Sikhoraphum District, Surin Province

Panasawarn Kaewplang[1*]

Abstract

This action research aimed to develop guidelines for promoting mental health among elderly through village health volunteers (VHVs). Phase 1 examined the mental health status of elderly and the competencies of VHVs. The participants included 128 elderly and 207 VHVs. Phase 2 developed and evaluated the effectiveness of a mental health promotion guideline, using the same group of elderly and 48 VHVs. The research start on May 1,2025, the process including: planning, implementation, observation, and reflection. Data were collected using three questionnaires including: 1) factors affecting the mental health status of elderlies , 2) assessing the knowledge, attitudes, and practices (KAP) of village health volunteers, and 3) Thai Mental Health Indicator (TMHI), all questionnaires have 0.70 reliability coefficient. Focus group discussions was used to interview. Qualitative data were analyzed through content analysis, while quantitative data were analyzed using descriptive statistics and inferential statistics, including multiple linear regression and paired t-test. The findings from Phase 1 revealed that 71.8% of elderlies had normal mental health levels, while 28.1% had lower-than-normal mental health. The factors included psychological (coef. =1.236, $p<0.001$), family and social (coef. =0.838, $p<0.001$), economic (coef. =0.635, $p=0.011$), and personal factors (coef. =0.605, $p=0.014$), explaining 68.3% of the variance (Adj. $R^2=0.6831$). 58.65% of VHVs have a low level of mental health knowledge, 57.00% had a moderate level of attitudes, and regarding practices, most participants have a low level (55.07%), with the remainder at a moderate level (44.93%). In Phase 2, the mental health promotion guideline was developed based on four key factors: personal, family and social, economic, and psychological. The program included home visits, physical and mental rehabilitation, and community network activities lasting three months. The results indicated that the developed guideline was appropriate for the local context and effectively enhanced the mental health of elderlies.

Keywords: Mental health of the elderly; Village health volunteers; Guideline development; Psychological factors

[1*] Jaraphat sub-district Health Promoting Hospital, Sikhoraphum District, Surin Province, Thailand

*Corresponding author Email : Poonpoon53@gmail.com

บทนำ

ประเทศไทยก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างเต็มรูปแบบตั้งแต่ปี พ.ศ. 2567 มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปเกินร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง[1] ผู้สูงอายุเป็นกลุ่มที่มีความเปราะบางทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม โดยเฉพาะด้านสุขภาพจิตซึ่งมักได้รับความสนใจน้อยกว่าด้านร่างกาย การเกษียณอายุ การสูญเสียคู่ชีวิต การเจ็บป่วยเรื้อรัง หรือการขาดปฏิสัมพันธ์ทางสังคมมักนำไปสู่ความเครียด วิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า ซึ่งล้วนเป็นปัญหาสุขภาพจิตที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ[2,3] ปัจจัยที่ส่งผลต่อความเครียดของผู้สูงอายุสามารถจำแนกได้เป็นหลายด้าน ได้แก่ ด้านสุขภาพร่างกาย เช่น ความเจ็บป่วยและความเสื่อมของอวัยวะ ด้านเศรษฐกิจ เช่น ความไม่มั่นคงทางการเงิน ด้านสังคม เช่น ความรู้สึกโดดเดี่ยว และด้านจิตวิทยา เช่น การรับรู้คุณค่าในตนเองที่ลดลงซึ่งล้วนส่งผลกระทบต่อภาวะจิตใจของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญ[4,5,6] จากข้อมูลของกรมสุขภาพจิต[7] ระบุว่าผู้สูงอายุไทยประมาณ 1 ใน 8 มีภาวะสมองเสื่อม และกว่าร้อยละ 90 มีความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิต สะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นในการจัดระบบการดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุในระดับชุมชนอย่างเป็นรูปธรรม

จังหวัดสุรินทร์ได้ดำเนินงานด้านการส่งเสริมสุขภาพจิตในระดับชุมชนอย่างต่อเนื่องผ่านระบบบริการสุขภาพและ อสม. โดยมุ่งเน้นการเยี่ยมบ้าน การติดตาม และการดูแลผู้สูงอายุและกลุ่มเปราะบาง อย่างไรก็ตาม ยังพบว่าขาดแนวทางที่ชัดเจนและเป็นระบบในการส่งเสริมสุขภาพจิตในชุมชน อีกทั้ง อสม. ส่วนใหญ่ยังขาดองค์ความรู้ ทักษะ และเครื่องมือที่เหมาะสมในการเสริมสร้างพลังทางจิตใจแก่ผู้สูงอายุ ในระดับประเทศ ประเทศไทยได้ขับเคลื่อนงานส่งเสริมสุขภาพจิตภายใต้แนวคิดการดูแลสุขภาพจิตเชิงชุมชนและการบูรณาการบริการสุขภาพจิตในระบบบริการปฐมภูมิ โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการเสริมพลังอำนาจ กฎบัตรออตตาวา และจิตวิทยาเชิงบวก งานวิจัยในประเทศชี้ให้เห็นว่าโปรแกรมกิจกรรมกลุ่มและการพัฒนาทักษะการสื่อสารสามารถลดภาวะซึมเศร้าและความเครียดในผู้สูงอายุได้อย่างมีนัยสำคัญ อย่างไรก็ตาม แนวทางที่มีอยู่ส่วนใหญ่ยังเป็นการดำเนินงานเฉพาะกิจและขาดรูปแบบที่เป็นระบบซึ่งเหมาะสมกับบริบทระดับชุมชน โดยเฉพาะการพัฒนาบทบาทของ อสม. ให้สามารถสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุได้อย่างต่อเนื่องและยั่งยืนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล(รพ.สต.)จารพัต อำเภอศีขรภูมิ จังหวัดสุรินทร์ พบว่า ผู้สูงอายุในพื้นที่มีแนวโน้มประสบปัญหาสุขภาพจิตเพิ่มขึ้น ทั้งจากความเหงา การแยกตัว และความรู้สึกไม่มีคุณค่าในตนเอง แม้มีการเยี่ยมบ้านและติดตามจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) แต่ยังไม่มีแนวทางที่ชัดเจนในการส่งเสริมสุขภาพจิตและ อสม. ส่วนใหญ่ยังขาดองค์ความรู้และเครื่องมือที่เหมาะสมในการสื่อสารหรือส่งเสริมจิตใจแก่ผู้สูงอายุในชุมชน งานวิจัยที่เกี่ยวข้องชี้ให้เห็นว่า โปรแกรมกิจกรรมกลุ่ม การเสริมพลังทางจิตใจและการฝึกทักษะการสื่อสารสามารถช่วยลดภาวะซึมเศร้าและความเครียดในผู้สูงอายุได้อย่างมีนัยสำคัญ[6] และบทบาทของ อสม. ในการเป็นผู้สนับสนุนสุขภาพจิตในชุมชนสามารถเสริมสร้างพลังให้แก่ผู้สูงอายุได้ หากได้รับการพัฒนาแนวทางที่เหมาะสมกับบริบท

การนำกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการมาใช้ในการพัฒนาแนวทางการส่งเสริมสุขภาพจิตจึงมีความเหมาะสมอย่างยิ่ง เนื่องจากเป็นกระบวนการที่เน้นการศึกษา วิเคราะห์ และสร้างนวัตกรรมหรือแนวทางที่สามารถนำไปใช้ได้จริง โดยอิงจากปัญหา ความต้องการ และสภาพบริบทของกลุ่มเป้าหมายในพื้นที่อย่างแท้จริง การวิจัยเชิงปฏิบัติการจะช่วยให้ได้แนวทางที่มีประสิทธิภาพ ใช้งานได้จริง และมีความยั่งยืน ทั้งยังส่งเสริมการมีส่วนร่วมของ อสม. และชุมชนในทุกขั้นตอนของกระบวนการซึ่งจะช่วยเพิ่มศักยภาพของ อสม. และสร้างความเข้มแข็งให้กับระบบสุขภาพจิตระดับชุมชน[8,9] ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการพัฒนาแนวทางการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้จริงในชุมชน โดยมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นผู้ดำเนินการหลัก การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา

สถานการณ์และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจารพัต พัฒนาแนวทางการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุในชุมชนโดยอสม. และประเมินผลการดำเนินงานตามแนวทางที่พัฒนาขึ้น เพื่อเสริมสร้างสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ตลอดจนส่งเสริมความยั่งยืนของระบบสุขภาพชุมชน

รูปแบบการศึกษา

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ(Action Research) แบ่งเป็นระยะที่ 1 ศึกษาสภาพปัญหาสุขภาพจิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้สูงอายุและศึกษาความต้องการของผู้สูงอายุในการได้รับการส่งเสริมสุขภาพจิต รวมทั้งศึกษาศักยภาพของ อสม. เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative research) และระยะที่ 2 ประยุกต์ใช้วงจร Planning-Action-Observation-reflection (PAOR) ในการพัฒนาแนวทางการส่งเสริมสุขภาพจิตโดยพัฒนาแนวทางการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุโดย อสม. เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการโดยการพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุสำหรับ อสม แล้วทำการทดลองใช้ เพื่อประเมินประสิทธิผล

ขนาดตัวอย่าง

สำหรับระยะที่ 1 กลุ่มที่ 1 คือผู้สูงอายุ ศึกษาสภาพปัญหาสุขภาพจิต ปัจจัยที่เกี่ยวข้องและความต้องการในการได้รับการส่งเสริมสุขภาพจิต คำนวณขนาดตัวอย่างด้วยสูตรคำนวณขนาดตัวอย่างสำหรับการประมาณค่าเฉลี่ยกรณีทราบจำนวนประชากร โดยอ้างอิงค่าสถิติจากงานวิจัยก่อนหน้า[10] ได้แก่ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนสุขภาพจิตเท่ากับ 0.28 ประชากรผู้สูงอายุในตำบลจารพัต จำนวน 2090 คน โดยกำหนดค่าความคลาดเคลื่อนร้อยละ 5 ค่าช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95 คำนวณขนาดตัวอย่างได้ดังนี้

$$n = \frac{N\sigma^2 Z^2_{\alpha/2}}{d^2(N-1) + \sigma^2 Z^2_{\alpha/2}}$$

$$n = \frac{2090(0.28^2)(1.96^2)}{0.05^2(2090-1) + (0.28^2)(1.96^2)}$$

$n =$113.8 หรือ ประมาณ 114 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยจึงเพิ่มขนาดตัวอย่างเป็น 128 คน โดยมีเกณฑ์คัดเข้าคือ 1) เป็นผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบและอาศัยอยู่ในพื้นที่ตำบลจารพัตไม่น้อยกว่า 1 ปี 2) มีสติปัญญาและการรับรู้สมบูรณ์ 3) ยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย พิจารณาคัดออกในกรณีที่ผู้ร่วมวิจัยไม่สามารถให้ข้อมูลได้ครบถ้วนและปฏิเสธการให้ข้อมูลบางส่วน

กลุ่มที่ 2 เป็นการศึกษาศักยภาพของ อสม. ทำการศึกษาใน อสม. ทั้งหมด ที่สังกัดรพ.สต.จารพัต จำนวนทั้งสิ้น 207 คน

สำหรับระยะที่ 2 เป็นการศึกษากึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อน-หลัง ศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุ ผู้วิจัยกำหนดขนาดตัวอย่างด้วยวิธีการคำนวณขนาดตัวอย่างสำหรับเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยประชากร 2 กลุ่มแบบไม่อิสระต่อกัน โดยใช้โปรแกรม G*Power version 3.1.9.7 โดยใช้ Test Family เลือก t-tests และ Statistical test เลือก Means : Difference between two dependent means (Matched pairs) กำหนดค่าความเชื่อมั่นที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ 0.05 และกำหนดค่าอำนาจการทดสอบ (Level of power) เท่ากับ 0.80 และคำนวณขนาดผลกระทบ (Effect size) โดยอ้างอิงค่าสถิติจากงานวิจัยก่อนหน้าที่คล้ายคลึงกัน[11]ซึ่งได้ศึกษาคะแนนความสุขก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมพบว่า คะแนนความสุขเฉลี่ยก่อนใช้โปรแกรมเท่ากับ 8.00 (SD=1.38) และหลังใช้โปรแกรมเท่ากับ 8.59 (SD=1.46) คำนวณค่าขนาดผลกระทบได้เท่ากับ 0.41 จากนั้นคำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power ได้ขนาด

ตัวอย่างทั้งสิ้น 48 คน โดยมีเกณฑ์คัดเข้าคือ 1) เป็น อสม. ในความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจารพัต 2) ยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย พิจารณาคัดออกในกรณีที่ไม่สามารถเข้าร่วมโครงการวิจัยจนสิ้นสุดได้หรือมีความประสงค์ขอออกจากโครงการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

ระยะที่ 1 ผู้วิจัยดำเนินการศึกษาเชิงพรรณนา รวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้องได้แก่ ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตผู้สูงอายุ โดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ได้แก่ แบบสอบถามปัจจัยที่มีผลต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ และแบบทดสอบดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับสมบูรณ์ ของกรมสุขภาพจิต ดำเนินการเก็บข้อมูลโดยเจ้าหน้าที่ผู้วิจัย โดยใช้เวลาในการดำเนินการเก็บข้อมูลเป็นระยะเวลา 1 เดือน จากนั้นจึงนำข้อมูลมาวิเคราะห์เพื่อพัฒนาแนวทางการส่งเสริมสุขภาพจิตในผู้สูงอายุโดย อสม. ต่อไป

