



สมาคมเครือข่ายหมออนามัยวิชาการ

วารสารวิชาการ

เพื่อการพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิและสาธารณสุข

Academic Journal for Primary Care
and Public Health Development

ปีที่ 3 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2568

VOL.3 NO.1 January-April 2025

AJPPD



สารบัญ

เรื่อง

หน้า

ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลและการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วย

ความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ในโรงพยาบาลชานุมาน อำเภอชานุมาน จังหวัดอำนาจเจริญ

The effects of self-management programs on caregiving behavior and Control the blood pressure of patients with uncontrolled blood pressure at Chanuman Hospital, Chanuman District, Amnat Charoen Province.

1-13

ขวัญชนก แสงแก้ว, สาวิตรี ศรีโฉม, วิลาสินีพร โคตวัตร์, อุทิศ นันทะมาตย์ และประเสริฐ ประสมรักษ์

ภาวะสุขภาพจิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้สูงอายุตำบลช้างกลาง อำเภอช้างกลาง

จังหวัดนครศรีธรรมราช

Mental health conditions and related factors in the elderly in Chang -Klang Subdistrict Chang Klang District, Nakhon Si Thammarat Province.

14-25

ปรีศนา สัมเกตุ

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความพึงพอใจของผู้รับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลระนอง

Factors Related to Satisfaction of Outpatient Department Service Recipient, Ranong Hospital.

26-37

ไศรดา อินทศิริ

ความรู้ด้านสุขภาพกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน

อำเภอนาบอน จังหวัดนครศรีธรรมราช

Health literacy and blood sugar control among elderly people with diabetes, Na Bon District, Nakhon Si Thammarat Province.

38-50

สุชาดา จักรช่วย

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในเขตพื้นที่รับผิดชอบ ของกลุ่มงานปฐมภูมิ

และองค์กรรวมโรงพยาบาลศรีบรรพต จังหวัดพัทลุง

Development of a model to caring for patients with hypertension In the area of responsibility of the Primary and Holistic care Department, Sribanpot Hospital

51-65

Phatthalung Province.

ชุติมันต์ พงศ์ไตรภูมิ

สารบัญ (ต่อ)

เรื่อง

หน้า

ผลของการบำบัดความคิดและพฤติกรรมต่อภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจirim อำเภอกำปูลา จังหวัดอุดรธานี

66-78

Effects of Cognitive Behavioral Therapy on Anxiety and Depression of high blood pressure patients Charim Health Promoting Hospital, Tha Pla District Uttaradit Province.

ชารินทร์ สีสุข

ผลของการส่งเสริมกิจกรรมทางกายตามการรับรู้ความสามารถของตนเองของผู้สูงอายุ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลผักขวาง อำเภอกองแสนขัน จังหวัดอุดรธานี

79-94

The Effects of Physical Activity Promotion Program by Applying Self-Efficacy Theory with Elderly Person in Phak Khuang Health Promotion Hospital, Thong Saen Khan, Uttaradit Province

จิรณัฐ โสทัศน์

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของ อสม. หมอประจำครอบครัว อำเภอลิขิต จังหวัดนครราชสีมา

95-106

Factors related to health literacy of village health volunteers and family doctors, Sichon District Nakhon Si Thammarat Province.

จินตนา เลื่อนลอย

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่มีอิทธิพลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดสะสมของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ตำบลโมคลาน อำเภอกำปูลา จังหวัดนครราชสีมา

107-124

Health Belief Model Influencing Glycated Hemoglobin Control in Diabetes Patients in Moklan Subdistrict, Tha Sala District, Nakhon Si Thammarat Province.

วันเพ็ญ บุญรัตน์

สารบัญ (ต่อ)

เรื่อง

หน้า

ประสิทธิผลของสื่ออินโฟกราฟิกแบบโต้ตอบตามแนวคิดแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพต่อความรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกในกลุ่มวัยทำงาน

The Effectiveness of Interactive Infographics Based on the Health Belief Model on Knowledge and Dengue Prevention Behaviors Among Working-Age Adults.

125-140

สุเมธ จริงจิตร

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ตำบลบ้านโพธิ์ อำเภอเมือง จังหวัดตรัง

Factors Associated with Blood Glucose Control in Diabetic Patients, Ban Pho Subdistrict, Mueang District, Trang Province.

141-156

สำรวย ว่องไวยุทธ์

ผลของโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและควบคุมระดับความดันโลหิตในกลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูงโรงพยาบาลบางขัน จังหวัดนครศรีธรรมราช

Effects of motivation program on self-care behavior and blood pressure control in hypertensive patients at Bangkhan Hospital, Nakhon Si Thammarat Province.

157-169

จรีพร ทิพย์ประคอง

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน ตำบลหูล่อง อำเภอปากพนัง จังหวัดนครศรีธรรมราช

Factors related to blood sugar control in diabetic patients, Hu Long Subdistrict, Pak Phanang District, Nakhon Si Thammarat Province.

170-184

นางนุกูล บุญที่สุด

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ในนักเรียนอาชีวศึกษา ชั้นประกาศนียบัตรวิชาชีพ ชั้นปีที่ 2 จังหวัดตรัง

Factors Associated with Sexual Behavior Among Vocational Students in the Second Year of the Certificate Program in Trang Province.

185-201

เพ็ญบุญญา พานิช

สารบัญ (ต่อ)

เรื่อง

หน้า

ปัจจัยที่มีผลต่อบทบาทในการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุข

ประจำหมู่บ้าน อำเภอท่าแซะ จังหวัดชุมพร

Factors Affecting the Role in Dengue Hemorrhagic Fever Control and Prevention of Village 202-216

Health Volunteers in Tha Sae District, Chumphon Province

ชัยยุทธ ไชโย

ผลของโปรแกรมการออกกำลังกายด้วยท่าบริหารไม้พลองประคองกายต่อการป้องกันการหกล้มใน

ผู้สูงอายุ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอุดมพร อำเภอเฝ้าไร่ จังหวัดหนองคาย

Effects of an Exercise Program to Prevent falls in the Elderly. with “Mai Phlong Pra Khong 217-232

Kai” at Udomphon Sub-District Health Promoting Hospital, Fao Rai District, Nong Khai

Province

ปราณี อุดมพัฒน์ และสิริวิภา ผาสิ่งห์

ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลเท้าของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ตำบลอาจสามารถ

อำเภออาจสามารถ จังหวัดร้อยเอ็ด

Factors Affecting Foot Care Behavior of Patients with Type 2 Diabetes Mellitus in At Samat 233-245

Subdistrict, At Samat District, Roi Et Province

เลิศวิทย์ เหลือผล

บทบรรณาธิการ

วารสารวิชาการเพื่อการพัฒนาสุขภาพปฐมภูมิและสาธารณสุข มีนโยบายเพื่อเผยแพร่บทความวิจัย (Research Paper) และบทความวิชาการ (Academic Paper) ด้านการแพทย์ การพยาบาล และการสาธารณสุข โดยมีกลุ่มเป้าหมายคือ แพทย์ พยาบาล นักสาธารณสุขทุกสาขา และผู้สนใจในด้านระบบบริการสุขภาพ

วารสารวิชาการเพื่อการพัฒนาสุขภาพปฐมภูมิและสาธารณสุข ฉบับนี้ เป็นฉบับที่ 1 (ปีที่ 3 ฉบับที่ 1) ซึ่งในฉบับนี้ได้รวบรวมงานวิจัยเกี่ยวกับการพัฒนาสุขภาพปฐมภูมิและสาธารณสุข เดือนมกราคม-เมษายน 2568 โดยมีผลงานวิชาการที่หลากหลายด้วยกัน ซึ่งได้แก่ ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลและการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ในโรงพยาบาล ชานุมาน อำเภอลืออำนาจ จังหวัดอำนาจเจริญ ภาวะสุขภาพจิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้สูงอายุตำบลช้างกลาง อำเภอลืออำนาจ จังหวัดนครศรีธรรมราช ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความพึงพอใจของผู้รับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลระนอง ความรอบรู้ด้านสุขภาพกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน อำเภอนาบอน จังหวัดนครศรีธรรมราช การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในเขตพื้นที่รับผิดชอบของกลุ่มงานปฐมภูมิและองค์กรร่วมโรงพยาบาลศรีบรรพต จังหวัดพัทลุง เป็นต้น

สุดท้ายนี้ทางคณะผู้จัดทำหวังเป็นอย่างยิ่งว่าเนื้อหา สำหรับวารสารวิชาการเพื่อการพัฒนาสุขภาพปฐมภูมิและสาธารณสุข ปีที่ 2 ฉบับที่ 3 จะสามารถเป็นประโยชน์ในการพัฒนาองค์ความรู้กับผู้อ่าน และเป็นแนวทางในการพัฒนาสุขภาพปฐมภูมิและสาธารณสุขต่อไป

(นายบุญเรือง ขาวนวล)

บรรณาธิการ

วารสารวิชาการเพื่อการพัฒนาสุขภาพปฐมภูมิและสาธารณสุข

ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลและ
การควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้
ในโรงพยาบาลชานุมาน อำเภอชานุมาน จังหวัดอำนาจเจริญ

The effects of self-management programs on caregiving behavior and
Control the blood pressure of patients with uncontrolled blood pressure
at Chanuman Hospital, Chanuman District, Amnat Charoen Province.

ขวัญชนก แสงแก้ว¹, สาวิตรี ศรีโฉม¹, วิลาสินีพร โคตวัตร¹,

อุทิศ นันทะมาตย์² และประเสริฐ ประสมรักษ์³

Kwanchanok Sangkaew¹, Sawitree Srichom¹, Wilasiniporn Coottawat¹

Uthith Nanthamath², Prasert Prasomruk³

¹นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิตมหาวิทยาลัยมหิดล วิทยาเขตอำนาจเจริญ1

²นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ

³อาจารย์ที่ปรึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต โครงการจัดตั้งวิทยาเขตอำนาจเจริญ มหาวิทยาลัยมหิดล

(Received: December 15, 2024; Accepted: January 20, 2025)

บทคัดย่อ

การการวิจัยกึ่งทดลองชนิดกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของ
โปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ จำนวน 40 คน ที่มารับ
บริการ ณ คลินิกโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลชานุมาน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองใน
ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ จำนวน 12 สัปดาห์ เก็บรวบรวมข้อมูลด้วย เครื่องวัด
ความดันโลหิตแบบอัตโนมัติ และแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.99 วิเคราะห์ข้อมูล
โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติเชิงอนุมานด้วย Paired Sample t-test

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมีอายุระหว่าง 51 - 60 ปี ภายหลังการทดลองมี
ค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเท่ากับ 3.9 (S.D. = 0.13) สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ ที่มีค่าเฉลี่ย
เท่ากับ 2.7 (S.D. = 0.43) โดยสูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .001$ ค่าความดันโลหิตของผู้ป่วยโรค
ความดันโลหิตสูงขณะหัวใจบีบตัวและคลายตัวในกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมฯ มีค่าลดลงกว่าก่อนได้รับ
โปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .001$ ดังนั้นจึงควรนำโปรแกรมการจัดการตนเองไปประยุกต์ใช้
ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังหรือที่มีลักษณะคล้ายกัน

คำสำคัญ: โปรแกรมการจัดการตนเอง, พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง, ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้

Abstract

This quasi-experimental research with a single group pre- and post-test design aimed to study the effect of a self-management program in patients with uncontrolled hypertension. The study included 40 patients with uncontrolled hypertension who received services at the hypertension clinic at Chanuman Hospital. The experimental group received a self-management program for patients with uncontrolled hypertension for 12 weeks. Data were collected using an automatic blood pressure monitor and a health behavior questionnaire with a reliability of 0.99. Data were analyzed using descriptive statistics and inferential statistics with paired Sample t-test.

The study found that the majority of participants were female, aged between 51 and 60 years. After the intervention, the patients' mean health behavior score was 3.9 (S.D. = 0.13), an increase of 2.7 (S.D. = 0.43) from the baseline, which was statistically significant at $p < .001$. Additionally, the systolic and diastolic blood pressure of patients in the experimental group was significantly lower after receiving the program, with a statistical significance of $p < .001$. These findings suggest that the self-management program is effective in improving the health behaviors of patients with chronic health conditions or similar characteristics.

Keywords : Self-management program, self-care behavior, patients with uncontrolled high blood pressure

บทนำ

โรคความดันโลหิตสูง หรือ ภาวะความดันโลหิตสูง (Hypertension หรือ High blood pressure) หมายถึง ระดับความดันโลหิตซิสโตลิก (systolic blood pressure, SBP) ≥ 140 มม.ปรอท และ/หรือ ความดันโลหิตไดแอสโตลิก (diastolic blood pressure, DBP) ≥ 90 มม.ปรอท โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่ส่งผลให้เกิดความผิดปกติต่ออวัยวะต่างๆ หลายระบบในร่างกาย ผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเรื้อรังที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในระดับปกติได้อย่างต่อเนื่อง มักเกิดภาวะแทรกซ้อนต่ออวัยวะสำคัญ เช่น หัวใจ หลอดเลือด ตา ไต สมองซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่อันตรายอย่างยิ่ง (Thai Hypertension Society, 2562) โรคความดันโลหิตสูงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญเนื่องจากเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร ปัจจุบันประชากรทั่วโลกป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 1.28 พันล้านคน (World Health Organization, 2566) สำหรับในประเทศไทยรายงานสถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2563-2566 พบว่า อัตราการป่วยของโรคความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี 13.9, 14.6, 15.1 และ 15.6 ต่อแสนประชากร (สำนักงานโรคไม่ติดต่อ, 2566) สำหรับจังหวัดอำนาจเจริญ พบว่า อัตราการป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงปี 2564-2566 เท่ากับ 8.2, 9.5 และ 10.1 ต่อแสนประชากร (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2567) จากการสำรวจพื้นที่อำเภอขามเฒ่า จังหวัดอำนาจเจริญในปี 2564-2566 พบผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ จำนวน 3.54, 4.92, และ 4.29 ตามลำดับ ต่อแสนประชากร ปัจจัยส่วนใหญ่ของการเกิดโรคความดันโลหิตสูงมาจากการมีพฤติกรรมดำเนินชีวิตที่เปลี่ยนไป ได้แก่ กิจกรรมทางกายน้อยลง รับประทานอาหารที่มีเกลือโซเดียมและไขมันสูง มีความเครียดสะสม การบริโภคเครื่องดื่ม

แอลกอฮอล์และการสูบบุหรี่ นอกจากนี้ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการรักษาแต่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ ยังเพิ่มโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ (สำนักงานโรคไม่ติดต่อ, 2566) จะส่งผลให้เกิดผลกระทบด้านต่าง ๆ ตามมาทั้งทางด้านร่างกายคือ มีอาการปวดศีรษะเวียนศีรษะจนไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ ผลกระทบด้านจิตใจ ทำให้ขาดสมดุลในการดำเนินชีวิต ขาดความหวังและขาดเป้าหมายในชีวิต (มาสริน, 2561) ส่วนผลกระทบด้านเศรษฐกิจ พบว่า รัฐบาลไทยต้องเสียค่าใช้จ่ายที่นำมาใช้ในการป้องกัน ควบคุมและรักษาโรคความดันโลหิตสูงเป็นเงินจำนวนกว่า 1,091 ล้านบาทต่อปี (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2564) จะเห็นได้ว่าโรคความดันโลหิตสูงจะทำให้ส่งผลกระทบมากมาย ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และด้านเศรษฐกิจ ซึ่งสาเหตุของผลกระทบของโรคความดันโลหิตนั้น เกิดจากการปฏิบัติตัวที่ไม่เหมาะสมทำให้ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ แนวทางช่วยเหลือผู้ป่วยความดันโลหิตสูงสามารถควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ที่กำหนด คือ ผู้ป่วยต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เป็นสาเหตุทำให้ระดับความดันโลหิตเพิ่มขึ้น อาทิ หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีโซเดียมสูงและอาหารที่มีไขมันสูง ออกกำลังกายสม่ำเสมอ การจัดการความเครียด ด้วยวิธีผ่อนคลายความเครียดที่เหมาะสม และหลีกเลี่ยงหรือลดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสูบบุหรี่การรับประทานยาลดความดันโลหิตตามแพทย์สั่ง เพื่อลดโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูงผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จึงจำเป็นต้องหาวิธีการหรือแนวทางที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยแต่ละคนเพื่อควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2562) ทั้งนี้แคนเฟอร์และ