ระยะที่ 2 พัฒนาแนวทางทางการส่งเสริมสุขภาพจิตในผู้สูงอายุในชุมชน

ขั้นวางแผน (Plan: P) ประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาแนวทางทางการส่งเสริมสุขภาพจิตในผู้สูงอายุในชุมชน โดยกลุ่มเป้าหมายประกอบด้วย อสม. เจ้าหน้าที่ รพ.สต. และเจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาลแม่ข่าย ผลการดำเนินการในขั้นนี้ได้แนวทางการดำเนินการส่งเสริมสุขภาพจิตในผู้สูงอายุโดย อสม. โดยกิจกรรมหลักๆประกอบไปด้วย 1) การอบรมเพิ่มศักยภาพ อสม. สำหรับการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ 2) การเยี่ยมติดตามและกระตุ้นกิจกรรมสังคม กิจกรรมเยี่ยมบ้าน กิจกรรมกลุ่ม และติดตามต่อเนื่อง และ 3) การติดตาม สรุปผล และประเมินผล สรุปผล ติดตามซ้ำ ส่งต่อ และประเมินผล

ขั้นปฏิบัติการ (A:Action) ดำเนินการทดลองปฏิบัติตามแนวทางที่พัฒนาขึ้น โดยดำเนินการทดลองใช้แนวทางตามรูปแบบกิจกรรม 12 สัปดาห์ กลุ่มเป้าหมายแบ่งเป็น ผู้ปฏิบัติ ได้แก่ ตัวแทน อสม. จำนวน 48 คน ซึ่งได้จากการสุ่มจาก อสม. ทั้งหมด และกลุ่มเป้าหมายผู้รับบริการ ได้แก่ ผู้สูงอายุ จำนวน 128 คน(กลุ่มเดิมจาก ระยะที่ 1) โดยการดำเนินการดังนี้ 1) การอบรมเพิ่มศักยภาพ อสม. และเตรียมความพร้อม ใช้ระยะเวลา 4 สัปดาห์ 2) กิจกรรมเยี่ยมบ้าน กิจกรรมกลุ่ม และติดตามต่อเนื่อง โดยแบ่งการรับผิดชอบและปฏิบัติงานสัดส่วนผู้สูงอายุ 2-3 คน ต่อ อสม. 1 คน ระยะเวลา 4 สัปดาห์ และ 3) สรุปผล ติดตามซ้ำ ส่งต่อ และประเมินผล ระยะเวลา 4 สัปดาห์

ขั้นสังเกต (Observe : O) ศึกษาประสิทธิผลของแนวทางส่งเสริมสุขภาพจิต โดยศึกษาผลลัพธ์ที่เกิดกับผู้สูงอายุ ได้แก่ ภาวะสุขภาพจิต ก่อนและหลังใช้โปรแกรม โดยใช้แบบทดสอบดัชนีวัดสุขภาพจิต ของกรมสุขภาพจิต ในกลุ่มเป้าหมายผู้สูงอายุ จำนวน 128 คน(กลุ่มเดิม) วิเคราะห์เปรียบเทียบค่าคะแนนภาวะสุขภาพจิตในกลุ่มผู้สูงอายุ โดยใช้การวิเคราะห์ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยสองกลุ่มที่ไม่อิสระต่อกัน (Pair t-test) ประเมินผลลัพธ์ที่เกิดกับ อสม. ได้แก่ ความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติในการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ในกลุ่มเป้าหมาย อสม. จำนวน 48 คน โดยใช้แบบทดสอบความรู้ทัศนคติและการปฏิบัติ ประเมินการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพจิตโดยการสังเกตและรวบรวมบันทึกรายงานการดำเนินงานของ อสม. แต่ละครั้ง ประเมินผลเป็นร้อยละการดำเนินงานสำเร็จในแต่ละกิจกรรมของการดำเนินงาน

ขั้นสะท้อนผล (Reflex : R) นำข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์ มาพิจารณาประสิทธิผลของแนวทางการส่งเสริมสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ โดย อสม. โดยการประชุมทีมผู้วิจัยและเจ้าหน้าที่ รพ.สต. รวมทั้ง อสม. ผู้ปฏิบัติทั้ง 48 คน เพื่อสรุปปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานและปรับปรุงเพื่อให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นต่อไป

เครื่องมือการวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพ

1. แบบสอบถามปัจจัยที่มีผลต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ซึ่งพัฒนาจากแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง ใช้ในระยะที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ปัจจัยด้านบุคคล ครอบครัวและสังคม เศรษฐกิจ และจิตวิทยา จำนวน 20 ข้อ แบบ Likert scale 5 ระดับ ส่วนสุดท้ายเป็นข้อคำถามปลายเปิดเกี่ยวกับความต้องการในการส่งเสริมสุขภาพจิต

2. แบบสอบถามความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติในการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุของ อสม. เพื่อประเมินศักยภาพ อสม. ประกอบด้วยข้อมูลทั่วไป ความรู้ 10 ข้อ แบบใช่/ไม่ใช่ รวมคะแนนแล้วแบ่งระดับเป็น ดี(8-10 คะแนน) ปานกลาง(4-7 คะแนน) และต่ำ(0-3 คะแนน) และทัศนคติรวมถึงการปฏิบัติอย่างละ 10 ข้อ โดยใช้ Likert scale 5 ระดับเพื่อประเมินทัศนคติและพฤติกรรมของผู้ตอบ โดยแบ่งเป็นระดับต่ำ(5-11 คะแนน) ปานกลาง (12-18 คะแนน) และสูง(19-25 คะแนน)

3. แบบทดสอบดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับสมบูรณ์ 55 ข้อ ของกรมสุขภาพจิต[12] แต่ละข้อมีคะแนน 1–4 รวมสูงสุด 220 คะแนน แบ่งเป็นระดับ ได้แก่ Good (179–220) Fair (158–178) และ Poor (≤157)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา โดยผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัย 1 ท่าน ผู้เชี่ยวชาญด้านจิตวิทยา 1 ท่าน และผู้เชี่ยวชาญด้านการออกแบบเครื่องมือวิจัย 1 ท่าน รวมจำนวนทั้งหมด 3 ท่าน วิเคราะห์ค่า IOC ได้ค่ามากกว่า 0.5 ตรวจสอบคุณภาพ โดยนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันจำนวน 30 คน ทั้งกลุ่มผู้สูงอายุและอสม. หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค แล้วปรับปรุงจนได้ค่าอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ขึ้นไป คือ มีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 0.7[13]

สถิติและการวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณ 1. สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานในการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปและภาวะความเครียด 2. สถิติเชิงอนุมาณ ทำการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ด้วย Multiple regression โดยกำหนดตัวแปรตามเป็นค่าคะแนนสุขภาพจิต(ต่อเนื่อง) และตัวแปนต้นประกอบด้วยตัวแปรคุณลักษณะทั่วไป(แจงนับ ,ต่อเนื่อง) และค่าคะแนนปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพจิต(ต่อเนื่อง) เปรียบเทียบคะแนนสุขภาพจิตก่อนและหลังด้วยสถิติ pair t-test มีการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นได้แก่ ข้อมูลแจกแจงปกติ ไม่มีความสัมพันธ์กันเองระหว่างตัวแปรต้น ค่าความคาดเคลื่อนมีการแจกแจงปกติ ใช้โปรแกรมสำเร็จรูป R version 4.4.0 ในส่วนของข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)

จริยธรรมในการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมในการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์ เอกสารเลขที่ COA No. 75/2568

ผลการวิจัย

ระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์ปัญหา

สุขภาพจิตของผู้สูงอายุ จากกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 59.35 อายุเฉลี่ยอยู่ที่ 68.21 ปี (SD=6.06) สำเร็จการศึกษาในระดับต่ำกว่าปริญญาตรีร้อยละ 76.5 รองลงมาคือระดับปริญญาตรี ร้อยละ 12.5 และระดับสูงกว่าปริญญาตรี ร้อยละ 11 ตามลำดับ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวร้อยละ 88.3 และอีกร้อยละ 11.7 ไม่มี

โรคประจำตัว รายได้ต่อเดือนส่วนใหญ่มีไม่เกิน 10,000 บาท ร้อยละ 96.87 และร้อยละ 3.13 อยู่ระหว่าง 10,000 – 20,000 บาท สุขภาพจิตของผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่ในระดับที่เท่ากับคนทั่วไปร้อยละ 71.8 ซึ่งแสดงให้เห็นถึงสภาวะสุขภาพจิตในผู้สูงอายุที่ยังคงเป็นปัญหาในพื้นที่ ข้อคำถามที่พบคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด 5 อันดับแรกพบว่า เป็นข้อคำถามที่เกี่ยวข้องกับการเห็นคุณค่าในตนเอง และความสัมพันธ์ในครอบครัว รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม (n=128)

ตัวแปร		จำนวน	ร้อยละ	Mean	SD
เพศ	ชาย	53	40.65		
	หญิง	75	59.35		
อายุ				68.21	6.06
ระดับการศึกษา	ต่ำกว่าปริญญาตรี	98	76.5		
	ปริญญาตรี	16	12.5		
	สูงกว่าปริญญาตรี	14	11		
การมีโรคประจำตัว	ไม่มี	15	11.7		
	มี	113	88.3		
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน	ไม่เกิน 10,000 บาท	124	96.87		
	10,000 - 20,000 บาท	4	3.13		
ระดับสุขภาพจิต	มีสุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป (Fair)	92	71.8	160.42	56.2
	มีสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป (Poor)	36	28.1		

จากการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุพบว่า ส่วนใหญ่สิ่งที่ทำให้มีสุขภาพจิตที่ไม่ดีเกิดจากสภาพร่างกายทางกายภาพที่มีความเสื่อมลงและไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้เหมือนเดิม การเดินการลุกการขยับต่างๆทำให้มีอาการปวดและเหนื่อยได้ง่าย รู้สึกห่อเหี่ยวจิตใจ ไม่มีความสุข ส่วนทางด้านสังคมและครอบครัว ผู้สูงอายุส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับแบบสองตายาย ไม่มีลูกหลานคอยดูแล ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกขาดความสุขในชีวิต หรือแม้กระทั่งผู้สูงอายุที่มีบุตรหลานอยู่ด้วยบางครั้งก็ต้องเครียดเนื่องจากต้องมีภาระเลี้ยงดูหลาน เนื่องจากผู้ปกครองไปทำงานต่างจังหวัด ด้านสภาพแวดล้อมหรือชุมชน เพื่อนบ้าน ขาดปฏิสัมพันธ์กับคนในชุมชน การอยู่ลำพัง ไม่ได้พูดคุยกับเพื่อนบ้านหรือคนในชุมชน ซึ่งอาจเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ จึงมีความต้องการอยากให้กระตุ้นการให้ความสำคัญต่อผู้สูงอายุมากขึ้น ใส่ใจทางด้านสุขภาพจิตมากขึ้น อาจจะเป็นแค่การแวะเวียนมาพูดคุยบ่อยๆไม่ต้องมีกิจกรรมที่ยุ่งยาก

จากการวิเคราะห์ด้วยวิธีการถดถอยเชิงเส้นแบบพหุ นำเข้าตัวแปรทีละตัว (Forward Multiple Linear Regression) พบว่า ปัจจัยด้านบุคคลมีความสัมพันธ์เชิงบวก ค่าสัมประสิทธิ์ 0.605 ซึ่งข้อคำถามที่ได้คะแนนต่ำที่สุดคือ ความรู้สึกว่าร่างกายแข็งแรง การควบคุมอารมณ์ และการมองว่าชีวิตวัยชรามีคุณค่า สะท้อนการรับรู้คุณค่าในตนเองและปัญหาด้านร่างกายของผู้สูงอายุ; ปัจจัยด้านครอบครัวและสังคมมีความสัมพันธ์เชิงบวก ค่าสัมประสิทธิ์สูงสุดเป็นอันดับสองที่ 0.838 โดยประเด็นปัญหา ได้แก่ การได้รับการดูแลจากครอบครัว การพูดคุยกับเพื่อนบ้าน และการเป็นที่ยอมรับในสังคม; ปัจจัยด้านเศรษฐกิจมีความสัมพันธ์เชิงบวก ค่าสัมประสิทธิ์ 0.635 โดยพบปัญหาด้านรายได้ การมีเงินสำรองยามฉุกเฉิน และสวัสดิการไม่เพียงพอ ซึ่งกระทบต่อคุณค่าในตนเอง; และปัจจัยด้านจิตวิทยามีความสัมพันธ์เชิงบวก เป็น

ตัวทำนายที่สำคัญที่สุด (coef.=1.236) ครอบคลุมการจัดการความเครียด ความคิดเชิงบวก และความภาคภูมิใจในตนเอง ซึ่งหากได้รับการส่งเสริมจะช่วยเพิ่มภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุได้อย่างมีนัยสำคัญ รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ

ตัวแปร	coef.	SE	95%CI		p-value
			lower	upper	
ปัจจัยด้านบุคคล	0.605	0.037	0.441	0.769	0.014
ปัจจัยด้านครอบครัวและสังคม	0.838	0.113	0.556	1.12	<0.001
ปัจจัยทางเศรษฐกิจ	0.635	0.182	0.493	0.777	0.011
ปัจจัยด้านจิตวิทยา	1.236	0.174	2.298	-1.199	<0.001
Adj.R-square=0.6831, RMSE=4.01					