แกลิก (Kanfer & Gaelick, 1991) ได้นำเสนอแนวคิดการจัดการตนเองมาใช้เพื่อปรับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ โดยเน้นความรับผิดชอบของบุคคลที่มีต่อพฤติกรรมของตนเองที่ได้รับการกระตุ้นจากบุคลากรสุขภาพให้เกิดการเปลี่ยนแปลง โดยการสร้างให้ผู้ป่วยเกิดการยอมรับให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมนั้น โดยอาศัยกระบวนการจัดการด้วยตนเอง แบ่งเป็น 3 ระยะ คือ 1) ระยะการเตรียมความพร้อม ประกอบด้วย การให้ความรู้ในการป้องกันโรคแทรกซ้อน การปฏิบัติพฤติกรรมตามหลัก 3อ 2ส ลดความเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 2) ระยะการจัดการด้วยตนเอง เป็นระยะของการส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีการกำกับตนเอง 3 กิจกรรม ดังนี้ (1) การติดตามตนเอง (Self-monitoring) คือ การที่ผู้ป่วยสำรวจการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของตนเองที่ผ่านมาเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูง เพื่อให้เกิดการรับรู้และตระหนักถึงความสำคัญ (2) การประเมินตนเอง (Self-Evaluation) คือ การค้นหาปัญหาและอุปสรรคในการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมของผู้ป่วยที่ยังไม่บรรลุเป้าหมาย (3) การเสริมแรงตนเอง (Self-Reinforcement) คือ ผู้ป่วยเลือกวิธีเสริมแรงตนเองตามความเหมาะสมเมื่อตนเองสามารถปรับพฤติกรรมได้ตามที่ตั้งเป้าหมายไว้ 3) ระยะการติดตามผล และประเมินผลการปฏิบัติ เป็นระยะของการตรวจสอบความถูกต้องในการจัดบันทึกการระดับความดันโลหิต การรับประทานยา การออกกำลังกาย การจัดการกับความเครียดที่เหมาะสม ไม่ดื่มสุรา ไม่สูบบุหรี่ การรับประทานยาตามแผนการรักษา การมาตรวจตามแพทย์นัดและประเมินผลการปฏิบัติในแต่ละสัปดาห์การจัดการตนเองจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสมสามารถควบคุมระดับความดัน

โลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ และลดโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ดังเช่นการศึกษาของอูบลสะอาด (2567) ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรม พบว่า พฤติกรรมสุขภาพโดยรวมของผู้ป่วยดีกว่าก่อนการทดลอง จะเห็นว่า แนวคิดการจัดการตนเอง (Self-Management) สามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสมเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติและลดโอกาสเสี่ยงการเกิดภาวะแทรกซ้อน

จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าแนวคิดการส่งเสริมการจัดการตนเองของแคนเฟอร์และกาลิก-บายส์ (Kanfer & Gaclick Buys, 1991) มีประสิทธิภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ช่วยลดภาวะแทรกซ้อนและส่งเสริมคุณภาพชีวิตให้ดีขึ้น ดังนั้นจึงมีความจำเป็นที่จะต้องศึกษาการประยุกต์แนวคิดการจัดการตนเองโดยใช้โปรแกรมการจัดการตนเองกับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันได้ โดยมีมุ่งเน้นบทบาทของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการให้ความรู้และคำปรึกษาเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในด้านการบริโภคอาหารที่เหมาะสม การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด และการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอการประยุกต์แนวทางนี้คาดว่าจะนำไปสู่ผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่ดีขึ้นอย่างยั่งยืนและต่อเนื่อง ทั้งยังสามารถเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการวางแผนการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ในพื้นที่อื่น ๆ ซึ่งเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาระบบสาธารณสุขในระยะยาว

วัตถุประสงค์ของงานวิจัย

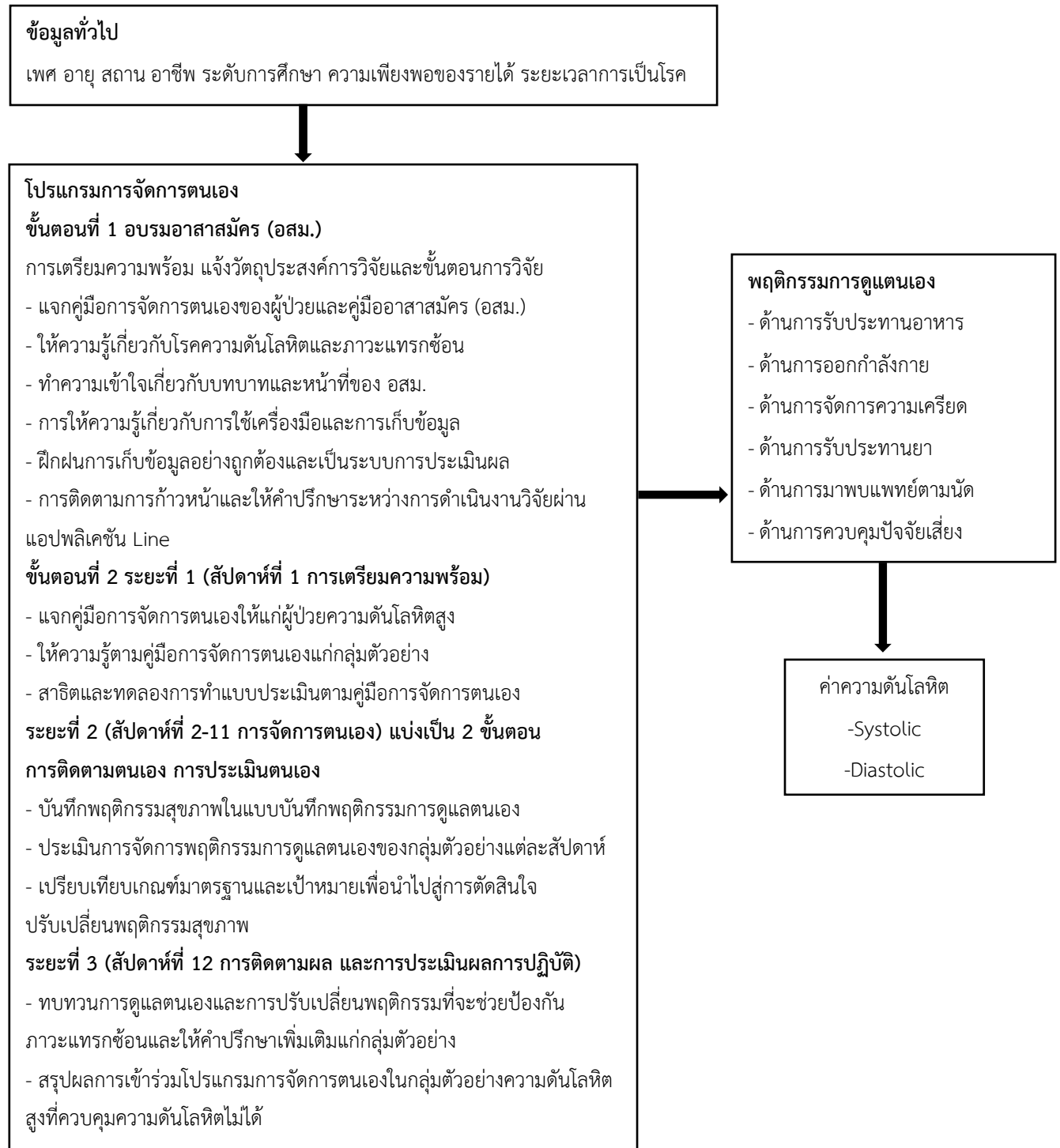
1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองใน

ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ในโรงพยาบาล
ชานุมาน อำเภอลำดวน จังหวัดอำนาจเจริญ

ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ในโรงพยาบาล
ชานุมาน อำเภอลำดวน จังหวัดอำนาจเจริญ

2. เพื่อเปรียบเทียบระดับความดันโลหิตของ
ผู้ป่วยก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง

กรอบแนวคิดในการวิจัย



รูปแบบการวิจัย

การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบกลุ่มศึกษาวัดผลก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้

ประชากรศึกษา

ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มาใช้บริการ ณ คลินิกโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลขุนมาน อำเภอกวนตาน จังหวัดอำนาจเจริญ จำนวน 3,382 คน

กลุ่มตัวอย่างและการสุ่ม

ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่มารับบริการ ณ คลินิกโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลขุนมาน อำเภอกวนตาน จังหวัดอำนาจเจริญ ที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ คือมีระดับความดันโลหิตมากกว่าหรือเท่ากับ 140/90 mmHg อย่างน้อย 2 ครั้ง ในรอบ 3 เดือน โดยคำนวณตามสูตรเปรียบเทียบสองกลุ่มไม่อิสระต่อกัน ได้ขนาดของตัวอย่าง เท่ากับ 34 คน คำนวณกลุ่มอัตราการถอนตัวของทดลองร้อยละ 20 ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้นจำนวน 40 คน

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

เกณฑ์คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria)

เป็นผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้อ่านออกเขียนภาษาไทยได้ มีสติสัมปชัญญะดี และยินดีเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออกกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion criteria)

อยู่ในภาวะวิกฤตของโรคทำให้ไม่สามารถร่วมทำกิจกรรมได้ หรือมีระดับความดันโลหิตซิสโตลิก (SBP) มากกว่า 180 mmHg และระดับความดันไดแอสโตลิก (DBP) มากกว่า 110 mmHg

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัยครั้งนี้ ได้แก่

1. ใช้เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ประกอบด้วย 2 ส่วนคือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 7 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ที่สร้างจากการทบทวนวรรณกรรมและดัดแปลงจากแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงของ วิริยา สุขวงศ์, ธนพร วรรณกุล และชลิตา โสภิตภักดีพงษ์ (2554) ประกอบด้วย คำถาม จำนวน 26 ข้อ ครอบคลุมพฤติกรรมสุขภาพ 6 ด้าน ได้แก่ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การรับประทายการพบแพทย์ตามนัด และการควบคุมปัจจัยเสี่ยง คำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ข้อคำถามจะมีทั้งคำถามด้านบวกและคำถามด้านลบ

ผู้วิจัยได้กำหนดช่วงคะแนนเป็น 4 ระดับ และแปลผลดังนี้

คะแนน 0.00-1.00 หมายถึง พฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับไม่ดี

คะแนน 1.01-2.00 หมายถึง พฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับพอใช้

คะแนน 2.01-3.00 หมายถึง พฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับดี

คะแนน 3.01-4.00 หมายถึง พฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับดีมาก

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทำทดลอง

2.1 โปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากแนวคิดการจัดการตนเองของ เคน

เฟอร์ และแกลิก-บายส์ (Kanfer, F.H & Gaelick-Buys, 1991) ประกอบด้วย 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 การเตรียมความพร้อมของผู้ป่วย ประกอบด้วย การให้ความรู้ในการป้องกันโรคแทรกซ้อนการปฏิบัติพฤติกรรมตามหลัก 3อ 2ส ซึ่งเป็นหลักการปรับพฤติกรรมและลดความเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ประกอบด้วย อ ที่ 1 คือ อาหารรับประทานอาหารแต่พอดี งดรับประทานอาหารหวานมัน เค็ม ควรมีผักหรือผลไม้ในอาหารทุกมื้อ อ ที่ 2 คือ ออกกำลังกาย ควรออกกำลังกายสม่ำเสมอ วันละครึ่งชั่วโมง อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ถึง 5 วัน อ ที่ 3 คือ อารมณ์ ทำจิตใจให้แจ่มใส พักผ่อนให้เพียงพอ ส ที่ 1 คือ ไม่สูบบุหรี่ และหลีกเลี่ยงควันบุหรี่และ ส ที่ 2 คือ ลดการดื่มสุรา และเครื่องดื่มมีน้ำตาล ระยะที่ 2 การจัดการตนเอง เป็นระยะของการส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีการกำกับตนเอง 3 กิจกรรม ดังนี้ 2.1) การติดตามตนเอง (Self-monitoring) คือ การที่ผู้ป่วยสำรวจการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของตนเองที่ผ่านมากับพฤติกรรมสุขภาพสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูง เพื่อให้เกิดการรับรู้และตระหนักถึงความสำคัญ 2.2) การประเมินตนเอง (Self-Evaluation) คือ การค้นหาปัญหาและอุปสรรคในการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมของผู้ป่วยที่ยังไม่บรรลุเป้าหมาย 2.3) การเสริมแรงตนเอง (Self-Reinforcement) คือ ผู้ป่วยเลือกวิธีเสริมแรงตนเองตามความเหมาะสมเมื่อตนเองสามารถปรับพฤติกรรมได้ตามที่ตั้งเป้าหมายไว้ ระยะที่ 3 ติดตามและการประเมินผล เป็นระยะของการตรวจสอบความถูกต้องในการจัดบันทึกการระดับความดันโลหิต การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการกับความเครียดที่เหมาะสม ไม่ดื่มสุรา ไม่สูบบุหรี่ การรับประทานยาตามแผนการรักษา การมาตรวจตามแพทย์นัด (สารทิ ไกรสิทธิ์, 2024) และประเมินผลการปฏิบัติในแต่ละสัปดาห์การจัดการตนเองจะช่วยให้ผู้ป่วย

สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสมสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ และลดโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ

2.2 คู่มือการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ โดยมีเนื้อหาแบ่งเป็น 2 ส่วน

ส่วนที่ 1 เป็นการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การจัดการพฤติกรรมสุขภาพตนเองในการควบคุมความดันโลหิต ได้แก่ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การรับประทานยา การมาพบแพทย์ตามนัด และการควบคุมปัจจัยเสี่ยง

ส่วนที่ 2 เป็นแบบบันทึกพฤติกรรมสุขภาพ มีลักษณะแบบเติมข้อความ ประกอบด้วย การกำหนดเป้าหมายในการปรับพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกายการจัดการความเครียด การรับประทานยา การมาพบแพทย์ตามนัด และการควบคุมปัจจัยเสี่ยงสำหรับผู้ป่วยเป็นรายบุคคล

2.3 เครื่องวัดความดันโลหิตอัตโนมัติชนิดพกพา

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย

ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ตรวจสอบความเหมาะสมของเนื้อหาและการใช้ภาษาของเครื่องมือ ค่าของการตรวจสอบความเหมาะสมของเนื้อหาของแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้เท่ากับ 0.99 นำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบไปหาความเชื่อมั่นโดยทดลองใช้ (Try out) กับที่มีคุณสมบัติเดียวกับกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย จำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่น (Reliability) เท่ากับ 0.84

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยแนะนำตัว อธิบายอย่างละเอียดถึงวัตถุประสงค์ขั้นตอนการดำเนินการศึกษาการให้ข้อมูลประโยชน์ที่จะได้รับในการเข้าร่วมการวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดียินดีเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยจึงให้ลงชื่อยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษร ทั้งนี้ในการวิจัยกลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวออกจากการศึกษาได้ตลอดเวลาการสอบถามและการบันทึกไม่ระบุชื่อ-นามสกุล และผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมรวมทั้งแจ้งระยะเวลาในการศึกษาให้กลุ่มตัวอย่างทราบ ใช้เวลาดำเนินการ 12 สัปดาห์

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลสุขภาพของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้นำมาแจกแจงความถี่วิเคราะห์ด้วยสถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพ ค่าความดันโลหิต Systolic และ Diastolic ทั้งก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองภายในกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ Paired Sample t-test

จริยธรรมวิจัย

ผู้วิจัยได้เสนอโครงร่างต่อคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์จังหวัดอำนาจเจริญ การวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาอนุมัติ เลขที่การวิจัย 35/2567 เมื่อวันที่ 24 กรกฎาคม 2567

ผลการวิจัย

ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 40 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 67.5 ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 51-60 ปี ร้อยละ 35 อายุเฉลี่ยเท่ากับ 59.7 ปี (SD = 11.8) สถานภาพสมรส ร้อยละ 47.5 มีการประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 40.0 ระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 72.5 ซึ่งมีรายได้เพียงพอเป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 42.5 ส่วนใหญ่มีระยะเวลาของการเป็นโรคระหว่าง 1-5 ปี ร้อยละ 60