การศึกษาศักยภาพ อสม. ด้านการดำเนินงานสุขภาพจิตในกลุ่มตัวอย่าง 207 คน พบว่า อสม.ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (60.38%) อายุเฉลี่ย 51.32 ปี ปฏิบัติงานเฉลี่ย 9.56 ปี และเกือบทั้งหมดไม่เคยอบรมด้านสุขภาพจิต (89.86%) สะท้อนข้อจำกัดด้านสมรรถนะพื้นฐาน ผลการประเมินความรู้มีคะแนนเฉลี่ย 4.61 (SD=1.31) โดย 58.65% อยู่ในระดับน้อย ขณะที่ทัศนคติมีคะแนนเฉลี่ย 19.49 (SD=3.56) ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง (57.00%) และด้านพฤติกรรมการปฏิบัติมีคะแนนเฉลี่ย 12.85 (SD=2.55) โดย 55.07% อยู่ในระดับน้อย ข้อมูลทั้งหมดชี้ให้เห็นว่า อสม. ยังขาดความรู้ทัศนคติที่เข้มแข็ง และพฤติกรรมปฏิบัติที่เพียงพอ ทำให้ศักยภาพในการเป็นผู้นำด้านการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุยังต้องได้รับการพัฒนาอย่างเร่งด่วน รายละเอียดดังตารางที่ 3 และ 4

ตารางที่ 3 ข้อมูลทั่วไปของ อสม.(n=207)

ตัวแปร		จำนวน	ร้อยละ	Mean	SD	min-max
เพศ	ชาย	82	39.62			
	หญิง	125	60.38			
อายุ				51.32	6.52	39-62
ระดับการศึกษา	ประถมศึกษา	113	54.59			
	มัธยมศึกษาตอนต้น	54	26.09			
	มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	30	14.49			
	ปวส./ปวท./อนุปริญญา	10	4.83			
อาชีพ	ว่างงาน	34	16.43			
	รับจ้าง	34	16.43			
	ค้าขาย	26	12.56			
	เกษตรกร	113	54.59			
ระยะเวลาการเป็น อสม.				9.56	3.21	5-14
ประสบการณ์อบรม ด้านสุขภาพจิต	ไม่เคย	186	89.86			
	เคย	21	10.14			
จำนวนครั้งที่เคยได้รับการอบรมด้านสุขภาพจิต				2.4	2.14	0-3

ตารางที่ 4 ความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติในการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุของ อสม.(n=207)

ตัวแปร		จำนวน	ร้อยละ	Mean	SD	min-max
ความรู้	น้อย	122	58.65	4.61	1.31	3-6
	ปานกลาง	86	41.35			
ทัศนคติ	น้อย	89	43.00	19.49	3.56	10-28
	ปานกลาง	118	57.00			
การปฏิบัติ	น้อย	114	55.07	12.85	2.55	10-17
	ปานกลาง	93	44.93			

ระยะที่ 2 การพัฒนาแนวทางการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ สำหรับ อสม.

จากข้อมูลทั้งในส่วนของผู้สูงอายุ และ อสม. ผู้วิจัยได้นำมาเป็นข้อมูลในการออกแบบแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพจิตในผู้สูงอายุสำหรับ อสม. โดยมีกรอบแนวคิดการพัฒนาแนวทางยึดตาม 4 ปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ได้แก่ ปัจจัยด้านบุคคล (ร่างกาย–อารมณ์–คุณค่าในตนเอง), ปัจจัยด้านครอบครัวและสังคม,ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ และ ปัจจัยด้านจิตวิทยา (ทักษะคิดบวก การจัดการอารมณ์ ความภาคภูมิใจในตนเอง) และบทบาท อสม. ในการดำเนินงาน เพื่อให้สอดคล้องกับบริบทของ อสม. จึงทำให้แนวทางนี้ออกแบบให้ “ทำได้ง่าย ไม่ซับซ้อน” โดยมี 4 บทบาทหลักคือ 1. ผู้ประเมินเบื้องต้น ใช้คำถามง่าย ๆ สั้น ๆ ไม่ใช้ศัพท์เชิงจิตวิทยา 2. ผู้สื่อสารเชิงบวก เน้นการพูดคุย เอาใจใส่ ลดความโดดเดี่ยว 3. ผู้สร้างกิจกรรมชุมชนขนาดเล็ก ทำเฉพาะคุ้มบ้านของตัวเอง และ 4. ผู้เชื่อมโยงบริการ หากพบภาวะซึมเศร้า/ความเสี่ยง ส่งต่อ รพ.สต. จากแนวคิดการพัฒนา นำไปสู่การออกแบบแนวทางการส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ได้แก่ โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุโดย อสม. (ระยะเวลา 12 สัปดาห์) โดยมีวัตถุประสงค์คือ 1. เพิ่มความรู้และทักษะของ อสม. ในการประเมินและส่งเสริมสุขภาพจิต 2. ลดภาวะโดดเดี่ยวและเสริมพลังใจให้ผู้สูงอายุ 3. เพิ่มการปฏิบัติงานด้านสุขภาพจิตของ อสม. อย่างเป็นระบบ และ 4. สร้างระบบติดตามและส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ

ตารางกิจกรรม (12 สัปดาห์)

สัปดาห์ 1-4 : การประเมินและเตรียมความพร้อม : สร้างพื้นฐานความรู้–ฝึกทักษะ–สำรวจกลุ่มเสี่ยง

สป.	กิจกรรม	ผู้รับผิดชอบ	เวลา	วิธีดำเนินการ	ตัวชี้วัดผล
1	อบรม อสม. เรื่องสุขภาพจิตผู้สูงอายุ	รพ.สต. / จนท. + อสม.	2 ชม.	อบรมแบบสาธิต–เวิร์กชอป	อสม. 90% ผ่านแบบทดสอบหลังเรียน
1–2	คัดกรองความเสี่ยงผู้สูงอายุในพื้นที่	อสม.	ต่อเนื่อง	ใช้แบบสังเกตพฤติกรรม + คำถามสั้น 3 ข้อ	คัดกรองครบ ≥ 80% ของผู้สูงอายุทั้งหมด
2	แบ่งกลุ่มผู้สูงอายุเป็น 3 กลุ่ม (ปกติ/เสี่ยง/ต้องส่งต่อ)	อสม.+รพ.สต.	1 ชม.	ทบทวนข้อมูลร่วมกับ จนท.	รายชื่อกลุ่มเสี่ยงถูกต้อง ≥ 90%
3	เยี่ยมบ้านกลุ่มเสี่ยงครั้งที่ 1	อสม.	30นาที/ราย	พูดคุยเยี่ยมเยียน ตรวจสภาพแวดล้อมจิตใจ	ผู้สูงอายุ ≥ 90% พึงพอใจ
4	จัดกิจกรรมกลุ่ม “สานสัมพันธ์–สุขภาพดีใจดี”	อสม./รพ.สต.	2 ชม.	กิจกรรมนันทนาการสันทนาการง่ายๆ	ผู้เข้าร่วม ≥ 70%

สัปดาห์ 5-8 : การเยี่ยมติดตามและกระตุ้นกิจกรรมสังคม : กิจกรรมเยี่ยมบ้าน กิจกรรมกลุ่ม และติดตามต่อเนื่อง

สป.	กิจกรรม	ผู้รับผิดชอบ	เวลา	วิธีดำเนินการ	ตัวชี้วัด
5	เยี่ยมบ้านกลุ่มเสี่ยงครั้งที่ 2	อสม.	30 นาที/ราย	พูดคุย–ประเมินอารมณ์–ให้คำแนะนำ	อารมณ์ผู้สูงอายุดีขึ้น ≥ 50%
5–6	กิจกรรมเดินออกกำลังกาย–โยกเบาๆ	อสม./ชมรมผู้สูงอายุ	1 ชม.	ชวนผู้สูงอายุทำกิจกรรมเคลื่อนไหว	เข้าร่วม ≥ 40% ของผู้สูงอายุ
6	จัด “กลุ่มเพื่อนบ้านดูแลกันเอง”	อสม.	1 ชม.	จับคู่/กลุ่ม 3–5 คนให้ดูแลกัน	ตั้งกลุ่มได้ ≥ 5 กลุ่ม
7	ทำกิจกรรมต้นไม้–ศิลปะ–งานประดิษฐ์	อสม.	1–2 ชม.	ให้ผู้สูงอายุทำงานฝีมือ	ผู้เข้าร่วม ≥ 30%
8	ทบทวนผู้สูงอายุเสี่ยงสูง พร้อมส่งต่อ	อสม.+รพ.สต.	1 ชม.	ประเมินซ้ำด้วยแบบคัดกรอง	ส่งต่อครบ 100%

สัปดาห์ที่ 9-12 : การติดตาม สรุปผล และประเมินผล : สรุปผล ติดตามซ้ำ ส่งต่อ และประเมินผล

สป.	กิจกรรม	ผู้รับผิดชอบ	เวลา	วิธีดำเนินการ	ตัวชี้วัด
9	เยี่ยมบ้านครั้งที่ 3 (ประเมินซ้ำ)	อสม.	30 นาที/ราย	ประเมินพฤติกรรม–อารมณ์–สังคม	ผู้สูงอายุความเสี่ยงลดลง ≥ 50%
10	กิจกรรมกลุ่ม “สุขใจไม่โดดเดี่ยว”	อสม. + รพ.สต.	2 ชม.	พูดคุยกลุ่ม แชร์ประสบการณ์	คะแนนความรู้สึกโดดเดี่ยวลดลง
11	ประชุมสรุปผลการดำเนินงาน อำเภอ/รพ.สต.	อสม.	1–2 ชม.	สรุปจำนวนคัดกรอง-กลุ่มเสี่ยง-ส่งต่อ	รายงานผลส่งครบถ้วน
12	ประเมินผลและสะท้อนข้อเสนอแนะ	อสม.+รพ.สต.	1 ชม.	ทำแบบประเมิน อสม. และผู้สูงอายุ	ความพึงพอใจ ≥ 80%

ผลลัพธ์การดำเนินการจากพัฒนาแนวทางการส่งเสริมสุขภาพจิตในผู้สูงอายุโดย อสม. พบว่า

ผลลัพธ์ด้าน อสม. จากการดำเนินโปรแกรม 12 สัปดาห์ อสม. มีพัฒนาการด้านความรู้และทักษะการปฏิบัติงานอย่างชัดเจน โดยพบว่าหลังการอบรมและการปฏิบัติงานจริง อสม. มีคะแนนความรู้เฉลี่ยเพิ่มขึ้นมากกว่าเดิมร้อยละ 20 และมีความมั่นใจในการประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุสูงขึ้นอย่างเห็นได้ชัด อสม. สามารถดำเนินการเยี่ยมบ้านตามแผนได้มากกว่าร้อยละ 90 รวมทั้งสามารถระบุผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงด้านสุขภาพจิตได้อย่างแม่นยำมากขึ้น มีความกระตือรือร้นในการจัดกิจกรรมกลุ่ม และมีความตระหนักถึงความสำคัญของสุขภาพจิตผู้สูงอายุมากกว่าช่วงก่อนเริ่มโปรแกรม รายละเอียดดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ผลลัพธ์ที่เกิดกับกลุ่มเป้าหมาย อสม.

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลลัพธ์จริง
ความรู้เพิ่มขึ้นหลังอบรม ≥ 20%	≥ 20%	เพิ่มขึ้นเฉลี่ย 24–30%
ความมั่นใจในการประเมินสุขภาพจิตเพิ่ม ≥ 30%	≥ 30%	เพิ่มขึ้น 35%
อัตราการเยี่ยมบ้านครบตามแผน ≥ 90%	≥ 90%	ดำเนินการได้ 93%
สามารถจำแนกกลุ่มเสี่ยงได้ถูกต้อง ≥ 90%	≥ 90%	ทำได้ 92%
การมีส่วนร่วมในกิจกรรมชุมชน ≥ 80%	≥ 80%	มีส่วนร่วม 85%

ผลลัพธ์ด้านผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุมีการเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตในระดับสูงกว่าที่ตั้งเป้าไว้ สะท้อนถึงความสนใจและการยอมรับกิจกรรมของโครงการ ผู้สูงอายุที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงสูงได้รับการส่งต่อเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพอย่างครบถ้วนร้อยละ 100 นอกจากนี้ ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจต่อการเยี่ยมบ้านและการดูแลจาก อสม. อยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 87) สะท้อนให้เห็นถึงคุณภาพของการดูแลและความเหมาะสมของแนวทางการส่งเสริมสุขภาพจิตที่พัฒนาขึ้น ซึ่งเอื้อต่อการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน รายละเอียดดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ผลลัพธ์ที่เกิดกับกลุ่มเป้าหมายผู้สูงอายุ

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลลัพธ์จริง
ผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรม ≥ 50%	≥ 50%	เข้าร่วม 62%
ผู้สูงอายุเสี่ยงสูงได้รับการส่งต่อครบ 100%	100%	100%
ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจการเยี่ยมบ้าน ≥ 80%	≥ 80%	87%

นอกจากนี้ผู้วิจัยได้ทำการวัดระดับภาวะสุขภาพจิต พบว่า สัดส่วนของผู้สูงอายุที่มีภาวะสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไปลดลงเหลือเพียงร้อยละ 25 และมีผู้สูงอายุที่มีภาวะสุขภาพจิตสูงกว่าคนทั่วไปเพิ่มขึ้น จากเดิมมีเพียงแค่กลุ่มที่มีสุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไปและต่ำกว่าคนทั่วไปเท่านั้น จากการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ก่อนและหลังดำเนินการส่งเสริมสุขภาพ พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะสุขภาพจิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ค่าความแตกต่างของค่าเฉลี่ยเท่ากับ รายละเอียดดังตารางที่ 7

ตารางที่ 7 ระดับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุก่อน-หลังได้รับการส่งเสริมสุขภาพจิตโดย อสม.(n=128)

ตัวแปร	ก่อน				หลัง				MD	95%CI	p-value*
	จำนวน	ร้อยละ	Mean	SD	จำนวน	ร้อยละ	Mean	SD			
มีสุขภาพจิตสูงกว่าคนทั่วไป (Good)	-	-	160.42	56.2	15	11.72	198.42	58	38	23.91-52.08	<0.001
มีสุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป (Fair)	92	71.8			81	63.28					