เปรียบเทียบความแตกต่างพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ก่อนและหลังการทดลองตนเอง

กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมสุขภาพก่อนทดลองอยู่ในระดับดี โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.7 (S.D. = 0.43) ด้านการรับประทานยา ด้านการมาพบแพทย์ตามนัด ด้านการควบคุมปัจจัยเสี่ยงอยู่ในระดับดีมาก ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ได้แก่ ด้านการออกกำลังกาย โดยมีค่าเฉลี่ย 1.4 (S.D. = 0.84) และภายหลังการทดลองมีพฤติกรรมสุขภาพเพิ่มขึ้นเป็นระดับดีมากค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.9 (S.D. = 0.13) ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ได้แก่ ด้านควบคุมปัจจัยเสี่ยงมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.0 (S.D. = 0.00) รายละเอียดในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างพฤติกรรมสุขภาพสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันไม่ได้ ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองในกลุ่มทดลอง (n=40)

พฤติกรรมการดูแลตนเอง	ก่อนเข้าทดลอง			หลังการทดลอง			t	P-value
	$\bar{x}$	S.D.	แปลผล	$\bar{x}$	S.D.	แปลผล		
1.ด้านการรับประทานอาหาร	2.9	0.54	ดี	3.9	0.22	ดีมาก	18.7	<.001
2.ด้านการออกกำลังกาย	1.4	0.84	พอใช้	3.7	0.42	ดีมาก	11.2	<.001
3.ด้านการจัดการความเครียด	2.5	0.53	ดี	3.9	0.15	ดีมาก	11.0	<.001
4.ด้านการรับประทานยา	3.7	0.94	ดีมาก	3.9	0.22	ดีมาก	1.7	<0.09
5.การพบแพทย์ตามนัด	3.9	0.33	ดีมาก	3.9	0.34	ดีมาก	2.4	.023
6.การควบคุมปัจจัยเสี่ยง	3.4	1.12	ดีมาก	4.0	0.00	ดีมาก	2.7	<.001
รวม	2.7	0.43	ดี	3.9	0.13	ดีมาก	17.8	<.001

เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิต Systolic และ Diastolic ของผู้ป่วยก่อนและหลังการทดลอง

ก่อนการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีค่าความดันโลหิต Systolic ค่าเฉลี่ย 157.95 (S.D. = 8.69) และค่าความดันโลหิต Diastolic มีค่าเฉลี่ย 93.05 (S.D. = 7.88) ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าความดันโลหิต Systolic เฉลี่ยลดลงเป็น 127.05 (S.D. = 10.21) และมีค่าความดันโลหิต Diastolic ค่าเฉลี่ยลดลงเป็น 83.07 (S.D. = 5.9) โดยลดลงจากก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .001$ รายละเอียดตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิต Systolic และ Diastolic ก่อนและหลังการทดลอง (n=40)

ระดับความดันโลหิต	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		t	p-value
	$\bar{x}$	S.D	$\bar{x}$	S.D		
Systolic pressure	157.95	8.69	127.05	10.21	-17.96	<.001
Diastolic pressure	93.05	7.88	83.07	5.9	-7.09	<.001

อภิปรายผล

1. ข้อมูลส่วนบุคคล จากการศึกษา เรื่อง ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลและการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ในโรงพยาบาลขุนมาน อำเภอกันนาคู จังหวัดอำนาจเจริญ ส่วนใหญ่ระยะการเป็นโรคความดันโลหิตสูงอยู่ระหว่าง 1-5 ปี สอดคล้องกับการศึกษาของ พรทิพย์ ชูตินันท์ (2561) ศึกษาผลของ

โปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่เป็นกลุ่มทดลองมีระยะเวลาที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงประมาณ 1-5 ปี

2. พฤติกรรม自我管理 ภายหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ โดยภาพรวมผลการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย

พฤติกรรมสุขภาพมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยพฤติกรรม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .001$ สอดคล้องกับการศึกษาของ อภิญา อุบลสะอาด ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ โรงพยาบาลลับแล จังหวัดอุตรดิตถ์ ผลการศึกษา พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ภายหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ พบว่า พฤติกรรมสุขภาพโดยรวม การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยา การมาพบแพทย์ตามนัดและการควบคุมปัจจัยเสี่ยงดีกว่าก่อนการทดลอง ทั้งนี้อาจเป็นเพราะผู้ป่วยมีบทบาทในการรับผิดชอบตนเองและตัดสินใจ ในการนำแนวปฏิบัติที่ผู้วิจัยให้ปฏิบัติ ผู้วิจัยเป็นผู้ชี้แนะ ให้คำแนะนำในการจัดการตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับผล การศึกษาของของนพวรรณ จันทรศรี (2563) ศึกษาผล ของโปรแกรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดัน โลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ย พฤติกรรมมากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการ ตนเองร่วมกับมีการกำกับ ติดตามให้กำลังใจ มีส่วนทำให้ พฤติกรรมสุขภาพสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .001$ เมื่อพิจารณารายด้าน ส่วนใหญ่มีค่าเฉลี่ย พฤติกรรมสุขภาพเปลี่ยนแปลง พบว่า ก่อนได้รับ โปรแกรมการจัดการตนเอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ย พฤติกรรมด้านการออกกำลังกายอยู่ในระดับพอใช้ ด้านการรับประทานอาหาร ด้านการจัดการความเครียด อยู่ในระดับดี หลังการได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง กลุ่มทดลองมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยมีค่าเฉลี่ย พฤติกรรมในด้านการออกกำลังกาย ด้านการ รับประทานอาหารและด้านการจัดการความเครียด อยู่

ในระดับดีมาก สอดคล้องกับผลการศึกษาของ กัลปนา เพชรอินทร์ และนันทยา เสนีย์ (2566) ศึกษา ประสิทธิภาพของโปรแกรมส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการ ดูแลตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและการควบคุม ความดันโลหิตของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมด้าน การออกกำลังกายมีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นมากที่สุด รองลงมา ได้แก่ ด้านการรับประทานยาและด้านการจัดการ ความเครียด ส่วนด้านการพบแพทย์ตามนัดและการ รับประทานยา เมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยสุขภาพเพิ่มขึ้น อยู่ในระดับดีมาก ซึ่งแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทาง สถิติสถิติที่ระดับ $p < .001$ ไม่สอดคล้องกับผลการศึกษา ของกชกร ธรรมนาศีล (2558) ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมด้าน การพบมาแพทย์ตามนัดมีคะแนนเฉลี่ยสุขภาพเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญและด้านการรับประทานยาไม่มีความ แตกต่างกันหลังเข้าร่วมโปรแกรม ซึ่งสามารถอธิบาย ได้ว่า โปรแกรมการจัดการตนเองที่สร้างโดยใช้แนวคิด การจัดการตนเองของแคนเฟอร์และ แกลิค-บายส์ มีผล ต่อพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ แสดงให้เห็นว่า แนวคิดการ จัดการตนเองที่ประกอบไปด้วย 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 การเตรียมความพร้อม ระยะที่ 2 เป็นระยะการจัดการ ตนเอง ที่มีกระบวนการจัดการตนเอง 3 กระบวนการ ดังนี้ 1) การประเมินตนเอง และ 2) การเสริมแรงตนเอง และระยะที่ 3 การติดตามและประเมินผลการปฏิบัติจึง อธิบายได้ว่าการนำรูปแบบการจัดการตนเอง ไปใช้ในการ สนับสนุนพฤติกรรมจัดการตนเองในผู้ป่วยความ ดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน และสามารถดูแลกลุ่มผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3.ระดับความดันโลหิต จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ภายหลังการได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง

โปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลและการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ก่อนได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีค่าความดันโลหิต Systolic blood pressure และค่าความดันโลหิต Diastolic blood pressure มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .001$ โดยค่าความดันโลหิต Systolic blood pressure มีค่าที่ลดลงมากกว่าค่าความดันโลหิต Diastolic blood pressure โดยแนวทางปฏิบัติทางการแพทย์จะยึดถือค่าความดันโลหิต Systolic blood pressure เป็นสำคัญเมื่อนำมาเปรียบเทียบ สัปดาห์ที่ 1 กับก่อนทดลอง มีค่าระดับความดันโลหิตลดลงจากก่อนการทดลอง 8 คน และหลังการทดลองเปรียบเทียบสัปดาห์ที่ 1 กับ สัปดาห์ 12 มีค่าความดันโลหิตลดลงเพิ่มขึ้นเป็น 32 คน ซึ่งอธิบายได้ว่า โปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ มีผลต่อค่าเฉลี่ยความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ทำให้ภายหลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตลดลง โดยโปรแกรมการจัดการตนเองมีกระบวนการที่ช่วยให้กลุ่มทดลองมีการจัดการพฤติกรรมสุขภาพตนเองที่ดีขึ้น โดยอาศัยกลวิธีการติดตามตนเอง การประเมินตนเอง และการเสริมแรงตนเองที่ช่วยกระตุ้นให้กลุ่มทดลองเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพไปในทางที่เหมาะสมมากขึ้น กลุ่มทดลองจึงสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Alfrina Hany, Kuswantoro Rusca Putra (2567) ประเทศอินโดนีเซีย พบว่า ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเอง กลุ่มทดลองมีค่าความดันโลหิต Systolic blood pressure ค่าความดันโลหิต Diastolic blood pressure ลดลงอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ $p < .001$

จึงอธิบายได้ว่า รูปแบบของการส่งเสริมการจัดการตนเองจะต้องทำต่อเนื่องติดตามอย่างใกล้ชิดให้พ้นระยะสัปดาห์ที่ 4 จะเริ่มมีการเปลี่ยนแปลงและกลายเป็นวิถีชีวิตของผู้ป่วยในการจัดการตนเอง สอดคล้องการผลการศึกษาของอรัญ หงษ์ศิลา (2561) ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองต่อความรู้พฤติกรรมการดูแลตนเอง และความดันโลหิตในผู้ที่เป็โรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุพบ ว่า กลุ่มสามารถควบคุมความดันโลหิตได้ โดยการเปลี่ยนแปลงค่าเฉลี่ยค่าความดัน Systolic blood pressure และค่าความดันโลหิต Diastolic blood pressure ของกลุ่มทดลองมีค่าลดลงในสัปดาห์ ที่ 4 โดยการให้กลุ่มทดลองได้มีการบันทึกการปฏิบัติพฤติกรรมตามคู่มือการจัดการตนเองขณะอยู่ที่บ้าน เพื่อส่งเสริมให้มีการติดตามตนเองประเมินตนเอง โดยการเปรียบเทียบผลการปฏิบัติกับเป้าหมายที่วางไว้ รวมทั้งการค้นหาคำปรึกษาและอุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในกิจกรรมที่ยังไม่บรรลุเป้าหมายที่วางไว้ ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้รูปแบบการส่งเสริมการจัดการตนเองที่มีความสอดคล้องกับวิถีชีวิต มีการปฏิบัติการจัดการกับพฤติกรรมที่สม่ำเสมอและต่อเนื่องร่วมกับกับการติดตามเยี่ยมบ้านเป็นรายบุคคลทุกสัปดาห์ระหว่างผู้วิจัยและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีส่วนช่วยเหลือให้เกิดกระบวนการดังกล่าวโดยการกระตุ้น ให้ความรู้และให้คำปรึกษาเป็นระยะเวลาทั้ง 12 สัปดาห์ เมื่อกลุ่มทดลองได้ปฏิบัติกิจกรรมดังกล่าวอย่างต่อเนื่องส่งผลต่อระดับความดันโลหิตทั้งตัวบนและตัวล่างลดลง สอดคล้องการผลการศึกษาของศิริลักษณ์ ช่วงมี (2567) ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเองกลุ่มทดลองมีการประเมินพฤติกรรมสุขภาพกำหนดเป้าหมายและการวางแผนปฏิบัติพฤติกรรม

สุขภาพได้อย่างต่อเนื่องส่งผลให้กลุ่มทดลองมีการ
เปลี่ยนแปลงระดับความดันโลหิตลดลง

มาประยุกต์ใช้ในการวางแผนให้โรงพยาบาลเพื่อช่วยให้
ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้สามารถ
ควบคุมค่าระดับความดันโลหิตได้

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้
พยาบาลและทีมสุขภาพสามารถนำแนวปฏิบัติ
ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโดยใช้แนวทางการ
จัดการตนเอง ตลอดจนการใช้แนวทางการจัดการตนเอง

2. ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยครั้งต่อไป
ควรขยายระยะเวลาในการติดตามผลของ
โปรแกรมการจัดการตนเองในระยะยาว เช่น 6 เดือน
หรือ 1 ปี เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการจัดการตนเองที่ยัง
ยืน

อ้างอิง

- ThaiHypertension Society. (2562). Information on hypertension. เข้าถึงจาก/<http://www.thaihypertension.org/information.html>
- World Health Organization. (2566). First WHO report details devastating impact of hypertension and ways to stop it. เข้าถึงจาก/<https://www.who.int/thailand/th/news/detail/19-09-2566-first-who-report-details>
- สำนักโรคไม่ติดต่อ. (2566). รายงานประจำปี 2566. เข้าถึงได้จาก <https://ddc.moph.go.th/uploads/files/4155620240314033823.pdf>
- สำนักโรคไม่ติดต่อ. (2566). รายงานสถานการณ์สุขภาพประชาชน [อินเทอร์เน็ต]. 2566. เข้าถึงจาก <https://ddc.moph.go.th/uploads/files/78a5b91d92a079c1a35867c6347a9299.pdf>
- มาสริน ศุกลปักษ์. (2561). กลยุทธ์การส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันและควบคุมความดันโลหิตสูง [Health Promotion Strategies to Prevent and Control High Blood Pressure]. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครวัดนันทบุรี.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2564). คู่มือการจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพ. เข้าถึงจาก/https://www.nhso.go.th/storage/files/shares/PDF/fund_man01.pdf
- สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. (2562). แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป. เข้าถึงจาก/<https://thaihypertension.org/files/HT%20guideline%202019.with%20watermark.pdf>
- Kanfer, F.H, & Gaelick-Buys, L. (1991). Self-management methods. In F. Kanfer & A.Goldtein. (Eds.), Helping people change: A text book of methods. (4th ed.). New York: Pergamonpress.
- อภิญญา อุบลสะอาด. (2567). ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้โรงพยาบาลลับแล จังหวัดอุตรดิตถ์. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน. ฉบับที่ 1 หน้า 7-9

นพารณ จันทรศรี. (2563). *ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้*. สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ. ฉบับที่ 2 หน้า 9

กัลปนา เพชรอินทร์และนันทยา เสนีย์. (2566). ประสิทธิภาพของโปรแกรมส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและการควบคุมความดันโลหิตของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง. *วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีสู่ชุมชน*. ฉบับที่ 3 หน้า 8

กชกร ธรรมนาศีล. (2558). โปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ เขตกรุงเทพมหานคร. *Journal of Public Health Nursing*. ฉบับที่ 2 หน้า 52

Alfrina Hany, Kuswanto Rusca Putra (2567). Importance of self-management interventions in hypertension patients: A scoping review. *Health and Lifestyle Science*. ฉบับที่ 1 หน้า 2

อรทัย หงษ์ศิลา. (2561). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองต่อความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และความดันโลหิตในผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ. *วารสารสภาการพยาบาล*. ฉบับที่ 2 หน้า 15

ศิริลักษณ์ ช่างมี. (2567). ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อความรู้ พฤติกรรม และระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ เขตพื้นที่โรงพยาบาลสตึงพระ อำเภอสตึงพระ จังหวัดสงขลา. *วารสารสุขภาพและการพัฒนา*. ฉบับที่ 3 หน้า 9

ภาวะสุขภาพจิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้สูงอายุตำบลช้างกลาง
อำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช

Mental health conditions and related factors in the elderly in Chang -
Klang Subdistrict Chang Klang District, Nakhon Si Thammarat Province.