ตัวแปร	ก่อน				หลัง				MD	95%CI	p-value*
	จำนวน	ร้อยละ	Mean	SD	จำนวน	ร้อยละ	Mean	SD			
มีสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป (Poor)	36	28.2			32	25					

MD=Mean Difference, *=p-value of Paired t-test (significant at <0.05)

อภิปรายผลการวิจัย

ผลการศึกษาระยะที่ 1 พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีภาวะสุขภาพจิตอยู่ในระดับเทียบเท่าคนทั่วไป แต่ยังมีสัดส่วนถึงร้อยละ 28.1 ที่มีสุขภาพจิตต่ำกว่าเกณฑ์ โดยเฉพาะด้านการเห็นคุณค่าในตนเอง ความสุขในชีวิตประจำวัน ความสัมพันธ์ในครอบครัว และความรู้สึกปลอดภัยในชุมชน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ พัชรี ยอดพฤติการณ์ และนงลักษณ์ เพียรดี[14] ที่รายงานว่าผู้สูงอายุไทยจำนวนมากมีภาวะซึมเศร้าในระดับปานกลางถึงสูง โดยเฉพาะกลุ่มที่มีความโดดเดี่ยวทางสังคมและบทบาทในครอบครัวลดลง องค์การอนามัยโลกระบุว่าความโดดเดี่ยว การสูญเสียคู่สมรส และการลดบทบาทในครอบครัวเป็นปัจจัยทำนายสำคัญของปัญหาสุขภาพจิตในผู้สูงอายุทั่วโลก[15] ซึ่งสอดคล้องกับบริบทของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ที่มีรายได้ต่ำกว่า 10,000 บาทถึงร้อยละ 96 และมีโรคประจำตัวสูงถึงร้อยละ 88 ทั้งยังสอดคล้องกับรายงานของกรมสุขภาพจิต ที่ชี้ว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยและโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวานและความดันโลหิตสูง มีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าและความเครียดสูงกว่ากลุ่มทั่วไปอย่างมีนัยสำคัญ[16]

เมื่อพิจารณาปัจจัยที่มีผลต่อภาวะสุขภาพจิต พบว่าปัจจัยด้านจิตวิทยามีอิทธิพลสูงที่สุด รองลงมาคือปัจจัยด้านครอบครัวและสังคม ปัจจัยด้านบุคคล และปัจจัยด้านเศรษฐกิจ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Beard et al. ที่ระบุว่าโรคเรื้อรังและข้อจำกัดทางกายภาพส่งผลต่อความรู้สึกด้อยค่า ความเศร้า และความไม่มั่นคงในชีวิต[17] ขณะเดียวกัน ผลการวิเคราะห์ยังสอดคล้องกับงานของ อรทัย มงคลศรี และสุพัตรา ชัยสมบัติ ที่พบว่าการสนับสนุนทางอารมณ์และปฏิสัมพันธ์ในครอบครัวช่วยลดความเสี่ยงภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ซึ่งสอดรับกับแนวคิด Social Support Theory ที่เน้นบทบาทของการสนับสนุนทางสังคมต่อความมั่นคงทางจิตใจ[18]

ในด้านเศรษฐกิจ แม้จะไม่ใช่ปัจจัยที่มีค่าสัมประสิทธิ์สูงที่สุด แต่เป็นปัญหาเรื้อรังในบริบทชนบท สอดคล้องกับรายงานของ National Institute on Aging (2022) ที่พบว่าผู้สูงอายุรายได้น้อยมีระดับความเครียดและภาวะซึมเศร้าสูงกว่ากลุ่มรายได้สูงอย่างต่อเนื่อง ส่วนปัจจัยด้านจิตวิทยา เช่น การคิดบวก การจัดการอารมณ์ และความภาคภูมิใจในตนเอง[19] สอดคล้องกับแนวคิดจิตวิทยาเชิงบวกที่ยืนยันว่าการฝึกทักษะเชิงบวกช่วยเพิ่มคะแนนสุขภาพจิตและลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้อย่างมีนัยสำคัญ[20,21]

ผลการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุพบว่ามีความต้องการการเยี่ยมเยียนสม่ำเสมอ การพูดคุย การมีกิจกรรมกลุ่ม และการได้รับการใส่ใจจากครอบครัวและชุมชน ซึ่งสอดคล้องกับรายงานของกรมสุขภาพจิต (2566) และการศึกษาของ Chen et al. ที่พบว่ากิจกรรมกลุ่มในชุมชนช่วยเพิ่มดัชนีความสุขของผู้สูงอายุได้อย่างมีนัยสำคัญ[22] ข้อมูลเหล่านี้จึงถูกนำมาใช้เป็นฐานในการออกแบบแนวทางในระยะที่ 2

ในส่วนของ อสม. พบว่ามีความรู้และการปฏิบัติด้านสุขภาพจิตอยู่ในระดับต่ำถึงปานกลาง และเกือบทั้งหมดไม่เคยผ่านการอบรมเฉพาะทาง สะท้อนถึงช่องว่างด้านศักยภาพ แม้จะเป็นกลไกสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุ ดังนั้น แนวทางในระยะที่ 2 จึงพัฒนาบนฐานของปัจจัยสำคัญทั้งสี่ด้าน บริบทชุมชน ความต้องการของผู้สูงอายุ และศักยภาพของ อสม.

เชื่อมโยงกับกรอบ PAOR แนวคิด Self-efficacy ของ Bandura และ Social Engagement Theory ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของโปรแกรม “เพื่อนผู้สูงอายุ”[23]

ผลการดำเนินงานระยะที่ 2 แสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุมีการตอบสนองเชิงบวกต่อกิจกรรมที่ อสม. ดำเนินการอย่างมีนัยสำคัญ กิจกรรมเยี่ยมบ้าน การพูดคุยเชิงบวก การประเมินสุขภาพจิตเบื้องต้น และกิจกรรมฟื้นฟูสมรรถภาพกายช่วยให้ผู้สูงอายุรับรู้ถึงคุณค่าในตนเองและลดความเหงา นอกจากนี้ การสร้างกลุ่มเพื่อนสูงวัยในชุมชนและกิจกรรมคุ้มบ้านขนาดเล็กยังช่วยเพิ่มปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกได้รับการยอมรับและเชื่อมโยงกับสังคมรอบตัว ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิเคราะห์ Multiple Linear Regression ที่ชี้ว่าปัจจัยด้านครอบครัวและสังคมมีอิทธิพลอย่างสูงต่อสุขภาพจิต (coef.=0.838)

ในด้านเศรษฐกิจ โปรแกรม “ทำได้–ขายได้” และการให้ข้อมูลสิทธิประโยชน์ช่วยลดความรู้สึกเป็นภาระของผู้สูงอายุ ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจและความมั่นใจในตนเองมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Khlat et al. ที่ระบุว่าการมีรายได้หรือกิจกรรมสร้างคุณค่าเชิงเศรษฐกิจช่วยส่งเสริมความเป็นอยู่ทางจิตใจในผู้สูงอายุ[24]

ผลลัพธ์ด้านจิตวิทยา พบว่ากิจกรรม “คิดบวกวันละนิด” การเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา และเวทีเล่าสู่กันฟัง ส่งเสริมทักษะการคิดเชิงบวก การจัดการอารมณ์ และความภาคภูมิใจในตนเอง ซึ่งเป็นปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพจิตสูงสุด (coef.=1.236) ข้อมูลนี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ Chou & Chi ที่พบว่าการฝึกทักษะเชิงบวกและการมีเป้าหมายชีวิตช่วยลดภาวะซึมเศร้าและความเหงาในผู้สูงอายุ[25]

ในด้าน อสม. พบว่าความรู้และความมั่นใจในการประเมินสุขภาพจิตเพิ่มขึ้นมากกว่าร้อยละ 20 และสามารถดำเนินกิจกรรมตามแผนได้มากกว่าร้อยละ 90 สะท้อนถึงประสิทธิภาพของแนวทางที่พัฒนา โดยสรุป แนวทางส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุโดย อสม. สามารถตอบสนองต่อปัญหาที่ค้นพบได้อย่างเป็นระบบ ครอบคลุมมิติด้านร่างกาย สังคม เศรษฐกิจ และจิตใจ ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตทางจิตใจดีขึ้น และเสริมศักยภาพ อสม. ในการดูแลสุขภาพจิตชุมชนอย่างยั่งยืน

ข้อเสนอแนะ

จากผลการศึกษานี้สามารถเสนอแนะได้ว่า ควรพัฒนาองค์ความรู้และทักษะด้านสุขภาพจิตของอาสาสมัครสาธารณสุขให้มีความเชี่ยวชาญในการประเมินและให้การสนับสนุนผู้สูงอายุมากขึ้น ควบคู่กับการเสริมสร้างระบบสนับสนุนทางสังคมในชุมชนเพื่อป้องกันความโดดเดี่ยวและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ หน่วยบริการปฐมภูมิและองค์กรท้องถิ่นควรร่วมจัดทำระบบติดตามผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงด้านสุขภาพจิตอย่างเป็นขั้นตอน นอกจากนี้ การวิจัยในอนาคตควรศึกษาประสิทธิผลของแนวทางหรือโปรแกรมดังกล่าวในรูปแบบเชิงทดลองหรือกึ่งทดลอง มีการติดตามผลระยะยาว ขยายบริบทพื้นที่ศึกษา และพิจารณาการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีหรือบทบาทของครอบครัวและชุมชนอย่างรอบด้าน เพื่อสนับสนุนการพัฒนางานส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุอย่างยั่งยืน

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. รายงานสถิติจำนวนประชากรไทย พ.ศ. 2565 [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ; 2565 [เข้าถึงเมื่อ 21 เม.ย. 2568]. เข้าถึงจาก: https://marketeeronline.co/archives/272771
2. ธีรภัทร ยอดมงคล. ปัจจัยที่มีผลต่อความเครียดในผู้สูงอายุ: การทบทวนวรรณกรรม. วารสารการพยาบาลและสุขภาพ. 2563;14(1):45–57.

3. อัญชลี ศรีนวล. ความเครียดในผู้สูงอายุ: ปัจจัยเสี่ยงและแนวทางการจัดการ. วารสารสาธารณสุขชุมชน. 2561;14(1):12–23.
4. อำพันธ์ บุญปกและ ชูศักดิ์ พูนสวัสดิ์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ อำเภอพาน จังหวัดเชียงราย. วารสารวิจัยเขตสุขภาพที่ 9. 2565;6(2):1–12.
5. Lachman ME. Development in midlife. Annu Rev Psychol. 2004;55:305–31.
6. สมศรี สังข์ทอง. การพัฒนาแนวทางการดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุในชุมชนโดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วม. วารสารพยาบาลศาสตร์. 2562;37(3):56–67.
7. กรมสุขภาพจิต. ผู้สูงอายุไทยกว่า 800,000 คนมีภาวะสมองเสื่อม [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต; 2566 [เข้าถึงเมื่อ 21 เม.ย. 2568]. เข้าถึงจาก: https://dmh.go.th/news-dmh/view.asp?id=27992
8. Richey RC, Klein JD. Design and Development Research: Methods, Strategies, and Issues. 1st ed. New York: Routledge; 2007.
9. บรรจง อินทร์พันธ์. การวิจัยและพัฒนา (Research and Development: R&D). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2559.
10. ลออ สิงหโชติสุขแพทย์, ศิรินา สันทัดงาน, รัตติยา วงศ์ลาภพานิช, สิทธิ อติรัตนา, ขจรวิชญา ประภาเลิศ และพวง แก้ว แสนคำ. ประสิทธิผลของหลักสูตรการเรียนรู้สุขภาพผู้สูงอายุแบบองค์รวม ในโรงเรียนผู้สูงอายุ. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบูรณ์. 2567;4(2):102–11.
11. Silawan T, Powwattana A, Ponsen P, Ninkarnjanakun N. Promoting the Wellness of Older Adults through Integrated Health-Promoting Programs and Supportive Peers: A Quasi-Experimental Study in Semi-Urban Communities of Northeastern Thailand. Journal of Primary Care and Community Health. 2024 Jan 1;15.
12. กรมสุขภาพจิต. แบบทดสอบดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับสมบูรณ์ 55 ข้อ (TMHI-55) [อินเทอร์เน็ต]. 2550 [เข้าถึงเมื่อ 24 เม.ย. 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://dmh.go.th/test/thaihapnew/thi54.asp
13. มณีรัศมิ์ พัฒนสมบัติสุข. การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัยทางการพยาบาลและสังคมศาสตร์.*วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้* 2564.8(2),329-343.
14. พัชรี ยอดพฤติการณ์ และ นงลักษณ์ เพียรดี. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย: การศึกษาเชิงวิเคราะห์. *วารสารการพยาบาลและสุขภาพ.* 2564;15(2):29–41.
15. World Health Organization. Mental health of older adults [Internet]. Geneva: WHO; 2023 [cited 2025 Nov 23]. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-of-older-adults
16. กาญจนา นิ่มสุนทร, สัณณ์ภณ ตะพังพินิจการ, วิภาพร คุณพาที, สนธยา ลาเตะ. ปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในตำบลไทรใหญ่ อำเภอไทรน้อย จังหวัดนนทบุรี. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน. 2567; *9*(5), 715–724.
17. Beard, J. R., et al. Aging and mental health in low-income communities. *The Lancet Healthy Longevity 2021*, *2*(3), e121–e130.
18. อรทัย มงคลศรี และ สุพัตรา ชัยสมบัติ. ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมในครอบครัวกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ. วารสารสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์. 2563;7(1):75–88.
19. National Institute on Aging. Economic insecurity and mental health in older adults. USA 2022.

20. Seligman, M. (2018). *Positive Psychology and Well-being*. Oxford University Press 2018.
21. พิชญ์สินี วัฒนกูล และ พรรณี ชัยสิทธิ์. ผลของโปรแกรมเสริมสร้างสุขภาวะจิตต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ. *วารสารสุขภาพจิตแห่งชาติ.* 2563;28(1):45–58.
22. Chen, L., et al. Effects of community group activity on elderly mental well-being. *Journal of Aging Studies 2020*, 56, 100–112.
23. รัตนา ศรีสมบัติ และ มณฑา พันธุ์มณี. ผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชุมชน. วารสารพยาบาลสาธารณสุข. 2563;34(2):112–123.
24. Khlat, M., Le Coz, P., & Le Clainche, F. Economic activity and mental health in later life: Evidence from longitudinal studies. Journal of Aging Studies 2020, 54, 100874.
25. Chou, K. L., & Chi, I. Social support and positive psychological well-being in older adults. Aging & Mental Health 2018, 22(2), 154–1

Received: 6 Dec.2025, Revised: 27 Feb.2026
Accepted: 2 Apr.2026

บทความวิจัย

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาสีนวน อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม

สุรศักดิ์ เทียบฤทธิ์ [1] ณัฐพงษ์ อัญชลี[2*] พีรภัทร พิมพระทำ[3] จันจิรา ภูนาใบ[3] ขนิษฐา ดีวังยาง[3]

บทคัดย่อ

โรคเบาหวานเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย ผู้ป่วยจำนวนมากยังไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ตามเกณฑ์เป้าหมาย การศึกษาแบบภาคตัดขวางนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาสีนวน อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 220 คน คัดเลือกด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ เครื่องมือที่ใช้คือแบบสอบถาม 4 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน การรับรู้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติถดถอยโลจิสติกพหุตัวแปร

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 52.73 ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ตามเกณฑ์ (>130 mg/dL) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) ได้แก่ พฤติกรรมการใช้ยาระดับพอใช้/ไม่ดี (AOR=6.42, 95%CI: 2.49–16.60) อาการแผลหายช้า/คัน (AOR=4.53, 95%CI: 1.86–11.01) การรับรู้อุปสรรคระดับมาก (AOR=4.28, 95%CI: 1.92–9.55) อาชีพเกษตรกรเมื่อเทียบกับค้าขาย/รับจ้าง/ข้าราชการ (AOR=3.05, 95%CI: 1.18–7.88) ความรู้ระดับพอใช้/ไม่ดี (AOR=2.66, 95%CI: 1.24–5.71) พฤติกรรมการบริโภคอาหารระดับพอใช้/ไม่ดี (AOR=2.43, 95%CI: 1.07–5.55) และการรับบริการตรวจที่โรงพยาบาล (AOR=2.40, 95%CI: 1.22–4.70)

การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในบริบทบริการปฐมภูมิได้รับอิทธิพลจากปัจจัยด้านอาชีพ การรับรู้อุปสรรค และพฤติกรรมการดูแลตนเอง ผลการศึกษาชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นในการพัฒนารูปแบบบริการเชิงรุกที่ยืดหยุ่น สอดคล้องกับวิถีชีวิตชุมชน และมุ่งเสริมสร้างความร่วมมือในการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการควบคุมโรคในระดับพื้นที่

คำสำคัญ: การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด, ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

[1] ผู้ช่วยศาสตราจารย์ประจำคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

[2*] อาจารย์ประจำคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

[3] นิสิตชั้นปีที่ 4 หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

*Corresponding author E-mail: nattapong.a@msu.ac.th

Original Article

Factors Associated with Glycemic Control Among Type 2 Diabetes Patients in the Service Area of Na Si Nuan Subdistrict Health Promoting Hospital, Kantharawichai District, MahaSarakham

Surasak Thiabrithi[1], Nattapong Anchalee[2*], Peerapat Phimphratham[3] Janjira Poonabai[3] Khanittha Deewangyang[3]

Abstract

Diabetes mellitus remains a major public health concern in Thailand, with a substantial proportion of patients failing to achieve recommended glycemic targets. This cross-sectional study aimed to identify factors associated with glycemic control among patients with type 2 diabetes mellitus (T2DM) in the catchment area of Naseenouan Health Promoting Hospital, Kantharawichai District, Mahasarakham Province. A total of 220 participants with T2DM were recruited using stratified random sampling. Data were collected through a structured questionnaire comprising four sections: demographic characteristics, diabetes-related knowledge, health belief model perceptions, and self-care behaviors. Data analysis employed descriptive statistics and multiple logistic regression.

The results revealed that 52.73% of participants had poor glycemic control (fasting blood glucose >130 mg/dL). Factors significantly associated with poor glycemic control ($p<0.05$) included fair-to-poor medication adherence behavior (AOR=6.42, 95%CI: 2.49–16.60), presence of slow-healing wounds or pruritus (AOR=4.53, 95%CI: 1.86–11.01), high perceived barriers (AOR=4.28, 95%CI: 1.92–9.55), agricultural occupation compared to trade, labor, or government employment (AOR=3.05, 95%CI: 1.18–7.88), fair-to-poor diabetes knowledge (AOR=2.66, 95%CI: 1.24–5.71), fair-to-poor dietary behavior (AOR=2.43, 95%CI: 1.07–5.55), and receiving care at a hospital rather than a primary care unit (AOR=2.40, 95%CI: 1.22–4.70).

Glycemic control among T2DM patients in primary care settings is influenced by occupational factors, perceived barriers, and self-care behaviors. These findings underscore the need for proactive, flexible service models that align with community lifestyles, with particular emphasis on enhancing sustained medication adherence to improve disease management at the community level.

Keywords: Glycemic control, Type 2 diabetes mellitus, Subdistrict Health Promoting Hospital

[1] Assistant Professor. Faculty of Public Health, Mahasarakham University

[2*] Lecturer, Faculty of Public Health, Mahasarakham University

[3] Fourth-year Student, Faculty of Public Health, Mahasarakham University

*Corresponding author E-mail: nattapong.a@msu.ac.th

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญทั่วโลก รายงานจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานยังคงมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในปี พ.ศ. 2567 ข้อมูลจากสมาพันธ์เบาหวานนานาชาติ รายงานว่า มีผู้ใหญ่ทั่วโลกอายุ 20–79 ปี ป่วยโรคเบาหวานประมาณ 589 ล้านคน และคาดว่าจะเพิ่มเป็น 853 ล้านคนในปี พ.ศ. 2593 [1] สำหรับประเทศไทย ข้อมูลจากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยพบว่าความชุกของโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 7.5 ในปี พ.ศ. 2547 เป็นร้อยละ 10.1 ในปี พ.ศ. 2563 และมีผู้ป่วยที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้เพียงร้อยละ 20.5 [2] โดยข้อมูลระดับชาติพบว่าอัตราการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ (HbA1c<7%) อยู่ที่ร้อยละ 34.5–35.6 ในช่วงปี พ.ศ. 2554–2561 ซึ่งยังต่ำกว่าเกณฑ์เป้าหมาย [3] สำหรับประเทศไทยโรคเบาหวานที่มีอัตราความชุกเพิ่มสูงขึ้น ก่อให้เกิดภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพจำนวนมาก [1,4] ข้อมูลจากคลังข้อมูลสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ชี้ให้เห็นว่า เขตสุขภาพที่ 7 (ร้อยเอ็ด ขอนแก่น มหาสารคาม และกาฬสินธุ์) มีอัตราป่วยด้วยโรคเบาหวานสูงเป็นลำดับต้นของประเทศ โดยเฉพาะ จังหวัดมหาสารคาม ที่พบอัตราป่วยสูงสุดในเขตสุขภาพที่ 7 และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น[5] เมื่อพิจารณาในระดับพื้นที่ อำเภอกันทรวิชัย พบสถานการณ์ที่น่ากังวล โดยเฉพาะในตำบลนาสีนวน ซึ่งจากการสำรวจในปี พ.ศ. 2567 พบว่ามีผู้ป่วยที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีเพียงร้อยละ 32.12 ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์ตัวชี้วัดมาตรฐานของกรมควบคุมโรคที่กำหนดไว้ไม่น้อยกว่าร้อยละ 40 [5] จากการทบทวนวรรณกรรม การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดยังคงเป็นความท้าทาย การศึกษาก่อนหน้าที่ผ่านมาให้ข้อสรุปที่เป็นไปในทางเดียวกันว่า ปัจจัยในการรักษาไม่ได้ขึ้นอยู่กับยาเพียงอย่างเดียว แต่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพและปัจจัยด้านแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ โดยเฉพาะการรับรู้อุปสรรคและประโยชน์ของการดูแลสุขภาพ ซึ่งเป็นกลไกสำคัญที่กำหนดการตัดสินใจและความร่วมมือในการดูแลตนเองของผู้ป่วย [6,7]

อย่างไรก็ตาม แม้ว่าจะมีการศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานจำนวนมาก แต่หลักฐานส่วนใหญ่ได้มาจากสถานพยาบาลระดับทุติยภูมิหรือโรงพยาบาล ซึ่งอาจไม่สะท้อนบริบททางสังคม พฤติกรรมสุขภาพ และข้อจำกัดในการดูแลตนเองของผู้ป่วยในระดับชุมชนและหน่วยบริการปฐมภูมิได้อย่างเพียงพอ อีกทั้งยังมีข้อมูลจำกัดเกี่ยวกับปัจจัยด้านพฤติกรรมและแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่สัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานในพื้นที่ตำบลนาสีนวน อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม ดังนั้น การศึกษาครั้งนี้จึงมุ่งศึกษาปัจจัยดังกล่าวเพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงประจักษ์สำหรับพัฒนารูปแบบบริการและมาตรการส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมกับบริบทของหน่วยบริการปฐมภูมิ

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาสีนวน อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์และขึ้นทะเบียนรักษาในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาสีนวน อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม จำนวน 590 คน (ข้อมูล ณ วันที่ 26 ธันวาคม 2567 จากคลังข้อมูลสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข) [5]

กลุ่มตัวอย่าง คำนวณขนาดโดยใช้สูตรของ Krejcie และ Morgan [8] ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% กำหนดสัดส่วนผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ (P) เท่ากับ 0.65 ซึ่งอ้างอิงจากการศึกษาก่อนหน้านี้ในปี พ.ศ. 2561 พบว่า สัดส่วนผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ร้อยละ 65 [3] ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 220 คน

การสุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างถูกคัดเลือกด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ โดยแบ่งชั้นตามหมู่บ้านในเขตรับผิดชอบ และจัดสรรจำนวนตัวอย่างในแต่ละหมู่บ้านตามสัดส่วนของจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานในแต่ละหมู่บ้าน จากนั้นจึงทำการสุ่มอย่างง่ายจากรายชื่อผู้ป่วยในแต่ละชั้นจนได้จำนวนครบตามที่กำหนด

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) ได้แก่ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งขึ้นทะเบียนรักษาและอาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบของ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพนาสีนวน โดยผู้ป่วยที่มีค่าระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารอยู่ในช่วง 80–130 mg/dL จัดเป็นกลุ่มควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ และผู้ที่มีค่าระดับน้ำตาลในเลือดนอกช่วงเป้าหมาย จัดเป็นกลุ่มควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) ได้แก่ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 หรือเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ผู้ที่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรง ผู้ป่วยติดเตียงหรือมีภาวะพึ่งพิง และผู้ที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาหรือไม่สามารถให้ข้อมูลได้ด้วยตนเองจนเสร็จสิ้นกระบวนการ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถาม (Questionnaire) ที่ผู้วิจัยสร้างและปรับปรุงจากการศึกษาที่เกี่ยวข้อง แบ่งออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลสุขภาพของผู้ป่วย ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพหลัก รายได้ ประวัติญาติสายตรงเป็นโรคเบาหวาน ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน และอาการแผลหายช้า/คัน ความถี่ในการตรวจค่าระดับน้ำตาลในเลือดและสถานที่ตรวจค่าระดับน้ำตาลในเลือด

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน: จำนวน 18 ข้อ ลักษณะข้อคำถามแบบเลือกตอบ ถูก/ผิด (ตอบถูก = 1, ตอบผิด = 0 คะแนน) แปลผลตามเกณฑ์ของ Bloom[9] แบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับดี (มากกว่าร้อยละ 80) ระดับพอใช้ (ร้อยละ 60-79.99) และระดับไม่ดี (น้อยกว่าร้อยละ 60)

ส่วนที่ 3 การรับรู้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยง ความรุนแรง ประโยชน์ อุปสรรค และสิ่งชักนำให้ปฏิบัติ ลักษณะข้อคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 3 ระดับ (เห็นด้วย / ไม่แน่ใจ / ไม่เห็นด้วย)

ส่วนที่ 4 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ครอบคลุม 3 ด้าน ได้แก่ ด้านการบริโภคอาหาร (12 ข้อ) ด้านการออกกำลังกาย (6 ข้อ) และด้านการใช้ยา (7 ข้อ) ลักษณะข้อคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 3 ระดับ (ปฏิบัติเป็นประจำ / ปฏิบัติบางครั้ง / ไม่เคยปฏิบัติ)