ปริศนา สัมเกต

Prissana Somket

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพควนसान จังหวัดนครศรีธรรมราช

(Received: January 7, 2025; Accepted: February 25, 2025)

บทคัดย่อ

การศึกษาในครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงภาคตัดขวาง เพื่อศึกษาระดับภาวะสุขภาพจิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้สูงอายุ และเปรียบเทียบภาวะสุขภาพจิตกับข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ ตำบลช้างกลาง อำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60-85 ปี ทั้ง เพศชายและเพศหญิง มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตความรับผิดชอบ ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลควนसान จำนวน 196 คน โดยใช้ตารางขนาดของกลุ่มตัวอย่างของเครซีและมอร์แกน สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ความถี่ (F) ร้อยละ (Percent) ค่าเฉลี่ย (Mean) การวิเคราะห์สถิติอนุมานในการทดสอบสมมติฐาน คือ การเปรียบเทียบใช้สถิติ One-Way ANOVA การเปรียบเทียบคะแนนประเมิน ความเครียดของผู้สูงอายุระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล และการเปรียบเทียบกับคะแนนแบบประเมินภาวะซึมเศร้า ปัจจัยส่วนบุคคลและหาค่า ความสัมพันธ์โดยการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson Correlation)

ผลการศึกษา พบว่า ระดับความเครียดในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมาโดยภาพรวม ของผู้สูงอายุตำบลช้างกลาง อำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความเครียดอยู่ในระดับเครียดน้อย ร้อยละ 57.41 รองลงมาคือมีความเครียดอยู่ในระดับเครียดปานกลาง ร้อยละ 42.59 ระดับภาวะซึมเศร้าใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา ของผู้สูงอายุตำบลช้างกลาง อำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เริ่มมีภาวะซึมเศร้า ควรได้รับคำแนะนำเบื้องต้น ร้อยละ 83.80 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับความเครียดของผู้สูงอายุ พบว่า เพศ รายได้ รายได้เทียบกับรายจ่ายต่อเดือน โรคประจำตัวอื่น ๆ การพักอาศัย และการเข้ากลุ่มพบปะสมาคมกับเพื่อนบ้าน มีความสัมพันธ์กับความเครียดของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 ในส่วนของความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ พบว่า รายได้ โรคประจำตัวอื่น ๆ และการเข้ากลุ่มพบปะสมาคมกับเพื่อนบ้าน มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05

คำสำคัญ: ภาวะสุขภาพจิต, ความเครียด, ผู้สูงอายุ



Abstract

This study is a cross-sectional research aimed at investigating the level of mental health status and associated factors among the elderly, as well as comparing mental health conditions with personal demographic data of elderly individuals in Chang Klang Subdistrict, Chang Klang District, Nakhon Si Thammarat Province. The sample consisted of 196 elderly individuals aged 60-85 years, both male and female, residing in the service area of Khuan San Subdistrict Health Promoting Hospital. The sample size was determined using Krejcie and Morgan's table. The statistical methods used for data analysis included frequency (F), percentage, mean, and inferential statistical analysis to test hypotheses. One-Way ANOVA was applied to compare stress assessment scores among different personal factors. Additionally, the relationship between personal factors and depression assessment scores was analyzed using Pearson's correlation coefficient.

The findings revealed that, over the past six months, the overall stress level among the elderly in Chang Klang Subdistrict, Chang Klang District, Nakhon Si Thammarat Province, was predominantly at a mild level (57.41%), followed by a moderate level of stress (42.59%). Regarding depression levels in the past week, most elderly individuals exhibited early signs of depression and required initial counseling (83.80%). The analysis of the relationship between personal factors and stress levels among the elderly indicated that gender, income, income compared to monthly expenses, presence of other chronic diseases, living arrangements, and participation in social gatherings with neighbors were significantly associated with stress levels at the 0.05 significance level. Similarly, the relationship between personal factors and depression among the elderly showed that income, presence of other chronic diseases, and participation in social gatherings with neighbors were significantly associated with depression at the 0.05 significance level.

Keywords : mental health status, stress, elderly

บทนำ

องค์การสหประชาชาติได้ให้นิยามว่า ประเทศที่มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป เป็นสัดส่วนร้อยละ 10 หรืออายุ 65 ปีขึ้นไปเกินร้อยละ 7 ของจำนวนประชากรทั้งหมด ถือว่าประเทศนั้นได้ก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุ และจะเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์เมื่อมีสัดส่วนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 20 หรืออายุ 65 ปีขึ้นไปเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 14 นั้นหมายความว่า ปัจจุบันประเทศไทยเราเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุแล้ว โดยในปี ค.ศ. 2020 มีจำนวนผู้สูงอายุ 11.6 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 17.6 ของประชากรทั้งประเทศ (สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์, 2562) การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางเศรษฐกิจและสังคม ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรอย่างรวดเร็ว สาเหตุมาจากจำนวนประชากรที่เพิ่มขึ้นนั้น ทัวโลกกำลังเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างรวดเร็ว ระหว่างปี 2015-2050 สัดส่วนประชากรอายุมากกว่า 60 ปี เพิ่มขึ้น 2 เท่า เท่าจากร้อยละ 12.0 เป็นร้อยละ 22.0 (World Health Organization, 2016)

การเพิ่มขึ้นของประชากรผู้สูงอายุนั้น ส่งผลให้เกิดปัญหาสุขภาพเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงในทางที่ถดถอยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจ และสังคม ทำให้อัตราการเป็นโรคเรื้อรังสูงและมีความรุนแรงกว่าบุคคลในกลุ่มวัยอื่น โดยเฉพาะปัญหาสุขภาพกาย และเมื่อมีปัญหาสุขภาพกายแล้วย่อมกระทบต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิตตามมา ซึ่งจากการสำรวจภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย พร้อมทั้งรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโดยพิจารณาจากการมีปัญหาการซึมเศร้าและภาวะอารมณ์ในด้านลบ พบว่า ภาวะความซึมเศร้าสัมพันธ์กับอายุ เพศ และเขตที่อยู่อาศัย โดยผู้สูงอายุที่มีอายุมากขึ้นยังมีภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้น ผู้สูงอายุที่เป็นหญิง

และผู้สูงอายุในเขตชนบทมีภาวะความซึมเศร้าสูงกว่าผู้สูงอายุที่เป็นชายหรืออยู่ในเขตเมือง

ปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่เกิดขึ้นเป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย เช่น การเจ็บป่วย การเสื่อมของระบบต่าง ๆ ในร่างกายที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวล ความเครียด ความรู้สึกกดดัน ตลอดจนการเปลี่ยนแปลงทางด้านบทบาททางสังคม เช่น การเกษียณอายุ การสูญเสียบทบาทการเป็นหัวหน้าครอบครัว การเสียชีวิตของคู่สมรสญาติคนใกล้ชิดหรือเพื่อน ซึ่งล้วนแต่มีผลกระทบต่อจิตใจของผู้สูงอายุทั้งสิ้น จึงทำให้ผู้สูงอายุซึมเศร้าได้ง่าย ผลกระทบเมื่ออารมณ์เศร้าเกิดขึ้นนาน เป็นภาวะซึมเศร้าและเรื้อรัง จนกระทั่งส่งผลเสียต่อร่างกาย จิตใจ สังคม เกิดเป็นการเจ็บป่วยตามมโรค ซึมเศร้านับเป็นโรคทางจิตเวชในกลุ่มโรคที่มีความผิดปกติทางอารมณ์ การเจ็บป่วยของโรคนี้ทำให้เกิดความบกพร่องในการดำเนินชีวิตประจำวัน สร้างความเสียหายต่อคุณภาพชีวิตได้สูงกว่าโรคอื่นๆ (ณัฐปภัสร์ นวลสีทอง และคณะ, 2564)

ผู้สูงอายุจำนวนหนึ่งประสบกับปัญหาสุขภาพจิตตลอดช่วงชีวิตตั้งแต่การเป็น Mind Depression หรือ Mind Anxiety ไปจนกระทั่งถึงระดับ Severe เช่น Schizophrenia, Psychosis เป็นต้น ดังนั้น จึงควรมีการเตรียมความพร้อมก่อนที่จะถึงวัยสูงอายุทางเรื่องสุขภาพกายและสุขภาพจิต โดยสิ่งที่ควรจะต้องเตรียมก่อนเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ เช่น เก็บออมเงินทองเพื่อใช้จ่ายในวัยผู้สูงอายุ ยอมรับความเสื่อมถอยโดยเตรียมความพร้อมทางใจเป็นการช่วยให้ยอมรับสภาพเสื่อมถอยได้ง่ายขึ้น หมั่นคอยรักษาสุขภาพและดูแลสุขภาพให้แข็งแรง วางรากฐานการใช้ชีวิตในช่วงวัยสูงอายุเนิ่นๆ ดูแลจิตใจให้แจ่มใสอยู่เสมอ หมั่นศึกษาข้อมูลข่าวสารที่ทันสมัยในเรื่องผู้สูงอายุเพื่อก้าวทันต่อการเปลี่ยนแปลง สร้างกลุ่มเพื่อนเพื่อสร้างความ



สัมพันธ์ภาพจะทำให้ชีวิตในวัยสูงอายุไม่โดดเดี่ยว สร้างความภาคภูมิใจให้กับตนเองและทำตนให้เป็นประโยชน์ต่อผู้อื่นเพื่อให้รู้สึกว่าคุณค่า มีความยึดหยุ่นในชีวิตปรับเปลี่ยนหรือเปลี่ยนแปลงตามสถานการณ์ต่าง ๆ ได้ และตรวจสุขภาพตามกำหนด เป็นต้น (กรมสุขภาพจิต, 2559)

วัยสูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม โดยส่วนใหญ่ผู้สูงอายุมักมีโรคเรื้อรัง ภาวะซึมเศร้าก็เป็นอีกภาวะหนึ่งที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ คิดเป็นร้อยละ 20-40 ของผู้สูงอายุ จากข้อมูลด้านประชากรผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นทุกปี นอกจากจะส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุโดยตรงแล้ว ยังส่งผลกระทบต่อผู้ที่มีหน้าที่ต้องดูแลผู้สูงอายุ ไม่ว่าจะเป็นครอบครัว บุคลากรสาธารณสุข หรือองค์กรทางสังคมอื่นๆ ปัญหาสุขภาพในผู้สูงอายุจะเป็นภาระต่อระบบบริการสุขภาพอย่างมากในอนาคต จากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2552 โดยสำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทยที่ประเมินภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุจำนวน 9,195 คน พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ประเมินว่าสุขภาพตนเองโดยรวมอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 48.4 และประเมินว่าดีถึงดีมาก ร้อยละ 38.1 และผู้สูงอายุที่ประเมินว่าสุขภาพไม่ดีและไม่ดีเลย ร้อยละ 12.5 และ 1.0 ตามลำดับ นอกจากนี้ยังพบโรคที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ เช่น ความเสื่อมของดวงตาที่พบมากได้แก่ต้อกระจกที่พบเป็น 1 ใน 5 ของผู้สูงอายุ 1 ใน 3 ของผู้สูงอายุ มีปัญหาการได้ยิน และมากกว่าครึ่งหนึ่งมีฟันใช้งานไม่ถึง 20 ซี่ (สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย, 2561: 1) จากการสำรวจการเจ็บป่วยและโรคในผู้สูงอายุของมหาวิทยาลัยมหิดลปี 2560 พบว่า ผู้สูงอายุป่วยหรือรู้สึกป่วยไม่สบายเฉลี่ยประมาณ 3 ครั้งต่อเดือน โดยกลุ่มโรคที่ป่วยมากที่สุดสามลำดับแรกคือ โรคระบบเส้นเอ็น

กล้ามเนื้อ กระดูกและข้อ โรคระบบทางเดินหายใจและโรคหัวใจหลอดเลือด (สารประชากร มหาวิทยาลัยมหิดล, 2559)

ผู้วิจัยซึ่งเป็นบุคลากรสาธารณสุข มีหน้าที่รับผิดชอบในด้านการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุอำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช มีความสนใจและให้ความสำคัญเรื่องสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่เกิดจากการปฏิบัติตนเอง จึงได้ศึกษาถึงภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ว่ามีปัจจัยอะไรบ้างที่ส่งผลต่อภาวะสุขภาพจิต เพราะปัจจัยที่ส่งผลต่อการปฏิบัติตัวของผู้สูงอายุในการดูแลสุขภาพของตนเองนั้น นอกจากจะทำให้ทราบถึงปัญหาและความต้องการที่แท้จริงของผู้สูงอายุแล้ว ยังมาปรับเป็นเป็นแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพต่อไป

วัตถุประสงค์ของงานวิจัย

- 1) เพื่อศึกษาระดับภาวะสุขภาพจิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้สูงอายุ ตำบลช้างกลาง อำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช
- 2) เพื่อเปรียบเทียบภาวะสุขภาพจิตกับข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ ตำบลช้างกลาง อำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross Sectional Descriptive Study)

ประชากรที่ศึกษาและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา (Population)

ประชากร คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศ ชายและเพศหญิง มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตความรับผิดชอบ ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลควนसान อำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวน 390 คน

กลุ่มตัวอย่างและการสุ่ม

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60-85 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตความรับผิดชอบ ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลควนसान อำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวน 196 คน โดยใช้ ตารางขนาดของกลุ่มตัวอย่างของเครซีและมอร์แกน

กลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับการศึกษ

1) เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria)

1. ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง
2. ผู้สูงอายุที่สามารถสื่อสารได้อ่านออกและเขียนภาษาไทยได้
3. ผู้สูงอายุที่ยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความเต็มใจ

2) เกณฑ์การคัดออกกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion criteria)

1. บุคคลที่บกพร่องทางการมองเห็น การได้ยิน และการสื่อสาร
2. บุคคลที่มีย้ายภูมิลำเนาออกนอกพื้นที่ศึกษาในระหว่างเก็บข้อมูลงานวิจัย
3. ผู้สูงอายุปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการ

เครื่องมือในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยแบ่งเป็น 3 ส่วน คือ

- 1) ข้อมูลทั่วไป เป็นข้อคำถามที่สอบถามข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ รายได้เทียบกับรายจ่ายต่อเดือน ที่มาของรายได้ โรคประจำตัวอื่นๆ การพักอาศัย การปฏิบัติศาสนกิจตามความเชื่อของศาสนา การเข้ากลุ่มพบปะสมาคมกับเพื่อนบ้าน

2) แบบวัดความเครียดสวนปรุง (Suanprung Stress Test-20, SPST-20) ซึ่งแบบวัดความเครียดสวนปรุงนี้เป็นแบบวัด ความเครียดที่สร้างขึ้นเพื่อวัดความเครียด ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา ที่จะนำมาใช้เพื่อหาข้อมูลเกี่ยวกับความเครียด ทราบที่มาของความเครียด การใช้ชีวิตประจำวันที่มีผลต่อ การเกิดความเครียดหรือการปรับตัวรับกับความเครียด และอาการของความเครียดที่เกิดขึ้นได้เหมาะสมจะใช้ใน การให้บริการปรึกษาและแนะนำ แบบวัดความเครียดสวนปรุง ชุด 20 ข้อ มีคะแนนรวมไม่เกิน 100 คะแนน โดยผลรวมที่ได้ แบ่งออกเป็น 4 ระดับ ดังนี้

คะแนน 0 – 23 เครียดน้อย

คะแนน 24 – 41 เครียดปานกลาง

คะแนน 42 – 61 เครียดสูง

คะแนน 62 ขึ้นไป เครียดรุนแรง

3) แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale : TGDS) คือ การประเมินการเปลี่ยนแปลงทางด้าน อารมณ์ไปสู่ภาวะของจิตใจที่เศร้าซึม หม่นหมอง ไม่มี ความสุข ซึ่งเป็นความรู้สึกเกี่ยวกับตนเองทางด้าน ร่างกาย จิตใจ สังคม เครื่องมือนี้ พัฒนาโดย กลุ่ม พันฟูสมรรถภาพสมอง (Train The Brain Forum Thailand) ลักษณะเครื่องมือเป็นมาตรประเมินแบบ ถูก-ผิด (0 และ 1 คะแนน) จำนวน 15 ข้อ ใช้ทดสอบ ผู้สูงอายุทั่วไป การแปลความหมาย

คะแนน 0-4 ไม่มีภาวะซึมเศร้า

คะแนน 5-10 เริ่มมีภาวะซึมเศร้า ควรได้รับคำแนะนำเบื้องต้น

คะแนน 11-15 เป็นโรคซึมเศร้า ควรพบแพทย์เพื่อรับการรักษา

การรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีขั้นตอนดังนี้

1) ผู้วิจัยเสนอโครงร่างวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัย ในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช

2) ดำเนินการตรวจสอบเครื่องมือ โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา พิจารณาตรวจสอบความถูกต้อง การครอบคลุม และครบถ้วน

3) เมื่อได้รับการอนุมัติโครงร่างวิจัย ผู้วิจัยขอหนังสือบันทึกข้อความขออนุญาตดำเนินการวิจัย ที่ต้องการเก็บข้อมูล

4) ผู้วิจัยดำเนินการรวบรวมข้อมูล โดยลงพื้นที่ แจกแบบสอบถามกับกลุ่มตัวอย่างโดยผู้วิจัยเอง

5) รวบรวมแบบสอบถามและตรวจสอบความถูกต้อง ความครบถ้วนสมบูรณ์ของข้อมูล

6) นำแบบสอบถามที่ได้ไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1) วิเคราะห์ข้อมูลข้อมูลส่วนบุคคล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ ความถี่ (F) ร้อยละ (Percent) ค่าเฉลี่ย (Mean)

2) การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางคอมพิวเตอร์ และวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ดังนี้ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์สถิติอนุมานในการทดสอบสมมติฐาน คือ การเปรียบเทียบใช้สถิติ One-Way ANOVA การเปรียบเทียบคะแนนประเมิน ความเครียดของผู้สูงอายุ ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล และการเปรียบเทียบกับคะแนนแบบประเมินภาวะซึมเศร้า ปัจจัยส่วนบุคคลและ

หาค่า ความสัมพันธ์โดยการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson Correlation)

จริยธรรมวิจัย

งานวิจัยชิ้นนี้ได้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช เอกสารรับรองเลขที่ 97/2567 รหัสโครงการ NSTPH 97/2567 วันที่รับรอง 28 พฤษภาคม 2567

ผลการวิจัย

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูล ภาวะสุขภาพจิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้สูงอายุตำบลช้างกลาง อำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช สรุปผลได้ดังนี้

1. คุณลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่างพบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 54.17 มีอายุเฉลี่ย 71.01 ปี (SD=8.06) และช่วงอายุที่มากที่สุดคือ 60-65 ปี ร้อยละ 33.80 ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 99.54 มีสถานภาพคู่เป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 72.69 สำหรับระดับการศึกษา ส่วนใหญ่จบชั้นมัธยมศึกษา ร้อยละ 68.52 และมีอาชีพเกษตรกรเป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 49.54 ซึ่งมีรายได้ต่ำกว่า 5,000 บาท/เดือน ร้อยละ 48.15 เมื่อเทียบรายได้กับรายจ่ายต่อเดือนแล้วพบว่าเพียงพอ ร้อยละ 56.94 โดยแหล่งที่มาของรายได้นั้น ส่วนใหญ่มาจากเงินสวัสดิการของรัฐ เช่น เบี้ยผู้สูงอายุ/ผู้พิการ/บัตรประชาชน ร้อยละ 79.63 และร้อยละ 46.76 ของกลุ่มตัวอย่างมีโรคประจำตัวเป็นโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งส่วนใหญ่พักอาศัยอยู่กับสามี/ภรรยา ร้อยละ 65.74 ในส่วนของการปฏิบัติศาสนกิจตามความเชื่อของศาสนา พบว่าส่วนใหญ่มิ่การปฏิบัติศาสนกิจตามความเชื่อของศาสนา ร้อยละ 90.28 และมีการเข้ากลุ่มพบปะสมาคมกับเพื่อนบ้าน ร้อยละ 79.63 ดังแสดงในตารางที่ 1



ตารางที่ 1 คุณลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่าง (n=216)

คุณลักษณะทางประชากร	จำนวน	ร้อยละ
1. เพศ		
ชาย	99.00	45.83
หญิง	117.00	54.17
2. อายุ		
60-65 ปี	73.00	33.80
66-70 ปี	47.00	21.76
71-75 ปี	42.00	19.44
76-80 ปี	16.00	7.41
81 ปีขึ้นไป	38.00	17.59
Mean ± S.D. (Min : Max)	71.01 ± 8.06 (60 : 90)	
3. ศาสนา		
พุทธ	215.00	99.54
คริสต์	1.00	0.46
4. สถานภาพ		
โสด	33.00	15.28
คู่	157.00	72.69
สมรส	26.00	12.04
5. ระดับการศึกษา		
ไม่ได้รับการศึกษา	11.00	5.09
ประถมศึกษา	148.00	68.52
มัธยมศึกษา	24.00	11.11
อนุปริญญา/ปวส.	8.00	3.70
ปริญญาตรี	21.00	9.72
สูงกว่าปริญญาตรี	4.00	1.85
6. อาชีพ		
เกษตรกร	107.00	49.54
รับจ้าง	28.00	12.96
ค้าขาย/ธุรกิจ	7.00	3.24
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	14.00	6.48
7. รายได้		
ต่ำกว่า 5,000 บาท/เดือน	104.00	48.15
5,000-10,000บาท/เดือน	81.00	37.50
10,000- 50,000 บาท/เดือน	31.00	14.35

คุณลักษณะทางประชากร	จำนวน	ร้อยละ
8. รายได้เทียบกับรายจ่ายต่อเดือน		
เพียง	123.00	56.94
ไม่เพียงพอ	93.00	43.06
9. ที่มาของรายได้		
สวัสดิการของรัฐ (เบี้ยผู้สูงอายุ/ผู้พิการ/บัตรประชาชน)	172.00	79.63
ประกอบอาชีพ/เงินบำนาญ	37.00	17.13
บุตรหลานให้	7.00	3.24
10. โรคประจำตัวอื่นๆ		
ไม่มีโรคประจำตัว	58.00	26.85
ความดันโลหิตสูง	101.00	46.76
เบาหวาน	17.00	7.87
ไขมันในเลือดสูง	19.00	8.80
โรคอื่นๆ	21.00	9.72
11. การพักอาศัย		
คนเดียว	18.00	8.33
สามี/ภรรยา	142.00	65.74
บุตรหลาน	56.00	25.93
12. การปฏิบัติศาสนกิจตามความเชื่อของศาสนา		
มีการปฏิบัติ	195.00	90.28
ไม่มีการปฏิบัติ	21.00	9.72
13. การเข้ากลุ่มพบปะสมาคมกับเพื่อนบ้าน		
มีการเข้ากลุ่ม	172.00	79.63
ไม่มีการเข้ากลุ่ม	44.00	20.37

2. ระดับความเครียดในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมาโดยภาพรวม (n=216)

ระดับความเครียดในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมาโดยภาพรวม ของผู้สูงอายุตำบลช้างกลาง อำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความเครียดอยู่ในระดับเครียดน้อย ร้อยละ 57.41 รองลงมาคือมีความเครียดอยู่ในระดับเครียดปานกลาง ร้อยละ 42.59 ดังแสดงในตารางที่ 2



ตารางที่ 2 ระดับความเครียดในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา โดยภาพรวม (n=216)

ระดับความเครียดในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา โดยภาพรวม	จำนวน	ร้อยละ
เครียดน้อย	124	57.41
เครียดปานกลาง	92	42.59
เครียดสูง	0	0.00
เครียดรุนแรง	0	0.00

3. ระดับภาวะซึมเศร้าใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา ของผู้สูงอายุตำบลช้างกลาง อำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เริ่มมีภาวะซึมเศร้า ควรได้รับคำแนะนำเบื้องต้น ร้อยละ 83.80 ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ระดับภาวะซึมเศร้าใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา (n=216)

ระดับภาวะซึมเศร้าใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา โดยภาพรวม	จำนวน	ร้อยละ
ไม่มีภาวะซึมเศร้า	35	16.20
เริ่มมีภาวะซึมเศร้า ควรได้รับคำแนะนำเบื้องต้น	181	83.80
เป็นโรคซึมเศร้า ควรพบแพทย์เพื่อรับการรักษา	0	0.00

4. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับความเครียดและภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ (n=216)

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับความเครียดของผู้สูงอายุ พบว่า เพศ รายได้ รายได้เทียบกับรายจ่ายต่อเดือน โรคประจำตัวอื่น ๆ การพักอาศัย และการเข้ากลุ่มพบปะสมาคมกับเพื่อนบ้าน มีความสัมพันธ์กับความเครียดของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 ในส่วนของความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ พบว่า รายได้ โรคประจำตัวอื่น ๆ และการเข้ากลุ่มพบปะสมาคมกับเพื่อนบ้าน มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับความเครียดและภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ
(n=216)

ปัจจัยส่วนบุคคล	ความเครียด		ภาวะซึมเศร้า	
	χ^2	p-value	χ^2	p-value
1. เพศ	72.506	<0.001	2.243	0.134
2. อายุ	5.960	0.202	1.678	0.795
3. รายได้	104.030	<0.001	17.082	<0.001
4. รายได้เทียบกับรายจ่ายต่อเดือน	10.411	<0.001	1.310	0.252
5. โรคประจำตัวอื่นๆ	20.791	<0.001	13.177	0.010
6. การพักอาศัย	151.716	<0.001	0.884	0.643
7. การเข้ากลุ่มพบปะสมาคมกับเพื่อนบ้าน	40.996	<0.001	13.020	<0.001

อภิปรายผล

จากผลการศึกษา ภาวะสุขภาพจิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้สูงอายุตำบลช้างกลาง อำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่า ระดับความเครียดในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมาโดยภาพรวม ของผู้สูงอายุตำบลช้างกลาง อำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความเครียดอยู่ในระดับเครียดน้อย รองลงมา คือ มีความเครียดอยู่ในระดับเครียดปานกลาง กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพลังสุขภาพจิตอยู่ในระดับสูง (Mean= 160.73, SD= 18.17) สอดคล้องกับการศึกษาของ ณัฐปภัสร์ นวลสีทองและคณะ (2564) พบว่า ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรัง ส่วนใหญ่ มีความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง

ใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา ระดับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุตำบลช้างกลาง อำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เริ่มมีภาวะซึมเศร้า ควรได้รับคำแนะนำเบื้องต้น ไม่สวดสวดคล้องกับการศึกษาของ ณัฐปภัสร์ นวลสีทองและคณะ (2564) พบว่าผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรัง ส่วนใหญ่ ไม่พบ

ภาวะซึมเศร้า และการศึกษาของ ภาวดี เหมทานนท์และคณะ (2562) พบว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการระลึกความหลังแบบบูรณาการต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าเท่ากับ 15.80 (S.D.=2.82) คือมีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับความเครียดของผู้สูงอายุ พบว่า เพศ รายได้ รายได้เทียบกับรายจ่ายต่อเดือน โรคประจำตัวอื่น ๆ การพักอาศัย และการเข้ากลุ่มพบปะสมาคมกับเพื่อนบ้าน มีความสัมพันธ์กับความเครียดของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 ในส่วนของความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ พบว่า รายได้ โรคประจำตัวอื่น ๆ และการเข้ากลุ่มพบปะสมาคมกับเพื่อนบ้าน มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 สอดคล้องกับการศึกษาของ สุนิสา คำขึ้น (2562) พบว่า ระดับการศึกษา ความเพียงพอของรายได้ อาชีพ การประกันสุขภาพ และ โรคประจำตัว มีความสัมพันธ์

ระหว่างภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ และสอดคล้องกับการศึกษาของ สอดคล้องกับการศึกษาของ ณัฐภัสสร์ นวลสีทองและคณะ (2564) พบว่า

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ ที่พบว่า ปัจจัยด้านระดับการศึกษา อาชีพและรายได้ของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังมีความสัมพันธ์กับภาวะความเครียดและภาวะซึมเศร้า

ในการจัดกิจกรรมในการส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ จะต้องจัดกิจกรรมที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตของผู้สูงอายุ จากผลการศึกษาจะพบว่า รายได้และโรคประจำตัว เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับทั้งความเครียดและภาวะซึมเศร้า ดังนั้นผู้วิจัยจะต้องนำข้อมูลในส่วนนี้มาใช้ในการหาสาเหตุต่างๆ และการจัดทำข้อมูล

เชิงคุณภาพในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. การวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ เพื่อใช้ในการวางแผนพัฒนาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ
2. การวิจัยโปรแกรมส่งเสริมภาวะสุขภาพจิตและสุขภาพการเงิน สำหรับวัยผู้ใหญ่เพื่อให้มีความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ

เอกสารอ้างอิง

- กรมกิจการผู้สูงอายุ (2564). สุขภาพจิตผู้สูงอายุ สืบค้นจาก <https://www.dop.go.th/th/know/15/412> สืบค้นเมื่อ 28 มีนาคม 2567
- กรมสุขภาพจิต. (2559). แนวทางการพัฒนาคุณภาพระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวช สำหรับ โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล .(พิมพ์ครั้งที่2). กรุงเทพมหานคร : บริษัท ปิยอนด์พับลิชชิง จำกัด.
- กลุ่มภารกิจพยาบาล โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ (2563).คู่มือแบบประเมินคัดกรอง โรคจิตและปัญหาสุขภาพจิต. สืบค้นจาก <http://1.179.139.229/upload/2021-02-17-1010.pdf> สืบค้นเมื่อ 28 มีนาคม 2567
- ณัฐภัสสร์ นวลสีทองและคณะ (2564).ความเครียดและภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรัง ตำบลนาเลี้ยว อำเภอมืองจังหวัดชัยภูมิ.วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา;16 (2).
- ธัญรัตน์ ภูงศ์ชัย และคณะ. (2567).การศึกษาระดับสุขภาวะแบบองค์รวมและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอำเภอมือง จังหวัดชัยภูมิ.วารสารศูนย์อนามัยที่ 9 ;18(1).
- พาริณี สุกใส และคณะ (2561).ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในเขตเมือง จังหวัดราชบุรี.วารสารวิชาการสาธารณสุข; 27(5).
- ภาวดี เหมทานนท์ และคณะ (2562) ผลของโปรแกรมการระลึกความหลังแบบบูรณาการต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ: การศึกษานำร่องกับผู้สูงอายุตำบลบ้านไม้แดง อำเภอมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช.วารสาร โรงพยาบาลสกลนคร; 22(3) .



สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ร่วมกับ มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนา ผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.).(2559). *คู่มือการดูแลผู้สูงอายุ: สูตรคลายซึมเศร้า*. พิมพ์ครั้งที่ 1 .บริษัท โอเพ่นเวิลด์ส พับลิชชิง เฮาส์ จำกัด.

สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์.(2562). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย 2562*. กรุงเทพฯ: มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.); 2562

สรร กลิ่นวิจิต, เวธกา กลิ่นวิจิต, พวงทอง อินใจ,พลอยพันธุ์ กลิ่นวิจิต. (2558). การประเมินภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่เป็น โรคเรื้อรังในชุมชนเทศบาลเมืองแสนสุขจังหวัดชลบุรี. *บูรพาเวชสาร*; 2(1)

World Health Organization. Mental health and older adults [Internet]. 2015 [cited 2016 Jan 23]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs381/en/>

World Health Organization. Aging and life-course [Internet]. 2018 [cited 2018 December 20]. [cited 2017 December 20]. Available from: [http://www. who.int/ageing/en.com](http://www.who.int/ageing/en.com).

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความพึงพอใจของผู้รับบริการแผนกผู้ป่วยนอก
โรงพยาบาลระนอง

Factors Related to Satisfaction of Outpatient Department Service
Recipient, Ranong Hospital.