ทั้งนี้ ส่วนที่ 3 และ 4 แปลผลตามเกณฑ์ของ Best [10] แบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับดี (ค่าเฉลี่ย 2.34-3.00) ระดับพอใช้ (ค่าเฉลี่ย 1.67-2.33) และระดับไม่ดี (ค่าเฉลี่ย 1.00-1.66)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือวิจัยผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (IOC) เท่ากับ 0.50–1.00 และทดสอบความเชื่อมั่น (Reliability) โดยนำไปทดลองใช้ (Try Out) กับผู้ป่วยเบาหวานที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างแต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ จำนวน 30 ราย ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหัวขัว ตำบลท่าขอนยาง อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม พบค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่น KR-20 ด้านความรู้เท่ากับ 0.717

ส่วนค่าสัมประสิทธิ์ Cronbach's Alpha ด้านการรับรู้แบบแผนความเชื่อและพฤติกรรมสุขภาพเท่ากับ 0.835 และ 0.869 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนสิงหาคม–กันยายน พ.ศ. 2568 การศึกษานี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม (เลขที่ 497-360/2568) ผู้วิจัยทำหนังสือขอความอนุเคราะห์จากคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ถึงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาสีนวน และประสานงานกับผู้รับผิดชอบคลินิกเบาหวานในพื้นที่ ก่อนเก็บข้อมูล ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน สิทธิในการปฏิเสธหรือถอนตัว และขอความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคล จากนั้นดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเองโดยใช้แบบสอบถาม ทั้งนี้แบบบันทึกข้อมูลไม่มีข้อมูลที่สามารถระบุตัวตนของผู้ให้ข้อมูลได้ และข้อมูลทั้งหมดถูกเก็บรักษาเป็นความลับ นำเสนอผลเฉพาะในภาพรวมเท่านั้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS เวอร์ชั่น 29 แบ่งเป็น 2 ส่วน ดังนี้

สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) สำหรับข้อมูลเชิงแจงนับ รายงานด้วยจำนวนและร้อยละ สำหรับข้อมูลต่อเนื่องที่มีการแจกแจงแบบปกติ รายงานด้วยค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สำหรับข้อมูลต่อเนื่องที่มีการแจกแจงแบบไม่ปกติ รายงานด้วยค่ามัธยฐาน, Q_1 และ Q_3 โดยตรวจสอบความปกติของการแจกแจงโดยใช้การทดสอบ Shapiro–Wilk

สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) ใช้สถิติการถดถอยโลจิสติกเชิงพหุ (Multiple Logistic Regression) เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ซึ่งเป็นตัวแปรตามแบบทวิภาค (ควบคุมได้ ≤130 mg/dL / ควบคุมไม่ได้ >130 mg/dL) รายงานผลเป็น Crude Odds Ratio (OR) และ Adjusted Odds Ratio (AOR) พร้อมช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95 และค่า p-value กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ α = 0.05 ผู้วิจัยคัดเลือกตัวแปรเข้าสู่แบบจำลองด้วยวิธี Purposeful Selection โดยพิจารณาจากกรอบแนวคิดและการทบทวนวรรณกรรม ร่วมกับผลการวิเคราะห์ระดับตัวแปรเดี่ยวที่ระดับนัยสำคัญ $p < 0.25$ เพื่อรักษาตัวแปรที่อาจเป็นปัจจัยกวนไว้ในแบบจำลอง และประเมินคุณภาพของแบบจำลอง ดำเนินการโดยตรวจสอบความสอดคล้องของแบบจำลอง ด้วยสถิติ Hosmer–Lemeshow test และประเมินอำนาจในการจำแนก โดยใช้พื้นที่ใต้กราฟ ROC Curve ตรวจสอบปัญหาความสัมพันธ์เชิงเส้นร่วมระหว่างตัวแปรอิสระ (Multicollinearity) โดยกำหนดเกณฑ์ค่า Variance Inflation Factor (VIF) น้อยกว่า 5 ทั้งนี้ ไม่พบข้อมูลสูญหายและข้อมูลทั้งหมดถูกนำมาวิเคราะห์ครบถ้วน

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

จากการศึกษากลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 220 ราย พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 68.18 มีอายุ 60 ปีขึ้นไปมีร้อยละ 54.09 ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาประถมศึกษาหรือต่ำกว่าร้อยละ 82.27 มีสถานภาพสมรสร้อยละ 62.73 การประกอบอาชีพ ว่างงานมากที่สุดร้อยละ 38.18 มีรายได้ต่ำกว่า 5,000 บาทต่อเดือนร้อยละ 75.45 มีระยะเวลาป่วยเป็นโรคเบาหวาน 5–10 ปี ร้อยละ 43.18 มีประวัติญาติเป็นโรคเบาหวานร้อยละ 55.91 กลุ่มตัวอย่างเข้ารับบริการตรวจระดับน้ำตาลที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ร้อยละ 55.00 และมีอาการแผลหายช้า/คันร้อยละ 22.73 ด้านความรู้ พบว่า มีความรู้ในระดับดีร้อยละ 63.64 สำหรับการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ในระดับสูงเกือบทุกด้าน ได้แก่ สิ่งชักนำสู่การปฏิบัติร้อยละ 94.09 การรับรู้ประโยชน์ร้อยละ 92.73 การรับรู้โอกาสเสี่ยง

ร้อยละ 89.09 และการรับรู้ความรุนแรงร้อยละ 77.27 การรับรู้อุปสรรค ส่วนใหญ่มีการรับรู้ในระดับน้อยถึงปานกลาง ร้อยละ 60.00 พฤติกรรมการบริโภคอาหารอยู่ในระดับพอใช้/ไม่ดีร้อยละ 55.00 และพฤติกรรมการออกกำลังกายอยู่ในระดับพอใช้/ไม่ดี ร้อยละ 53.18 พฤติกรรมการใช้ยาอยู่ในระดับพอใช้/ไม่ดี ร้อยละ 82.73 ดังแสดงในตารางที่ 1 สำหรับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด กลุ่มตัวอย่างที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ (>130mg/dL) มีร้อยละ52.73 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ของลักษณะส่วนบุคคล ภาวะสุขภาพ ความรู้ การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 (n = 220)

ปัจจัย	จำนวน (n)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	70	31.82
หญิง	150	68.18
กลุ่มอายุ		
น้อยกว่า 60 ปี	101	45.91
60 ปีขึ้นไป	119	54.09
Mean=62.05 S.D.=10.05		
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า	181	82.27
มัธยมศึกษาขึ้นไป	39	17.73
สถานภาพสมรส		
ไม่มีคู่สมรส	82	37.27
สมรส	138	62.73
อาชีพหลัก		
ค้าขาย/รับจ้าง/ข้าราชการ	79	35.91
เกษตรกร	57	25.91
ว่างงาน	84	38.18
กลุ่มรายได้ต่อเดือน		
ต่ำกว่า 5,000 บาท	166	75.45
5,000 บาทขึ้นไป	54	24.55
Median=2000 Q_1=700 Q_3=5000		
ประวัติญาติสายตรงเป็นเบาหวาน		
ไม่มี	97	44.09
มี	123	55.91
ระยะเวลาในการป่วยเป็นโรคเบาหวาน		
< 5 ปี	57	25.91
5-10 ปี	95	43.18
> 10 ปี	68	30.91

ปัจจัย	จำนวน (n)	ร้อยละ
Median=8 Q_1=4 Q_3=12		
แผลหายช้า/คัน		
ไม่มี	170	77.27
มี	50	22.73
ความถี่การตรวจค่าระดับน้ำตาลในเลือด		
ไม่ได้ตรวจ	57	25.91
ตรวจอย่างน้อย 1 ครั้ง/3 เดือน	148	67.27
ตรวจทุกเดือน	15	6.82
สถานที่ตรวจค่าระดับน้ำตาลในเลือด		
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ	121	55.00
โรงพยาบาล	99	45.00
ระดับความรู้		
ระดับดี	140	63.64
ระดับไม่ดีถึงพอใช้	80	36.36
การรับรู้โอกาสเสี่ยง		
ระดับสูง	196	89.09
ระดับน้อยถึงปานกลาง	24	10.91
การรับรู้ความรุนแรง		
ระดับสูง	170	77.27
ระดับน้อยถึงปานกลาง	50	22.73
สิ่งชักนำ		
ระดับสูง	207	94.09
ระดับน้อยถึงปานกลาง	13	5.91
การรับรู้ประโยชน์		
ระดับสูง	204	92.73
ระดับน้อยถึงปานกลาง	16	7.27
การรับรู้อุปสรรค		
ระดับสูง	88	40
ระดับน้อยถึงปานกลาง	132	60
พฤติกรรมการบริโภค		
ระดับดี	99	45
ระดับไม่ดีถึงพอใช้	121	55
พฤติกรรมการออกกำลังกาย		
ระดับดี	103	46.82

ปัจจัย	จำนวน (n)	ร้อยละ
ระดับไม่ดีถึงพอใช้	117	53.18
พฤติกรรมการใช้ยา		
ระดับดี	38	17.27
ระดับไม่ดีถึงพอใช้	182	82.73

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มตัวอย่าง (n = 220)

การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด	จำนวน (n)	ร้อยละ (%)
ควบคุมได้ (<=130 mg/dL)	104	47.27
ควบคุมไม่ได้ (>130 mg/dL)	116	52.73

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์พหุตัวแปร (Multiple Logistic Regression) โดยการควบคุมอิทธิพลของตัวแปรอิสระอื่นๆ ในแบบจำลอง พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ได้แก่

ผู้ที่มีพฤติกรรมการใช้ยาในระดับพอใช้/ไม่ดี มีโอกาสควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้เป็น 6.42 เท่า ของกลุ่มที่มีพฤติกรรมระดับดี (AOR = 6.42, 95%CI: 2.49–16.60, p < 0.001) ผู้ป่วยที่มีอาการแผลหายช้าหรือมีอาการคัน มีโอกาสควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้เป็น 4.53 เท่า ของกลุ่มที่ไม่มีอาการ (AOR = 4.53, 95%CI: 1.86–11.01, p = 0.001) ผู้ที่มีการรับรู้อุปสรรคของการดูแลสุขภาพตนเองระดับมาก มีโอกาสควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้เป็น 4.28 เท่า ของกลุ่มที่รับรู้อุปสรรคระดับน้อยถึงปานกลาง (AOR = 4.28, 95%CI: 1.92–9.55, p < 0.001) กลุ่มเกษตรกรมีโอกาสควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้เป็น 3.05 เท่า ของกลุ่มอาชีพค้าขาย/รับจ้าง/ข้าราชการ (AOR = 3.05, 95%CI: 1.18–7.88, p = 0.021) ผู้ที่มีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานระดับพอใช้/ไม่ดี มีโอกาสควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้เป็น 2.66 เท่า ของกลุ่มที่มีความรู้ระดับดี (AOR = 2.66, 95%CI: 1.24–5.71, p = 0.012) ผู้ที่มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารระดับพอใช้/ไม่ดี มีโอกาสควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้เป็น 2.43 เท่า ของกลุ่มที่มีพฤติกรรมระดับดี (AOR = 2.43, 95%CI: 1.07–5.55, p = 0.035) และผู้ที่รับการตรวจค่าระดับน้ำตาลในเลือดที่โรงพยาบาล มีโอกาสควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้เป็น 2.40 เท่า ของกลุ่มที่รับการตรวจที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (AOR = 2.40, 95%CI: 1.22–4.70, p = 0.011) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยเสี่ยงต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ของกลุ่มตัวอย่าง (n = 220)

ปัจจัยเสี่ยงต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้	จำนวน (n)	Crude OR (95% CI)	*p*-value	AOR (95% CI)	*p*-value
เพศ					
ชาย	70	1		1	
หญิง	150	1.28 (0.72–2.25)	0.399	1.08 (0.52–2.24)	0.826
กลุ่มอายุ					
น้อยกว่า 60 ปี	101	1.14 (0.67–1.93)	0.977	1.04 (0.46–2.33)	0.924
60 ปีขึ้นไป	119	1		1	

ปัจจัยเสี่ยงต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้	จำนวน (n)	Crude OR (95% CI)	*p*-value	AOR (95% CI)	*p*-value
ระดับการศึกษา					
ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า	181	1.22 (0.61–2.43)	0.581	1.58 (0.63–3.95)	0.326
มัธยมศึกษาขึ้นไป	39	1		1	
สถานภาพสมรส					
ไม่มีคู่สมรส	82	1		1	
สมรส	138	1.02 (0.59–1.76)	0.947	0.86 (0.41–1.79)	0.685
อาชีพหลัก					0.025*
ค้าขาย/รับจ้าง/ข้าราชการ	79	1		1	
เกษตรกร	57	2.46 (1.21–5.01)	0.013*	3.05 (1.18–7.88)	0.021*
ว่างงาน	84	1.03 (0.56-1.90)	0.920	0.85 (0.34–2.12)	0.724
กลุ่มรายได้ต่อเดือน					
ต่ำกว่า 5,000 บาท	166	1		1	
5,000 บาทขึ้นไป	54	0.95 (0.52–1.77)	0.882	1.14 (0.48–2.70)	0.760
ประวัติญาติป่วยเบาหวาน					
ไม่มี	97	1		1	
มี	123	1.46 (0.86–2.50)	0.162	1.85 (0.89–3.84)	0.098
ระยะเวลาป่วยเป็นโรคเบาหวาน					0.077
< 5 ปี	57	1		1	
5-10 ปี	95	1.79 (0.92–3.48)	0.087	1.95 (0.84–4.51)	0.120
> 10 ปี	68	2.24 (1.09–4.60)	0.027*	1.87 (0.71–4.94)	0.205
แผลหายช้า/คัน					
ไม่มี	170	1		1	
มี	50	1.82 (0.95–3.49)	0.071	4.53 (1.86–11.01)	<0.001*
ความถี่การตรวจระดับน้ำตาล					0.185
ไม่ได้ตรวจ	57	1		1	
อย่างน้อย 1 ครั้ง/3เดือน	148	2.79 (1.48–5.27)	0.002*	2.11 (0.92–4.84)	0.078
ทุกเดือน	15	1.62 (0.51–5.12)	0.412	1.26 (0.30–5.34)	0.755
สถานที่ตรวจระดับน้ำตาล					
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ	121	1		1	
โรงพยาบาล	99	1.79 (1.04–3.06)	0.035*	2.40 (1.22–4.70)	0.011*
ระดับความรู้					
ระดับดี	140	1		1	
ระดับพอใช้/ไม่ดี	82	1.35 (0.78–2.35)	0.284	2.66 (1.24–5.71)	0.012*
การรับรู้โอกาสเสี่ยง					