โสทรดา อินทศิริ

Sorada Intarasiri

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

โรงพยาบาลระนอง จังหวัดระนอง

(Received: January 30, 2025; Accepted: February 20, 2025)

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความพึงพอใจของผู้รับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลระนองและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความพึงพอใจของผู้รับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลระนอง เริ่มดำเนินการตั้งแต่พฤศจิกายน 2567 ถึงมกราคม 2568 กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลระนองที่สุ่มด้วยวิธีการสุ่มแบบง่าย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความตรงและความเชื่อมั่นแล้ว นำไปเก็บข้อมูลจำนวน 400 คน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทดสอบความสัมพันธ์โดยใช้สถิติไครส์แควร์

ผลการวิจัย พบว่า ความพึงพอใจของผู้รับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลระนองโดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก (Mean=3.96, S.D.=.89) โดยมีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจสูงสุดในด้านเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ (Mean=4.03, S.D.=.92) และมีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจน้อยที่สุดในด้านสิ่งอำนวยความสะดวก (Mean=3.88, S.D.=.88) ปัจจัยด้านสิทธิการรักษาและการได้คำแนะนำเกี่ยวกับโรคที่เป็นและวิธีการรักษามีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจของผู้รับบริการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .05$) ส่วน เพศ อายุ ระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจของผู้รับบริการ

คำสำคัญ: ความพึงพอใจ, ผู้รับบริการ, แผนกผู้ป่วยนอก



Abstract

This study is the Descriptive research. The project aims to study the satisfaction of clients of outpatients department service recipients ,Ranong Hospital and to study the factors related to satisfaction of outpatient department service recipients, Ranong Hospital. The study will be conducted from November 2024 to January 2025. The sample group was outpatients from Ranong Hospital, selected using simple random sampling. The data collection instrument will be a questionnaire that has been tested for validity and reliability, collected data from 400 participants. Quantitative data were analyzed by frequency, percentage, mean, and standard deviation including chi-square test were used to test the association.

The result found that the overall satisfaction with the service provided by outpatient department at Ranong Hospital was at a high level (Mean=3.96, SD=0.89), the highest satisfaction was in the service staff components (Mean=4.03, SD=0.92) and the lowest was the service facilities.(Mean=3.88, SD=0.88). Right of treatment and receiving advice about the disease and treatment methods were significantly related to the satisfaction of service recipients (p-value <.05). Gender, age, and education level were not related to the satisfaction of service recipients.

Keywords : Satisfaction, Service Recipients, Outpatient Department

บทนำ

ปัจจุบันโรงพยาบาลของรัฐบาลเป็นสถานที่ให้บริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขที่มีความจำเป็นขั้นพื้นฐานในการดำรงชีวิตโดยจะมุ่งเน้นการส่งเสริมป้องกัน รักษาและฟื้นฟูภาวะความเจ็บป่วยหรือโรคต่างๆทั้ง ทางร่างกายและทางจิตใจ เป้าหมายสำคัญในการให้บริการสุขภาพต้องตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนและสร้างระบบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพมาตรฐาน ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้อย่างทั่วถึงเป็นธรรม จึงได้มีการนำกลวิธีต่างๆมาใช้ในการบริหารจัดการมากขึ้นเพื่อสร้างความพึงพอใจแก่ผู้รับบริการตามเกณฑ์พัฒนาคุณภาพบริหารจัดการภาครัฐ หมวด 3 ว่าด้วยการให้ความสำคัญกับผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ข้อ (8) กำหนดให้ส่วนราชการมีการวัดความพึงพอใจของผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียแต่ละกลุ่มเพื่อนำไปปรับปรุงคุณภาพบริการ (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ, 2557) โดยเฉพาะผู้รับบริการประเภทผู้ป่วยนอกเป็นผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียที่สำคัญ (กองบริหารสาธารณสุข, 2560) แผนกผู้ป่วยนอก (Out Patient Department: OPD) จึงเป็นหน่วยงานที่มีความสำคัญในการให้บริการของโรงพยาบาลเนื่องจากผู้ป่วยแต่ละรายต้องผ่านจุดบริการนี้เพื่อจะได้รับการคัดกรอง การส่งต่อให้ได้รับการตรวจวินิจฉัยอย่างถูกต้องและเหมาะสม การประเมินและเฝ้าระวังอาการอย่างต่อเนื่องขณะที่ใช้บริการ การเอื้ออำนวยให้กระบวนการรักษาของแพทย์ขณะตรวจการรักษาเป็นไปอย่างสะดวก ปลอดภัย รวดเร็ว ตลอดจนการส่งผู้รับบริการปรึกษาหารือระหว่างแผนกและส่งต่อผู้รับบริการไปรักษาพยาบาลยังหน่วยงานอื่นอย่างถูกต้อง (กองการพยาบาล, 2540) การให้บริการแผนกผู้ป่วยนอกจึงต้องการความถูกต้องรวดเร็วซึ่งอาจก่อให้เกิดความพอใจและไม่พึงพอใจต่อผู้มารับบริการได้เนื่องจากจำนวน

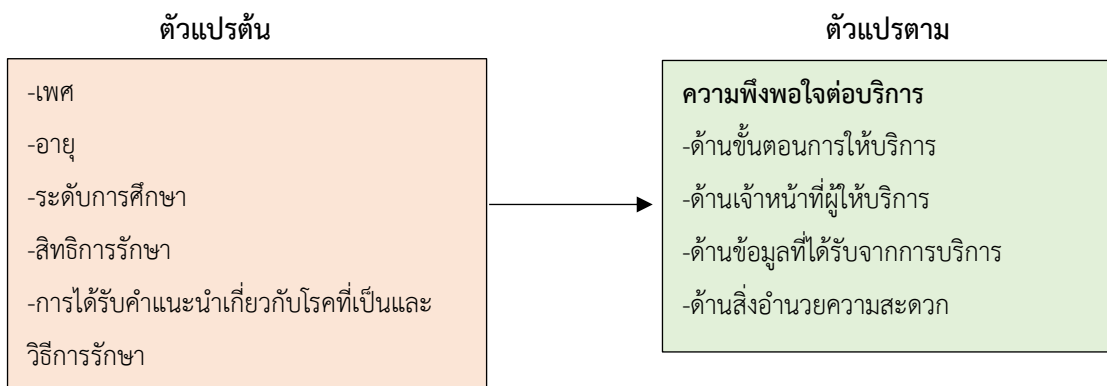
ผู้ใช้บริการที่มีจำนวนมาก ข้อจำกัดของขั้นตอนบริการ ข้อจำกัดของเวลาและบุคลากร ซึ่งส่งผลกระทบต่อผู้รับบริการคือ ถ้ามีความพึงพอใจในการบริการก็จะกลับมาใช้บริการในครั้งต่อไปอีก ถ้าไม่มีความพึงพอใจในการบริการก็จะไม่กลับมาใช้บริการ บางรายทำให้ขาดการรักษาอย่างต่อเนื่องเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคที่เป็นอยู่มากขึ้น ดังนั้นความพึงพอใจของผู้รับบริการจึงเป็นดัชนีตัวชี้วัดที่สำคัญที่สุดเพราะหากผู้รับบริการเกิดความพึงพอใจในสินค้าและบริการ จะเกิดภาพลักษณ์ที่ดีต่อองค์กรและผู้รับบริการกลับมาใช้บริการใหม่ (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ, 2557)

โรงพยาบาลระนองเป็นโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขจัดตั้งขึ้นมาเพื่อให้บริการในการรักษาพยาบาลแก่ประชาชนทั่วไป โดยเน้นคุณภาพในการให้การรักษายาบาลเป็นสำคัญรวมทั้งบริการที่อบอุ่นประทับใจที่มุ่งเน้นคุณภาพของบริการที่ก่อให้เกิดความพึงพอใจสูงสุดแก่ผู้รับบริการ จากสถิติของผู้มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก 3 ปีย้อนหลัง พบว่าในปี พ.ศ. 2565 มีผู้มารับบริการจำนวน 116,511 คน จำนวนผู้รับบริการเฉลี่ยต่อวันเท่ากับ 407 คน ต่อมาในปี พ.ศ. 2566 มีผู้มารับบริการจำนวน 117,884 คน จำนวนผู้รับบริการเฉลี่ยต่อวันเท่ากับ 412 คนและในปี พ.ศ. 2567 มีผู้มารับบริการจำนวน 122,648 คน จำนวนผู้รับบริการเฉลี่ยต่อวันเท่ากับ 430 คนซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น (โรงพยาบาลระนอง, 2567) แต่อัตราความพึงพอใจของผู้มารับบริการคิดเป็นร้อยละ 82, 83 และ 82 ซึ่งไม่เป็นไปตามค่าเป้าหมายที่กำหนด ($\geq 85\%$) ทั้งนี้เนื่องจากจำนวนบุคลากรที่จำกัดไม่เพียงพอกับจำนวนผู้รับบริการ, การให้บริการในบางครั้งต้องมีการเรียงลำดับความสำคัญของผู้รับบริการที่มีอาการเร่งด่วนจำเป็นต้องเข้าพบแพทย์ก่อนซึ่งอาจทำให้ผู้รับบริการ



บางรายไม่เข้าใจในสถานการณ์ หรือผู้รับบริการบางรายไม่ได้รับข้อมูลที่เพียงพอจากเจ้าหน้าที่ เป็นต้น ส่งผลทำให้เกิดความไม่พึงพอใจในบริการประกอบกับลักษณะเฉพาะของงานบริการผู้ป่วยนอกเป็นงานที่มีความเร่งด่วน รอช้าไม่ได้ ย่อมมีโอกาสเกิดความผิดพลาดหรือเกิดความรู้สึกไม่พอใจในสิ่งที่ไม่พึงประสงค์ (รัชนิ หลงสวาสดี, 2562) จากข้อมูลดังกล่าวทำให้ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความพึงพอใจของผู้รับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลระนอง ซึ่งข้อมูลจากการศึกษานี้จะนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับผู้บริหารในการวางแผนปรับปรุงและพัฒนา

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความพึงพอใจของผู้รับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลระนอง ซึ่งการเก็บรวบรวมข้อมูลของผู้รับบริการที่เข้ามาใช้บริการในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลระนอง ตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน 2567 ถึง มกราคม พ.ศ. 2568 จำนวน 400 ราย

คุณภาพการให้บริการตลอดจนแก้ไขปัญหาข้อร้องเรียน เพื่อให้สอดคล้องกับความต้องการที่แท้จริงของผู้รับบริการ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความพึงพอใจของผู้รับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลระนอง
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความพึงพอใจของผู้รับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลระนอง

ประชากรที่ศึกษา

ผู้มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลระนองตั้งแต่เดือน พฤศจิกายน 2567 ถึง เดือน มกราคม 2568 โดยอ้างอิงจำนวนผู้รับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลระนองตั้งแต่เดือน ตุลาคม 2566 ถึง กันยายน 2567 จำนวน 122,648 คน (โรงพยาบาลระนอง, 2567)

กลุ่มตัวอย่างและการสุ่ม

ผู้มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลระนอง ตั้งแต่เดือน พฤศจิกายน 2567 ถึง เดือน มกราคม 2568 ใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) จากประชากร 122,648 คน โดยการใช้ตารางของ Krejcie and Morgan ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 384 ราย เก็บจริงจำนวน 400 ราย (บุญใจ ศรีสถิตนรากร, 2553)

เกณฑ์การคัดกลุ่มตัวอย่างเข้า (Inclusion criteria)

1. อายุ 15 ปีขึ้นไป
2. ยินดีให้ความร่วมมือเข้าร่วมการวิจัย
3. สามารถสื่อสารภาษาไทยทั้งการพูด อ่าน เขียนได้

เกณฑ์การคัดกลุ่มตัวอย่างออก (Exclusion criteria)

1. ไม่ยินดีให้ความร่วมมือเข้าร่วมการวิจัย
2. มีความผิดปกติทางจิตใจที่เป็นอุปสรรคในการเก็บข้อมูล

เครื่องมือในการวิจัย แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สิทธิการรักษาและ การได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับโรคที่ท่านเป็นและวิธีการรักษา

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับความพึงพอใจของผู้รับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลระนอง ซึ่งผู้วิจัยได้ปรับปรุงข้อคำถามจากแบบสอบถามของกองการพยาบาล (2562) และวิรัช ประวันเตาและคณะ (2562) มาใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 4 ด้าน คือ 1) ด้านขั้นตอนการให้บริการ จำนวน 5 ข้อ 2) ด้านเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการจำนวน 9 ข้อ 3) ด้านข้อมูลที่ได้รับจากการบริการ จำนวน 5 ข้อ และ 4) ด้านสิ่งแวดล้อมความสะอาด จำนวน 6 ข้อ ลักษณะข้อคำถาม

เป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) แบ่งเป็น 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อยและน้อยที่สุด ใช้เกณฑ์การแปลความหมาย ดังนี้

4.51 – 5.00 หมายถึง พึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด

3.51 – 4.50 หมายถึง พึงพอใจอยู่ในระดับมาก

2.51 – 3.50 หมายถึง พึงพอใจอยู่ในระดับปานกลาง

1.51 – 2.50 หมายถึง พึงพอใจอยู่ในระดับน้อย

1.00 – 1.50 หมายถึง พึงพอใจอยู่ในระดับน้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ผู้วิจัยนำแบบสอบถามความพึงพอใจผู้ป่วยนอกไปให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา โครงสร้างและภาษา เพื่อให้ได้ข้อคำถามที่ครอบคลุม แล้วปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน แล้วนำมาหาค่า CVI = 0.90 และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.84

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 โดยข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติค่าความถี่ และร้อยละ สำหรับความพึงพอใจของผู้รับ

บริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลระนอง วิเคราะห์โดยการหาค่าเฉลี่ย (Mean) และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ,วิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความพึงพอใจของผู้รับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลระนองโดยใช้เทคนิคการ



วิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของไคสแควร์ (Chi-square test)

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลระนอง ลงวันที่ 22 พฤศจิกายน 2567 COA_RHN.EC. เลขที่ 003/2568

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองเอกสารที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นมาตรฐานสากล จากคณะกรรมการ

ผลการวิจัย

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูล ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความพึงพอใจของผู้รับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลระนอง สรุปผลได้ดังนี้

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของผู้รับบริการแผนกผู้ป่วยนอก จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (n=400)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	180	45
หญิง	220	55
อายุ (M= 49.99, SD =16.65)		
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 19 ปี	18	4.5
20 – 39 ปี	109	27.2
40 – 59 ปี	161	40.3
มากกว่าหรือเท่ากับ 60 ปี	112	28.0
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า	125	31.3
มัธยมศึกษาหรืออนุปริญญา	204	51.0
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	71	17.7
สิทธิการรักษา		
สวัสดิการข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	60	15.0
ประกันสังคม	77	19.3
บัตรสุขภาพถ้วนหน้า	232	58.0
ชำระเงินเอง	31	7.7
ได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับโรคที่เป็นและวิธีการรักษา		
ไม่ได้รับ	12	3.0
ได้รับ แต่ไม่ค่อยเข้าใจ	48	12.0
ได้รับและเข้าใจดี	340	85.0

จากตารางที่ 1 พบว่า ผู้รับบริการส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 55 ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 40 – 59 ปี คิดเป็นร้อยละ 40.3 และน้อยที่สุดคือน้อยกว่าหรือเท่ากับ 19 ปี คิดเป็นร้อยละ 4.5 อายุเฉลี่ยเท่ากับ 49.99 ปี จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาหรืออนุปริญญาร้อยละ 51 สิทธิการรักษาโดยใช้บัตรสุขภาพถ้วนหน้ามากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 58 ส่วนใหญ่ได้รับคำแนะนำและเข้าใจดีเกี่ยวกับโรคที่เป็นและวิธีการรักษาคิดเป็นร้อยละ 85

ตารางที่ 2 ความพึงพอใจของผู้รับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลระนองจำแนกตามรายด้าน (n= 400)

การให้บริการ	ระดับความพึงพอใจ		
	Mean	S.D.	แปลผล
ด้านขั้นตอนการให้บริการ			
1. การบอก อธิบาย ชี้แจง ตัดประกาศหรือแนะนำขั้นตอนการให้บริการ	3.90	.90	มาก
2. การให้บริการเป็นไปตามขั้นตอนที่กำหนดหรือประกาศไว้ ยกเว้นผู้ป่วยฉุกเฉิน	3.96	.85	มาก
3. ให้บริการตามลำดับก่อนหลัง ไม่เลือกปฏิบัติหรือมีความเสมอภาคในการให้บริการ	4.03	.85	มาก
4. มีช่องทางด่วนสำหรับผู้พิการหรือผู้สูงอายุชัดเจน	3.95	.89	มาก
5. ความสะดวก รวดเร็วในการให้บริการ	3.92	.89	มาก
รวม	3.95	.87	มาก
ด้านเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ			
1. กิริยาของแพทย์	4.02	.94	มาก
2. แพทย์สนใจฟังคำบอกเล่าอาการเจ็บป่วย	4.04	.90	มาก
3. การตรวจร่างกายของแพทย์	4.04	.90	มาก
4. การซักประวัติและการเจ็บป่วยโดยพยาบาล	4.02	.96	มาก
5. การตอบสนองอย่างรวดเร็วจากพยาบาล เมื่อท่านต้องการความช่วยเหลือ	4.04	.93	มาก
6. ท่านมีโอกาสดูแลความรู้สึกหรือความกังวลใจเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วย	4.03	.91	มาก
7. เจ้าหน้าที่พูดจาสุภาพ ยิ้มแย้มแจ่มใส มีกิริยามารยาท	4.06	.90	มาก
8. เจ้าหน้าที่ซื่อสัตย์สุจริตในการปฏิบัติหน้าที่ เช่น ไม่ขอสิ่งตอบแทน ไม่หาประโยชน์ในทางมิชอบ เป็นต้น	4.04	.96	มาก
9. ท่านได้รับการบริการที่ตรงตามความต้องการ (เช่น อาการทุเลาหรือดีขึ้น)	4.03	.91	มาก
รวม	4.03	.92	มาก
ด้านข้อมูลที่ได้รับจากการบริการ			
1. ท่านได้รับคำแนะนำเพื่อการดูแลสุขภาพของตนเองเมื่อกลับไปอยู่บ้าน	3.93	.89	มาก
2. เจ้าหน้าที่เอาใจใส่ กระตือรือร้นและมีความพร้อมในการให้บริการ	3.97	.90	มาก
3. เจ้าหน้าที่มีความรู้ ความสามารถในการให้บริการ เช่น สามารถตอบคำถาม ชี้แจงข้อสงสัย ให้คำแนะนำและช่วยแก้ไขปัญหาได้	4.01	.88	มาก

การให้บริการ	ระดับความพึงพอใจ		
	Mean	S.D.	แปลผล
4. ท่านมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล	3.87	.89	มาก
5. มีการเผยแพร่ความรู้และข้อมูลที่เป็นประโยชน์ตรงตามที่ท่านต้องการ	3.94	.84	มาก
รวม	3.94	.88	มาก
ด้านสิ่งอำนวยความสะดวก			
1. มีป้าย/สัญลักษณ์/มีการประชาสัมพันธ์การบริการที่ชัดเจนและเข้าใจง่าย	3.90	.87	มาก
2. สถานที่ให้บริการมีความสะอาด	3.93	.86	มาก
3. มีอุปกรณ์สำหรับผู้รับบริการที่เพียงพอ เช่น รถเข็นนั่ง รถเข็นนอน เป็นต้น	3.85	.88	มาก
4. มีสิ่งอำนวยความสะดวกที่เพียงพอ เช่น ห้องน้ำ ที่นั่งรอรับบริการ เป็นต้น	3.84	.93	มาก
5. มีช่องทางรับฟังข้อคิดเห็นต่อการบริการ เช่น กล่องรับความคิดเห็น, จดรับข้อร้องเรียน เป็นต้น	3.83	.89	มาก
6. มีการนำเทคโนโลยีมาใช้ในการให้ข้อมูลและอำนวยความสะดวกแก่ผู้รับบริการ	3.95	.89	มาก
รวม	3.88	.88	มาก
คุณภาพบริการโดยรวมทุกด้าน	3.96	.89	มาก

จากตารางที่ 2 พบว่า ความพึงพอใจของผู้รับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลระนองโดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก (Mean=3.96, S.D.=.89) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการมีค่าเฉลี่ยสูงสุด (Mean=4.03, S.D.=.92) รองลงมาคือ ด้านขั้นตอนการให้บริการ (Mean=3.95, S.D.=.87) และด้านค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ ด้านสิ่งอำนวยความสะดวก (Mean=3.88, S.D.=.88)

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ศึกษากับความพึงพอใจของผู้รับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลระนอง (n=400)

ปัจจัยที่ศึกษา	χ^2	df	p-value
เพศ	1.782	2	.410
อายุ	7.507	6	.276
ระดับการศึกษา	.425	2	.808
สิทธิการรักษาพยาบาล	58.888	2	.000*
การได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับโรคที่เป็นและวิธีการรักษา	69.043	2	.000*

* $p < .05$

จากตารางที่ 3 พบว่า เพศ อายุ ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจของผู้รับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลระนองอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนสิทธิการรักษาและการได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับโรคที่เป็นและวิธีการรักษา มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจของผู้รับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลระนองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การอภิปรายผล

จากการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความพึงพอใจของผู้รับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลระนอง สามารถอภิปรายผลได้ดังนี้ คือ

1. ความพึงพอใจของผู้รับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลระนอง พบว่า ความพึงพอใจของผู้รับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลระนองโดยภาพรวมมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก (Mean = 3.96, S.D. = .89) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านขั้นตอนการให้บริการโดยรวมมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก (Mean = 3.95, S.D. = .87) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการให้บริการของแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลระนองเป็นไปตามขั้นตอน ให้บริการตามลำดับก่อนหลัง มีการบอก อธิบายหรือแนะนำขั้นตอนการให้บริการ รวมทั้งมีช่องทางด่วนสำหรับผู้พิการหรือผู้สูงอายุชัดเจน สอดคล้องกับการศึกษาของรัชนี้ หลงสวาสดี (2562) ที่พบว่า ความพึงพอใจด้านขั้นตอนบริการของผู้รับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้าอยู่ในระดับมาก ด้านเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการโดยรวมมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก (Mean = 4.03, S.D. = .92) ทั้งนี้อาจมาเนื่องมาจากการให้บริการส่วนใหญ่รู้สึกว่าการดูแล

เอาใจใส่จากเจ้าหน้าที่ตั้งแต่แรกที่มาใช้บริการจากการแสดงออกทางพฤติกรรมที่ดี มีสีหน้ายิ้มแย้มแจ่มใส พูดจาสุภาพ เป็นมิตร สนใจที่จะรับฟังข้อมูลหรืออาการเจ็บป่วย เช่น แพทย์สนใจฟังคำบอกเล่าอาการเจ็บป่วย พยาบาลมีการซักประวัติอาการเจ็บป่วยโดยพยาบาล, การให้ความช่วยเหลืออย่างรวดเร็ว เป็นต้น ส่วนหนึ่งอาจเป็นเพราะเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลระนองมีความตระหนักในหน้าที่ที่ต้องรับผิดชอบประกอบกับนโยบายของโรงพยาบาลระนองที่เน้นให้คุณภาพบริการที่ก่อให้เกิดความพึงพอใจสูงสุดแก่ผู้รับบริการ ส่งผลทำให้ผู้รับบริการมีความพึงพอใจด้านเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการโดยรวมอยู่ในระดับมาก สอดคล้องกับการศึกษาของวิรัช ประวันเตาและคณะ (2562) ที่สำรวจความพึงพอใจผู้รับบริการแผนกผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่า ความพึงพอใจด้านเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการสูงสุดคิดเป็นร้อยละ 78.6 ด้านข้อมูลที่ได้รับจากการบริการโดยรวมมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก (Mean = 3.94, S.D. = .88) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากเจ้าหน้าที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลระนองและมีการพัฒนาความรู้ให้ทันต่อโรคและการรักษาพยาบาล ตลอดจนเทคโนโลยีทางการแพทย์ใหม่ๆ ที่เกิดขึ้นเพื่อตอบสนองความคาดหวังของผู้รับบริการ รวมถึงเปิดโอกาสให้ผู้รับบริการได้มีส่วนร่วมในการรักษาโดยให้มีการซักถามเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยและการรักษาอย่างละเอียด ทำให้เจ้าหน้าที่สามารถให้ข้อมูลการดูแลสุขภาพกับผู้รับบริการอย่างครบถ้วน ส่งผลให้ผู้รับบริการได้รับข้อมูลตรงตามปัญหา/ความต้องการ และเป็นประโยชน์ สามารถนำไปปฏิบัติในการดูแลตนเองได้ สอดคล้องกับเนตรเพชรรัสมิ์ ตระกูลบุญเนตร (2560) ที่ศึกษาพบว่า ความพึงพอใจของการบริการด้าน

การให้ความรู้ คำแนะนำและให้คำปรึกษาอยู่ในระดับมากเช่นกัน

ด้านสิ่งอำนวยความสะดวกโดยรวมมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก(Mean=3.88,S.D.=.88) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากมีการนำเทคโนโลยีมาใช้ในการให้ข้อมูลและอำนวยความสะดวกแก่ผู้มารับบริการ, มีการติดป้าย/สัญลักษณ์บอกจุดบริการหรือบอกขั้นตอนบริการที่ชัดเจนและเข้าใจง่าย ซึ่งตรงตามความเป็นรูปธรรมของบริการ (Tangibility) ที่หมายถึง ลักษณะทางกายภาพที่ปรากฏให้เห็นถึงสิ่งอำนวยความสะดวกต่าง ๆ อันได้แก่ สถานที่ บุคลากร อุปกรณ์เครื่องมือ เอกสารที่ใช้ในการติดต่อสื่อสารและสัญลักษณ์รวมทั้งสภาพแวดล้อมที่ทำให้ผู้รับบริการรู้สึกว่าได้รับการดูแล ห่วงใย และความตั้งใจจากผู้ให้บริการ บริการที่ถูกนำเสนอออกมาเป็นรูปธรรมจะทำให้ผู้รับบริการรับรู้ถึงการให้บริการนั้น ๆ ได้ชัดเจนขึ้น (Parasuraman, A.,et al.1985) สอดคล้องกับการศึกษาของ ญัฐฐา เสวกวิหारी(2560) ที่พบว่า ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมทางกายภาพที่มีความปลอดภัย มีสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับผู้ป่วย เช่น ห้องน้ำ, รถเข็น, ลิฟต์โดยสาร, มีห้องตรวจและสถานที่นั่งคอยอย่างเพียงพอ ส่งผลต่อความพึงพอใจในการใช้บริการในโรงพยาบาลมากขึ้น

2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความพึงพอใจของผู้รับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลระนอง ในการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความพึงพอใจของผู้รับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลระนองกับปัจจัยด้านบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สิทธิการรักษาและการได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับโรคที่เป็นและวิธีการรักษา พบว่า ปัจจัยด้านสิทธิการรักษาและการได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับโรคที่เป็นและวิธีการรักษามีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจของผู้รับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลระนองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

($P<.05$) โดยพบว่าผู้รับบริการที่มีสิทธิการรักษาโดยใช้บัตรสุขภาพถ้วนหน้ามีความพึงพอใจมากกว่าสิทธิรักษาอื่นๆ เนื่องจากผู้รับบริการที่เข้ามารับการบริการในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลระนองส่วนใหญ่มีสิทธิการรักษาเป็นบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าซึ่งเป็นสิทธิการรักษาที่สามารถเข้าถึงยาและอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นได้โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายใดๆ จึงมักจะมี ความพึงพอใจมากกว่าผู้รับบริการที่ใช้สิทธิการรักษาพยาบาลอื่นๆ สอดคล้องกับการศึกษาของ อัจฉรา โพชะโน (2563) ที่พบว่า สิทธิการรักษาพยาบาลมีผลต่อความพึงพอใจของผู้รับบริการ ส่วนผู้รับบริการที่ได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับโรคที่เป็นและวิธีการรักษาจะมีความพึงพอใจต่อบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลระนองมากกว่าผู้รับบริการที่ไม่ได้รับคำแนะนำ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการได้รับคำแนะนำที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคที่เป็นและการรักษามีความสำคัญอย่างต่อเนื่องต่อผู้ป่วยเพราะทำให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการรักษา ช่วยลดความวิตกกังวลและความกลัว สามารถตัดสินใจเลือกวิธีการรักษาที่เหมาะสมกับตนเองได้อย่างมั่นใจ นอกจากนี้การสื่อสารที่ดีระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์จะช่วยให้การรักษาเป็นไปอย่างราบรื่นและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นซึ่งจะส่งผลต่อความพึงพอใจของผู้ป่วยโดยรวม สอดคล้องกับการศึกษาของการศึกษาของ กัญญณัช สุวรรณกัญญา (2561) ที่พบว่า การให้ข้อมูล/คำแนะนำเกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวโดยพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอกส่งผลให้ผู้รับบริการมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก ส่วนปัจจัยด้านเพศ อายุ ระดับการศึกษา พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจของผู้รับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลระนอง ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากความพึงพอใจของผู้รับบริการเป็นระดับความรู้สึกของบุคคลว่ารู้สึกพอใจ ถูกใจหรือผิดหวัง อันเป็นผลมาจากการเปรียบเทียบระหว่าง ผลงานที่ได้รับรู้



จากสินค้าหรือบริการกับความคาดหวังของบุคคลนั้นๆ ดังนั้นระดับความพึงพอใจจะสัมพันธ์กับความแตกต่างระหว่างผลงานที่ได้รับรู้กับความคาดหวัง (Kotlar, P. and Kevin Lane Keller, 2009) และแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลระนองมีแนวทางการให้บริการทางด้านสุขภาพแก่ผู้รับบริการทุกเพศ ทุกอายุ ทุกระดับการศึกษาโดยไม่มีการเลือกปฏิบัติและได้รับบริการอย่างเท่าเทียมกัน สอดคล้องกับการศึกษาของศิริรัตน์ ภูโอบ และมณีรัตน์ ภาคฐป (2559) ที่พบว่า อายุ ระดับการศึกษา ไม่มีผลต่อความพึงพอใจต่อการบริการพยาบาลผู้ป่วยนอก สถาบันราชประชาสมาสัย

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับผู้บริหารในการพัฒนาระบบบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลระนองทั้ง 4 ด้าน ซึ่งผลการศึกษา พบว่า ผู้รับบริการมีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจด้านสิ่งอำนวยความสะดวกน้อยที่สุด ดังนั้นผู้บริหารควรมีนโยบายในการจัดหาหรือเพิ่มสิ่งอำนวยความสะดวกให้กับผู้มารับบริการมากขึ้น เพื่อให้เกิดบริการที่พึงพอใจต่อผู้รับบริการมากที่สุด
2. บุคลากรสามารถนำข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้ไปเป็นแนวทางในการพัฒนาระบบบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลระนอง เพื่อให้การบริการที่สะดวกรวดเร็วและเพิ่มระดับความพึงพอใจมากขึ้นกว่าเดิม

เอกสารอ้างอิง

- กองการพยาบาล.(2540). *บทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล*. กรุงเทพมหานคร: กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.
- กองบริหารการสาธารณสุข.(2560). *ความพึงพอใจผู้รับบริการ*. สืบค้นเมื่อ 15 ธ.ค. 2567 จาก [https:// phdb.moph.go.th/main/upload/web_news_files/1h1aq9ck30cgs4kcgg.pdf](https://phdb.moph.go.th/main/upload/web_news_files/1h1aq9ck30cgs4kcgg.pdf).
- กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.(2562). *คู่มือการจัดเก็บข้อมูลสำคัญด้านการพยาบาล ปี 2562*. กลุ่มงานเทคโนโลยีสารสนเทศการพยาบาลและวิเทศสัมพันธ์.
- กัญญณัช สุวรรณกัญญา.(2561). *การประเมินผลความพึงพอใจของผู้รับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา*. สืบค้นเมื่อวันที่ 16 ธ.ค.2567 จาก <https://hpc9.anamai.moph.go.th/th/journal-of-health-center-9> .
- ณัฐฐา เสวกวิหารี.(2560). *ปัจจัยที่ส่งผลต่อความพึงพอใจในการใช้บริการโรงพยาบาลรามธิบดี*.วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาขาบริหารธุรกิจมหาบัณฑิต คณะพาณิชยศาสตร์และการบัญชี) มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- เนตรเพชรศรีมี ตระกูลบุญเนตร. (2560). *ความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อการให้บริการของแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนวมิสมเต็ญ่า.วารสารพยาบาลตำรวจ*, 9(2), 64-74.
- บุญใจ ศรีสถิตนรากร. (2553). *ระเบียบวิธีวิจัยทางการพยาบาล*.กรุงเทพมหานคร. ยูแอนด์ไอ อินเตอร์มีเดีย.
- รัชณี หลงสวาสดี. (2562). *ความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อการให้บริการของแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า*.สืบค้นเมื่อวันที่ 22 ธ.ค.2567 จาก <https://Users/Lenovo/Downloads/huahinjournal>
- โรงพยาบาลระนอง.งานผู้ป่วยนอก. (2567). *สถิติผู้มารับบริการ แผนกผู้ป่วยนอก*.โรงพยาบาลระนอง.