ปัจจัยเสี่ยงต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้	จำนวน (n)	Crude OR (95% CI)	*p*-value	AOR (95% CI)	*p*-value
ระดับสูง	196	1		1	
ระดับปานกลาง/น้อย	24	1.29 (0.55–3.04)	0.561	1.34 (0.46–3.90)	0.586
การรับรู้ความรุนแรง					
ระดับสูง	170	1		1	
ระดับปานกลาง/น้อย	50	1.32 (0.70–2.49)	0.396	0.83 (0.33–2.11)	0.700
สิ่งชักนำ					
ระดับสูง	207	1		1	
ระดับปานกลาง/น้อย	13	1.47 (0.46–4.63)	0.514	1.09 (0.16–7.30)	0.931
การรับรู้ประโยชน์					
ระดับสูง	204	1		1	
ระดับปานกลาง/น้อย	16	1.17 (0.42–3.25)	0.770	0.87 (0.16 – 4.55)	0.869
การรับรู้อุปสรรค					
ระดับสูง	88	2.91 (1.65–5.12)	<0.001*	4.28 (1.92–9.55)	<0.001*
ระดับปานกลาง/น้อย	132	1		1	
พฤติกรรมการบริโภค					
ระดับดี	99	1		1	
ระดับพอใช้/ไม่ดี	121	0.88 (0.51–1.49)	0.625	2.43 (1.07–5.55)	0.035*
พฤติกรรมการออกกำลังกาย					
ระดับดี	103	1		1	
ระดับพอใช้/ไม่ดี	117	0.57 (0.33–0.97)	0.038*	0.64 (0.32–1.29)	0.210
พฤติกรรมการใช้ยา				2.49–16.60	
ระดับดี	38	1		1	
ระดับพอใช้/ไม่ดี	182	2.50 (1.21-5.21)	0.012*	6.42 (2.49–16.60)	<0.001*

* *p*-value = <0.05

อภิปรายผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ (>130 mg/dL) ร้อยละ 52.73 ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาระดับประเทศที่พบว่าผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในประเทศไทยมากกว่าครึ่งไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ [11] จากการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกพหุตัวแปร พบประเด็นสำคัญที่นำมาอภิปรายได้ดังนี้

บริบทอาชีพกับการควบคุมระดับน้ำตาล ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มเกษตรกรมีโอกาสควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้มากกว่ากลุ่มอาชีพค้าขาย/รับจ้าง/ข้าราชการ (AOR = 3.05, 95%CI: 1.18–7.88) ในขณะที่กลุ่มว่างงานไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ (p = 0.724) ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับ พรภัทราและคณะ ซึ่งอธิบายได้ว่า บริบทการประกอบอาชีพที่

แตกต่างกันส่งผลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเอง และการควบคุมพฤติกรรมสุขภาพ โดยเฉพาะกลุ่มเกษตรกรที่มีความผันแปรของภาระงานตามฤดูกาล ซึ่งเป็นอุปสรรคต่อความต่อเนื่องในการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการรับบริการสุขภาพตามนัด [12] นอกจากนี้ ภาระงานหนักในช่วงฤดูเก็บเกี่ยวอาจกระตุ้นให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้นสูงขึ้นผ่านกลไกความเครียดได้ [13] ข้อค้นพบนี้สะท้อนนัยเชิงปฏิบัติว่า การดูแลผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มเกษตรกรอาจจำเป็นต้องใช้รูปแบบบริการที่ยืดหยุ่นและสอดคล้องกับบริบทการดำเนินชีวิตมากขึ้น เพื่อสนับสนุนความต่อเนื่องของการดูแลและลดการขาดนัด ซึ่งมีความสำคัญต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด นอกจากนี้ แนวทางการติดตามเชิงรุก เช่น การเยี่ยมบ้านหรือการติดตามโดยเครือข่ายชุมชนอาจเป็นทางเลือกที่เหมาะสมโดยมีรายงานว่าสามารถช่วยส่งเสริมการจัดการตนเองและผลลัพธ์ด้านระดับน้ำตาลในเลือดได้ [14]

ความรู้และการรับรู้อุปสรรคของการดูแลสุขภาพตนเอง ผลการศึกษาพบว่า ผู้ที่มีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานระดับพอใช้/ไม่ดีมีโอกาสควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้มากกว่ากลุ่มที่มีความรู้ระดับดี (AOR = 2.66, 95%CI: 1.24–5.71) ขณะเดียวกัน ผู้ที่มีการรับรู้อุปสรรคของการดูแลสุขภาพตนเองระดับมากมีโอกาสควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้มากกว่ากลุ่มที่รับรู้อุปสรรคระดับปานกลาง/น้อย (AOR = 4.28, 95%CI: 1.92–9.55) ซึ่งอธิบายได้ตามทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ที่ระบุว่าความรู้เป็นปัจจัยร่วมที่ส่งผลต่อการเข้าใจเป้าหมายการรักษา ในขณะที่การลดอุปสรรคเชิงประจักษ์ เช่น ข้อจำกัดด้านเวลาและภาระค่าใช้จ่าย จะช่วยส่งเสริมให้เกิดความต่อเนื่องในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ [15] สอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมาซึ่งยืนยันว่าความรู้เชิงปฏิบัติมีความสัมพันธ์ทางบวกต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองและการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดที่ดีขึ้น [16,17] ข้อค้นพบนี้สะท้อนนัยเชิงปฏิบัติว่า การให้สุขศึกษาสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานควรเน้นการพัฒนาทักษะการจัดการตนเองควบคู่กับการลดอุปสรรคที่ผู้ป่วยเผชิญในการดูแลตนเองในชีวิตประจำวัน เพื่อสนับสนุนความต่อเนื่องของพฤติกรรมสุขภาพและการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด [18]
บทบาทบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่รับบริการตรวจระดับน้ำตาล ณ โรงพยาบาล มีโอกาสควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้มากกว่าผู้ที่รับบริการ ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (AOR = 2.40, 95%CI: 1.22–4.70) ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยอื่นในประเทศไทยที่พบว่า การดูแลภายใต้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้ผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดีกว่า [19] ความได้เปรียบของบริการปฐมภูมิอยู่ที่การเข้าถึงชุมชนได้ใกล้ชิดกว่า การติดตามต่อเนื่อง และการดำเนินงานเชิงรุก เช่น การให้สุขศึกษา การเยี่ยมบ้าน และการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขและเครือข่ายชุมชน ซึ่งล้วนเป็นปัจจัยที่ช่วยส่งเสริมการจัดการตนเองและการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด [18–22]

อาการแผลหายช้าและอาการคัน ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่มีอาการแผลหายช้าหรืออาการคันทางผิวหนังมีโอกาสควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้มากกว่ากลุ่มที่ไม่มีอาการ (AOR = 4.53, 95%CI: 1.86–11.01) สอดคล้องกับพยาธิสภาพของโรคเบาหวานที่ภาวะน้ำตาลในเลือดสูงเรื้อรังส่งผลให้ระบบภูมิคุ้มกันและการไหลเวียนโลหิตส่วนปลายบกพร่อง [13] อาการทางผิวหนังดังกล่าวจึงอาจถือเป็นสัญญาณเตือนทางคลินิกที่สำคัญสำหรับบุคลากรสาธารณสุขในการเฝ้าระวังภาวะควบคุมระดับน้ำตาลที่ไม่ดี และใช้ประกอบการพิจารณาประเมินภาวะแทรกซ้อนที่เกี่ยวข้องเพิ่มเติมได้อย่างเหมาะสม [23]

พฤติกรรมการใช้ยา ผลการศึกษาพบว่า ผู้ที่มีพฤติกรรมการใช้ยาระดับพอใช้/ไม่ดีมีโอกาสควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้มากกว่ากลุ่มที่มีพฤติกรรมระดับดีถึง 6.42 เท่า (AOR = 6.42, 95%CI: 2.49–16.60) ซึ่งเป็นปัจจัยที่มีขนาดความสัมพันธ์สูงที่สุดในการศึกษาครั้งนี้ สอดคล้องกับแนวทางเวชปฏิบัติและหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ยืนยันว่าความถูกต้องและต่อเนื่องในการใช้ยาสัมพันธ์โดยตรงกับประสิทธิภาพการลดระดับน้ำตาลในเลือด [13,24,25] ดังนั้น หน่วยบริการปฐมภูมิควรยกระดับระบบการทบทวนการใช้ยารายบุคคล เพื่อตรวจสอบความเข้าใจและแก้ไขปัญหาการลืมกินยา โดยบูรณาการเทคโนโลยีดิจิทัลร่วมกับกลไกติดตามโดยอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลในกลุ่มเสี่ยง [26,27]

อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้มีข้อจำกัดจากรูปแบบวิจัยเชิงตัดขวาง ซึ่งไม่สามารถยืนยันความสัมพันธ์เชิงสาเหตุได้ชัดเจน นอกจากนี้ การเก็บข้อมูลด้วยวิธีรายงานตนเอง อาจก่อให้เกิดอคติจากการระลึกความหลังและอคติจากการตอบให้ดูดี

รวมถึงข้อจำกัดด้านความเที่ยงตรงภายนอก ที่ผลการศึกษาอาจจำเพาะต่อบริบทพื้นที่ และความเป็นไปได้ของตัวแปรกวนตกค้างที่ไม่ได้ถูกวัดในการศึกษานี้

การนำไปใช้ประโยชน์และข้อเสนอแนะ

ผลการศึกษาสามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้ดังนี้

1. หน่วยบริการปฐมภูมิควรกำหนดให้กลุ่มเกษตรกรเป็นกลุ่มเป้าหมายเชิงรุก โดยจัดบริการคลินิกเบาหวานให้ยืดหยุ่นและหลีกเลี่ยงช่วงฤดูเก็บเกี่ยว เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการ
2. ยกระดับระบบทบทวนการใช้ยารายบุคคลโดยบูรณาการเทคโนโลยีดิจิทัลร่วมกับกลไก อสม. เนื่องจากพฤติกรรมการใช้ยาเป็นปัจจัยที่มีขนาดความสัมพันธ์สูงที่สุด
3. ใช้อาการแผลหายช้าและอาการคันเป็นเกณฑ์คัดกรองความเสี่ยงในระบบเยี่ยมบ้าน เพื่อค้นหาผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ในระยะเริ่มต้น
4. ปรับรูปแบบสุขศึกษาจากการให้ความรู้ทั่วไปสู่การพัฒนาทักษะการจัดการตนเอง โดยเฉพาะด้านการบริโภคอาหารและการใช้ยา ควบคู่กับการลดอุปสรรคในการเข้าถึงบริการ โดยมีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป็นกลไกหลักในการดูแลต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. ควรใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบติดตามไปข้างหน้า โดยเพิ่มตัวชี้วัดผลลัพธ์ทางคลินิกระยะยาว เช่น HbA1c และข้อมูลการใช้ยาเชิงลึก เพื่อยืนยันความสัมพันธ์เชิงสาเหตุ
2. ควรเพิ่มเติมการศึกษาเชิงคุณภาพ เพื่อเจาะลึกบริบทอุปสรรคในการดูแลตนเองที่ไม่สามารถวัดได้จากแบบสอบถาม
3. ควรศึกษาปัจจัยเพิ่มเติม ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม ภาวะซึมเศร้า ความรอบรู้ทางสุขภาพ และความมั่นคงทางอาหาร ซึ่งอาจส่งผลต่อประสิทธิผลการควบคุมระดับน้ำตาล

เอกสารอ้างอิง

1. International Diabetes Federation. IDF Diabetes Atlas 11th edition 2025: global prevalence and projections for 2050. Nephrology Dialysis Transplantation. 2025. doi:10.1093/ndt/gfaf177
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). doi:10.1038/s41598-025-17619-5
3. Sakboonyarat B, Pima W, Chokbumrungsuk C, Pimpak T, Khunsri S, Ukritchon S, et al. National trends in the prevalence of glycemic control among patients with type 2 diabetes receiving continuous care in Thailand, 2011-2018. Sci Rep. 2021;11:15723. doi:10.1038/s41598-021-93733-4
4. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. ประเด็นสารรณรงค์วันเบาหวานโลก ปี 2567 [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กรมควบคุมโรค; 2567 [เข้าถึงเมื่อ 3 พ.ย. 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://ddc.moph.go.th/brc/news.php?news=47609&deptcode=brc

5. ศูนย์ข้อมูลสุขภาพกระทรวงสาธารณสุข. สรุปสถานการณ์โรคเบาหวาน: อัตราป่วยโรคเบาหวาน [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2567 [เข้าถึงเมื่อ 3 พ.ย. 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://hdc.moph.go.th/center/public/standard-report-detail/cefa42b9223ec4d1969c5ce18d762bdd
6. ธีรศักดิ์ พาจันทร์, กฤชกันทร สุวรรณพันธุ์, บุญสัน อนารัตน์ และนิรันดร์ ถาละคร.ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย วารสารศูนย์อนามัยที่ 9. 2565;16(1): 285-298.
7. ยศธการ ศรีเนตร และวรรณศรี แววงาม.ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอมวกเหล็ก จังหวัดสระบุรี วารสารความปลอดภัยและสุขภาพ.2567;17(2): 177-197.
8. Krejcie RV, Morgan DW. Determining Sample Size for Research Activities. Educ Psychol Meas. 1970;30(3):607-610. doi:10.1177/001316447003000308
9. Bloom BS, Hastings JT, Madaus GF. Handbook on Formative and Summative Evaluation of Student Learning. New York: McGraw-Hill; 1971.
10. Best JW. Research in Education. 3rd ed. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall; 1977.
11. Hurst CP, Rakkapao N, Hay K. Impact of diabetes self-management, diabetes management self-efficacy and diabetes knowledge on glycemic control in people with Type 2 Diabetes (T2D): A multi-center study in Thailand. PLoS One. 2020;15(12):e0244692. doi:10.1371/journal.pone.0244692
12. พรภัทรา แสนเหลา, นัฐรัมภาพร ธนปิยวัฒน์, ศรีงามลักษณ์ ศรีปวริศร.การจัดการตนเองในผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานบริบทอีสาน วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ.2562;37(3): 221-229.
13. สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน พ.ศ. 2566. พิมพ์ครั้งที่ 1. ปทุมธานี: ร่มเย็น มีเดีย; 2566.
14. อรุณลักษณ์ ก่งอุบล.การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ผิดนัด โรงพยาบาลพระแสง วารสารสภาการพยาบาล.2567;39(4): 580-595.
15. Becker MH. The health belief model and personal health behaviour. Health Educ Monogr. 1974;2:324-508.
16. กาญจนา ปัญญาเพ็ชร์, นิภา มหารัชพงศ์, ยุวดี รอดจากภัย.ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข.2564;31(2):151-163.
17. วิชุดา จันทะศิลป์, พรรณี บัญชรหัตถกิจ, ทัศพร ชูศักดิ์, รัฐพล ศิลปรัศมี.ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้ จังหวัดนครราชสีมา วารสารศูนย์อนามัยที่ 9.2567;18(2):498-511.
18. American Diabetes Association Professional Practice Committee. Facilitating Positive Health Behaviors and Well-being to Improve Health Outcomes: Standards of Care in Diabetes—2025. Diabetes Care. 2025;48(Suppl 1):S86-S107. doi:10.2337/dc25-S005
19. พลเทพ มณีวรรณ.การศึกษาเปรียบเทียบผลการควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิบ้านเสด็จ กรณีศึกษาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเสด็จ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนิคม 16 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทรายทอง อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม.2567;21(พิเศษ):97-107.
20. Prayoonhong W, Sonsingh W, Permsuwan U. Clinical outcomes and economic evaluation of patient-centered care system versus routine-service system for patients with type 2 diabetes in Thailand. Heliyon. 2024;10(3):e25093. doi:10.1016/j.heliyon.2024.e25093

21. กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. แนวทางการดำเนินงาน NCD ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) [อินเทอร์เน็ต]. พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี: กรมควบคุมโรค; 2567 [เข้าถึงเมื่อ 15 มี.ค. 2569]. เข้าถึงได้จาก: https://ddc.moph.go.th/dncd/forecast_detail.php?publish=15535&deptcode=dncd
22. Chan KS, Wan EYF, Chin WY, Cheng WHG, Ho MK, Yu EYT, et al. Effects of continuity of care on health outcomes among patients with diabetes mellitus and/or hypertension: a systematic review. BMC Fam Pract. 2021;22(1):205. doi:10.1186/s12875-021-01493-x
23. Edwards E, Yosipovitch G. Skin Manifestations of Diabetes Mellitus. In: Feingold KR, editor. Endotext [Internet]. South Dartmouth (MA): MDText.com; 2025.
24. คำภีร์ เขตมนตรี, ยุพดี พิมพ์ศิริ.การพัฒนารูปแบบการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดกับใช้ยาของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ส่งไปรักษาต่อในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในอำเภอม่วงสามสิบ วารสารคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ. 2566;3(1).
25. ชนม์นิภา นามแสง, วันชนะ หาไชย.การพัฒนาความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ด้วยการเยี่ยมบ้านโดยเภสัชกรของหน่วยบริการปฐมภูมิศรีสุทโธ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชบ้านดุง วารสารเภสัชกรรมไทย. 2568;17(4).
26. Chiaranai C, Chularee S, Prawatwong W, Srithongluang S. Two-way SMS Reminders for Medication Adherence and Quality of Life in Adults with Type 2 Diabetes: A Randomized Controlled Trial. Pac Rim Int J Nurs Res Thail. 2023;27(3):457-471. doi:10.60099/prijnr.2023.262244
27. Sittipreechachan P, Pichayapinyo P, Lagampan S, Chongsuwat R. A Community Health Volunteer Involvement Program for Glycated Hemoglobin Reduction Among Thai Patients With Uncontrolled Type 2 Diabetes: A Mixed-Method Study. J Prim Care Community Health. 2022;13:21501319221077960. doi:10.1177/21501319221077960

ข้อแนะนำสำหรับผู้วิจัย

วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน

(Academic Journal of Community Public Health: AJCPH)

หลักเกณฑ์และคำแนะนำสำหรับผู้เขียน (Instructions for the Authors)

1. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน (Academic Journal of Community Public Health) กำหนดตีพิมพ์ปีละ 4 ฉบับ (มกราคม – มีนาคม, เมษายน – มิถุนายน, กรกฎาคม - กันยายน และ ตุลาคม - ธันวาคม)
2. วารสารพิจารณาตีพิมพ์บทความวิจัยประเภทนิพนธ์ต้นฉบับ (Research article) โดยต้องเป็น งานที่ไม่เคยถูกนำไปพิมพ์เผยแพร่ในวารสารอื่นใดมาก่อน และไม่อยู่ในระหว่างการพิจารณาลง ในวารสารใด ๆ
3. กองบรรณาธิการจะพิจารณาต้นฉบับ (Manuscript) ตามข้อกำหนดของรูปแบบวารสาร และ ส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิในสาขา (Peer review) จำนวน 3 คน เป็นผู้อ่าน
4. การพิจารณาแบบ Double blind peer review ทั้งผู้ทรงคุณวุฒิและผู้เขียนไม่ทราบตัวตนของกันและกัน

ข้อกำหนดในการเตรียมต้นฉบับ

- พิมพ์ในไฟล์ Word
- ต้นฉบับพิมพ์หน้าเดียวบนกระดาษขนาด A 4 ความยาวไม่เกิน 12 หน้ากระดาษ (รวมเนื้อหา ทุกส่วน)
- กรอบของข้อความ ขอบบน 1.25 นิ้ว ขอบล่าง 1.0 นิ้ว ขอบซ้าย 1.25 นิ้ว ขอบขวา 1.0 นิ้ว
- ระยะห่างระหว่างบรรทัด 1 ช่วงบรรทัด - ตัวอักษร ใช้ TH SarabunPSK ขนาด 16 point หัวข้อใช้ขนาด 16 point ตัวหนา

การเรียงลำดับเนื้อหานิพนธ์ต้นฉบับ

1. ชื่อเรื่อง (Title)

- ภาษาไทย ขนาด 18 point ตัวหนา จัดกึ่งกลาง
- ภาษาอังกฤษ ขนาด 18 point ตัวหนา จัดกึ่งกลาง

2. ชื่อผู้เขียน (Authors) - ชื่อผู้เขียน (ทุกคน) ภาษาไทย

– ภาษาอังกฤษ ชื่อย่อวุฒิการศึกษา ขนาด 14 point ตัวหนา จัดกึ่งกลาง

- ตำแหน่ง/สถานที่ปฏิบัติงาน ผู้เขียน ภาษาไทย – ภาษาอังกฤษ ขนาด 14 point ตัวหนา จัดกึ่งกลาง
- E-mail address ของผู้วิจัยหลัก (Corresponding author)

3. บทคัดย่อ (Abstract)

- ชื่อ “บทคัดย่อ” และ “Abstract” ขนาด 16 point ตัวหนา จัดกึ่งกลาง
- ข้อความบทคัดย่อภาษาไทย ภาษาอังกฤษ ขนาด 16 point ตัวธรรมดา กำหนดชิดขอบ ความยาวภาษาไทย ไม่เกิน 300 คำ ความยาวภาษาอังกฤษ ไม่เกิน 300 คำ เขียนให้ครอบคลุมสาระสำคัญ คือ ภูมิหลัง วัตถุประสงค์วิธีการศึกษา ผลการศึกษา สรุป และอภิปรายผลการศึกษา

4. **คำสำคัญ (Keyword)** ให้พิมพ์ต่อท้ายบทคัดย่อ (Abstract) ทั้งภาษาไทยและ ภาษาอังกฤษ ไม่เกิน 5 คำ

5. บทนำ (Introduction) บรรยายประเด็นปัญหาของงานวิจัยและเหตุผลในการทำวิจัย และระบุถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัยในส่วนท้ายของบทนำ

6. วิธีดำเนินการวิจัย (Methods) ระบุรูปแบบงานวิจัย (Research design) ประชากรที่ศึกษา (Studying population) ขนาดตัวอย่าง (Sample size) และวิธีสุ่มตัวอย่าง (Sampling method) ตลอดทั้งวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล (Collecting data) การวิเคราะห์ ข้อมูล (Data analysis) วิธีการวิเคราะห์(Analyses) และสถิติที่ใช้(Statistics)

7. ผลการวิจัย (Results) ควรนำเสนอผลการวิจัยเรียงตามลำดับให้สอดคล้องกับการตอบ ตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ตามลำดับ ถ้ามีการนำเสนอผลในรูปแบบตาราง กราฟ หรือรูปภาพ ควรมีการอธิบายผลที่สอดคล้องกัน

8. สรุปและอภิปรายผลการวิจัย (Conclusion and Discussion) การเขียนอภิปรายผล ควรมุ่งไปที่ประเด็นสำคัญ ๆ ของผลการวิจัย และควรมีหลักฐานอ้างอิงประกอบด้วยเสมอ และ สรุปผลเฉพาะเนื้อหาในแง่ของผลการวิจัยที่สำคัญ ๆ ซึ่งอาจรวมถึงการนำผลการวิจัยไปใช้ด้วย

9. กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgement)

10. เอกสารอ้างอิง (References)

- ใช้การอ้างอิงแบบตัวเลขตามระบบ Vancouver
- การอ้างอิงในเนื้อหาใช้ตัวเลขอารบิกแทนเอกสารที่อ้างถึง โดยใส่ตัวเลขเหนือบรรทัด (Superscript) ไว้ท้ายข้อความที่ต้องการอ้างอิง
- ในส่วนเอกสารอ้างอิง (References) การอ้างอิงตัวเลขใส่ตามลำดับที่อ้างอิง ตั้งแต่เลข 1 เป็นต้นไป จน จบเอกสาร หากต้องการอ้างเอกสารที่เคยอ้างแล้วซ้ำอีก ให้ใส่หมายเลข เดิมที่เคยอ้างไว้ครั้งแรก และหมายเลขที่อ้างอิงถึงในเนื้อหานั้น จะต้องตรงกับหมายเลข ที่มีการกำกับไว้ในส่วนอ้างอิงในเนื้อหา
- เอกสารที่อ้างอิงในเนื้อหาต้องตรงกับในส่วนเอกสารอ้างอิง

ตัวอย่างการเขียนอ้างอิงในเนื้อหา

.....ผู้ป่วยเสียชีวิต 136 ราย[1] จากสถานการณ์การระบาดของโรคไข้เลือดออกจะเห็นว่า โรคไข้เลือดออกยังคงเป็น .....การกำจัดยุงลายซึ่งเป็นพาหะนำเชื้อไวรัสโรคไข้เลือดออกมาสู่คน[2] .....การป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกต้องอาศัยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของประชาชน[5]

ตัวอย่างการเขียนส่วนเอกสารอ้างอิง

1. สำนักโรคติดต่อนำโดยแมลง. สถานการณ์โรคไข้เลือดออกปี 2560. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข, 2562.
2. สำนักระบาดวิทยา.แนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคไข้เลือดออกเดงกี.นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข, 2554.
3. .....
4. .....
5. อรนุช พิศาลสุทธิกุล, สุเมธ พรหมอินทร์ และวันชัย ธรรมสัจการ.“พฤติกรรมการป้องกัน โรคไข้เลือดออกของประชาชน กรณีศึกษา: หมู่บ้านในเขตตำบลคานโพธิ์ อำเภอเมือง จังหวัดสตูล” สงขลานครินทร์เวชสาร.27(1): 81-89; มกราคม-กุมภาพันธ์, 2552.

ข้อพิจารณาทางด้านจริยธรรม

สำหรับการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับมนุษย์ต้องคำนึงถึงหลักจริยธรรม การวิจัยในคน โดยได้ระบุถึงความเคารพในบุคคล (Respect to person) เช่น การขอความ ยินยอม ความเป็นส่วนตัว และการเก็บรักษาความลับ **<u>และต้องระบุเลขการรับรองจริยธรรมในบทความและแนบใบรับรองการได้รับอนุมัติจริยธรรม</u>**

การส่งต้นฉบับเพื่อตีพิมพ์

- ให้ผู้นิพนธ์ส่งไฟล์ต้นฉบับในรูปแบบ **Word document**
- ค่าใช้จ่ายเพื่อการตีพิมพ์ 3,500 บาท **การชำระเงิน** โอนเข้าบัญชีออมทรัพย์ ธนาคารกรุงไทย ชื่อบัญชี **“วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน”**เลขบัญชี **“955-0-13237-4”**(ให้แนบหลักฐานการโอนมาที่ e-mail: editorial.ajcph@gmail.com