- วิรัช ประวันเตา, กำนัด รามกุล และ สุริยาพร ตั้งศรีสกุล. (2560). ความพึงพอใจผู้ใช้บริการแผนกผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาล ศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2560. *วารสารวิชาการป้องกันควบคุมโรค สคร.2 พิษณุโลก*, 6(3), 1-14.
- ศิริรัตน์ ภูโอบและมณีนรัตน์ ภาครูป. (2559). ปัจจัยที่มีผลต่อความพึงพอใจด้านการบริการพยาบาล สถาบันราชประชาสมาสัย. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเซีย ฉบับวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี*, 10(2), 235-249.
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ.(2557). *การให้ความสำคัญกับผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย* สืบค้นเมื่อ 26 ตุลาคม 2567 จาก <https://med.mod.go.th/OIT/43stakeholder.aspx>.
- อัญญา โพชนะโน.(2563). ปัจจัยที่มีผลต่อความพึงพอใจของผู้รับบริการคลินิกผู้ป่วยนอก สถาบันพัฒนาสุขภาพระดับเขตเมือง. สืบค้นเมื่อวันที่ 12 ม.ค.2568 จาก <https://mwi.anamai.moph.go.th/th/news-anamai/download/?did=207700&id=84348&reload>.
- Kotlar, P. and Kevin Lane Keller. (2009). *Marketing Management*. Front Cover. Pearson Prentice Hall.
- Parasuraman, A., Zeithaml, V. & Berry, L. (1985). A conceptual model of service quality and its Implications for future research. *Journal of Marketing*, 49, 41-50.

ความรู้ด้านสุขภาพกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วย
โรคเบาหวาน อำเภอนาบอน จังหวัดนครศรีธรรมราช

Health literacy and blood sugar control among elderly people with
diabetes, Na Bon District, Nakhon Si Thammarat Province.

สุชาดา จักรช่วย

Suchada Chakchouy

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพบ้านคลองจัง จังหวัดนครศรีธรรมราช

(Received: January 31, 2025; Accepted: February 15, 2025)

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) มีวัตถุประสงค์เพื่อ
1) ศึกษาระดับความรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน และ 2) ศึกษา
ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน กลุ่มตัวอย่าง
คือ ผู้สูงอายุอายุ 60-85 ปี ที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน และมีภูมิลำเนาอยู่ในตำบลนาบอน อำเภอนาบอน จังหวัด
นครศรีธรรมราช จำนวน 112 คน สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ 1) สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive
statistics) ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ และค่าเฉลี่ย และ 2) การวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์
สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson Correlation)

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับความรู้ด้านสุขภาพในระดับสูง (ร้อยละ 74.11) เมื่อจำแนก
ตามองค์ประกอบ พบว่าทักษะการเข้าถึงข้อมูลบริการสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่
ถูกต้องของผู้สูงอายุอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 50.89) และความสามารถในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดมี
ความสัมพันธ์กับทักษะการสื่อสารสุขภาพและทักษะการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่
ระดับ 0.05 (p -value = 0.042 และ 0.014 ตามลำดับ) นอกจากนี้ การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องมี
ความสัมพันธ์กับความสามารถในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.001)

ผลการศึกษาชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของความรู้ด้านสุขภาพ โดยเฉพาะทักษะการสื่อสารและการ
ประเมินข้อมูลสุขภาพ ซึ่งส่งผลต่อความสามารถในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็น
โรคเบาหวาน

คำสำคัญ: ความรู้ด้านสุขภาพ, การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด, ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน



Abstract

This study employed a cross-sectional descriptive research design with the objectives to: (1) examine the level of health literacy and self-management among older adults with diabetes, and (2) investigate the relationship between health literacy and self-management in this population. The sample consisted of 112 older adults aged 60–85 years who had been diagnosed with diabetes and resided in Nabon Subdistrict, Nabon District, Nakhon Si Thammarat Province. Data were analyzed using (1) descriptive statistics, including frequency, percentage, and mean, and (2) Pearson's correlation coefficient to examine the relationships between variables.

The results indicated that the participants had a high level of health literacy (74.11%). When analyzed by components, their ability to access health service information was at a moderate level, while their ability to make appropriate health-related decisions was at a high level (50.89%). Additionally, the ability to control blood glucose levels was significantly associated with health communication skills and media and information literacy at the 0.05 significance level (p -values = 0.042 and 0.014, respectively). Moreover, decision-making regarding appropriate health behaviors was significantly associated with blood glucose control (p -value < 0.001).

These findings highlight the importance of health literacy, particularly communication skills and the ability to evaluate health information, as key factors influencing blood glucose control among older adults with diabetes.

Keywords : Health Literacy, Glycemic Control, Diabetic Elderly

บทนำ

องค์การสหประชาชาติได้ให้นิยามว่า ประเทศที่มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปเป็นสัดส่วนร้อยละ 10 หรืออายุ 65 ปีขึ้นไปเกินร้อยละ 7 ของจำนวนประชากรทั้งหมด ถือว่าประเทศนั้นได้ก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุ และจะเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์เมื่อมีสัดส่วนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 20 หรืออายุ 65 ปีขึ้นไปเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 14 นั้นหมายความว่า ปัจจุบันประเทศไทยได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุแล้ว โดยในปี ค.ศ. 2020 มีจำนวนผู้สูงอายุ 11.6 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 17.6 ของประชากรทั้งประเทศ (สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์, 2562)

ประเทศไทยกำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ในปี พ.ศ. 2568 โดยจะมีประชากรที่มีอายุมากกว่า 60 ปีเพิ่มขึ้นประมาณ 14.4 ล้านคน หรือเกินร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด และจะมีผู้สูงอายุ 1 คนในทุก ๆ 5 คนที่เป็นโรคเบาหวาน สหพันธ์เบาหวานนานาชาติได้คาดการณ์ว่า ในปี พ.ศ. 2583 ประเทศไทยจะมีผู้ป่วยโรคเบาหวานสูงถึง 5.3 ล้านคน ผู้สูงอายุที่เป็นผู้ป่วยในตามกลุ่มสาเหตุการป่วย จำนวน 3,958,797 คน เป็นโรคเบาหวาน 499,991 คน ในจังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่าอัตราผู้ป่วยโรคเบาหวานในปี 2564-2566 คิดเป็นร้อยละ 6.34, 6.64 และ 6.90 ตามลำดับ ในส่วนของพื้นที่อำเภอหนองบอน พบว่าอัตราป่วย 6.01, 6.44 และ 6.72 ตามลำดับ โดยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ อุบัติการณ์ของโรคเบาหวานยังคงเพิ่มขึ้น รวมถึงการควบคุมโรคเบาหวานและภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ยังไม่สามารถบรรลุตามเป้าหมาย การรักษาโรคเบาหวานเพียงโรคเดียวก่อให้เกิดค่าใช้จ่ายในการรักษาที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง (Health Data Center จังหวัดนครศรีธรรมราช, 2566)

โรคเบาหวานในกลุ่มผู้สูงอายุมีผลกระทบและรุนแรงมากกว่าในกลุ่มวัยอื่น มีความซับซ้อนในหลายมิติทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และภาวะเศรษฐกิจ (Rizvi, 2007) และมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะ Geriatric Syndrome (Vischer et al., 2009) นอกจากนี้ ผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้และมีภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานตั้งแต่ 2 อย่างขึ้นไป และได้รับการรักษาด้วยการฉีดยาอินซูลิน มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดความพิการ และทำให้คุณภาพชีวิตลดลง (Morewitz, 2006) จากการศึกษาของ จิราภรณ์ อริยสิทธิ์ (2564) ได้มีข้อเสนอให้มีการประเมินความรู้ด้านสุขภาพในแต่ละองค์ประกอบ เพื่อนำไปประกอบการเลือกวิธีการให้ความรู้ ช่องทางการให้ข้อมูล และการให้คำแนะนำต่างๆ ที่เหมาะสมกับผู้ป่วย ผู้ศึกษาจึงมีความสนใจในการศึกษาข้อมูลมาใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปใช้ในการพัฒนาคุณภาพบริการของหน่วยบริการปฐมภูมิ

การส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ตามเป้าหมายการรักษามีปัจจัยที่สำคัญ ได้แก่ การมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเบาหวานและการดูแลตนเองของผู้ป่วย และผู้ป่วยโรคเบาหวานต้องมีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เพียงพอ (Schillinger et al., 2002) ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) เป็นความสามารถของบุคคลที่จะเข้าถึงข้อมูล สื่อสารความต้องการ ทำความเข้าใจ ประเมินข้อมูลด้านสุขภาพและการบริการทางสุขภาพที่ได้รับ ทำให้บุคคลสามารถตัดสินใจเลือกแนวทางในการดูแลสุขภาพตนเอง จัดการสุขภาพของตนเอง และปรับเงื่อนไขสุขภาพแวดล้อมเพื่อป้องกันโรคและคงรักษาสุขภาพที่ดีของตนเอง ครอบครัว และชุมชน (อังคินันท์ อินทรกำแหง, 2560; Centers for Disease Control and Prevention, 2020)



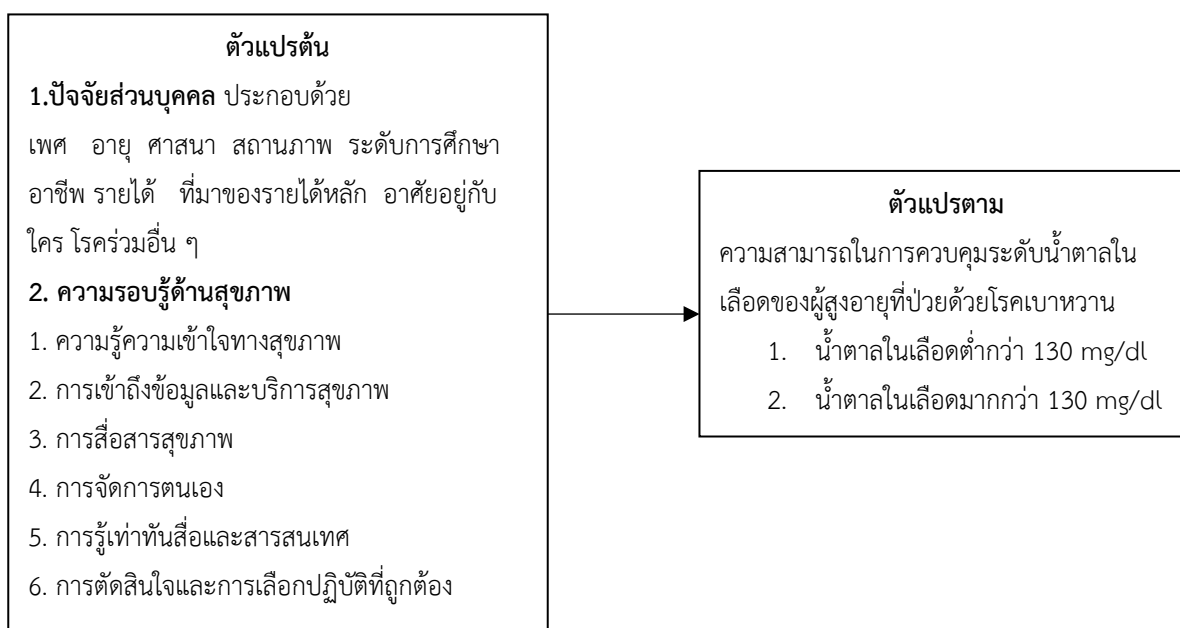
ผู้วิจัยซึ่งเป็นบุคลากรสาธารณสุข มีหน้าที่รับผิดชอบด้านการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในพื้นที่อำเภอนาบอน จังหวัดนครศรีธรรมราช ในปี พ.ศ. 2565-2567 มีจำนวนผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน 994, 1,039 และ 1,125 คน ตามลำดับ โดยมีจำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ปกติ คิดเป็นร้อยละ 23.89, 35.42 และ 50.97 จากการดำเนินงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ พบว่าผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยเบาหวานในชุมชนที่ได้รับการดูแลสุขภาพตามแนวทางการดำเนินงาน NCD ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีขึ้น ผู้วิจัยมีความสนใจและให้ความสำคัญกับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานว่ามีปัจจัยอะไรบ้างที่ส่งผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้น้อยลง เนื่องจากปัจจัยที่

ส่งผลต่อการปฏิบัติตัวของผู้สูงอายุในการดูแลสุขภาพของตนเอง นอกจากจะช่วยให้ทราบถึงปัญหาและความต้องการที่แท้จริงของผู้สูงอายุแล้ว ยังสามารถนำไปปรับเป็นแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นในผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานต่อไป

วัตถุประสงค์ของงานวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน

กรอบแนวคิดการวิจัย



วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-Sectional Descriptive Study)

ประชากรที่ศึกษาและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา (Population)

ประชากร คือ ผู้สูงอายุที่เป็นผู้ป่วยเบาหวานทั้งเพศชายและเพศหญิง มีภูมิลำเนาอยู่ในตำบลนาบอน อำเภอนาบอน จังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวน 570 คน

กลุ่มตัวอย่างและการสุ่ม

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60-85 ปีที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน และมีภูมิลำเนาอยู่ในเขตตำบลนาบอน อำเภอนาบอน จังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวน 112 คน โดยใช้ตารางขนาดของกลุ่มตัวอย่างของ Krejcie และ Morgan จากนั้นสุ่มกลุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (Simple Random Sampling) แบบจับฉลากไม่ใส่คืนจนได้ครบตามจำนวนที่กำหนดไว้

กลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับการศึกษ

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion Criteria)

- 1) ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ - 85 ปี
- 2) ผู้สูงอายุที่สามารถสื่อสารได้ดี อ่านออกและเขียนภาษาไทยได้
- 3) ผู้สูงอายุที่ยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความเต็มใจ

เกณฑ์การคัดออกกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion Criteria)

- 1) บุคคลที่บกพร่องทางการมองเห็น การได้ยิน และการสื่อสาร
- 2) บุคคลที่ย้ายภูมิลำเนาออกนอกพื้นที่ศึกษาในระหว่างเก็บข้อมูลงานวิจัย
- 3) ผู้สูงอายุที่ปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการ

เครื่องมือในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยแบ่งเป็น 3 ส่วน โดยมี การปรับปรุงมาจากแบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป (ฉบับปรับปรุงปี 2561) ของกองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข มาปรับใช้ โดยแบ่งเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1: ข้อมูลทั่วไป ข้อคำถามที่สอบถามข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ที่มาของรายได้หลัก อาศัยอยู่กับใคร โรคร่วมอื่น ๆ จำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 2: ความรู้ ความเข้าใจทางสุขภาพ คำถามเกี่ยวกับความรู้ ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพ และป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง มี 4 ตัวเลือก และมีคำตอบที่ถูกเพียง 1 ข้อ โดยให้คะแนนดังนี้

ตอบถูก ได้ 1 คะแนน

ตอบผิด ได้ 0 คะแนน

การแปลผลคะแนน

คะแนน 0-3 หมายถึง มีความรู้ต่ำ

คะแนน 4-6 หมายถึง มีความรู้มาก

ส่วนที่ 3: การเข้าถึงข้อมูล การสื่อสารสุขภาพ การจัดการตนเอง และรู้เท่าทันสื่อ เป็นคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ จำนวน 10 ข้อ

การแปลผลคะแนน

คะแนน 0-30 หมายถึง มีความรอบรู้ต่ำ

คะแนน 31-39 หมายถึง มีความรอบรู้ปานกลาง

คะแนน 40-50 หมายถึง มีความรอบรู้มาก

ส่วนที่ 4: การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง ลักษณะเป็นตัวเลือก จำนวน 3 ข้อ

ส่วนที่ 5: ข้อมูลความสามารถในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน จัดกลุ่มเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่

กลุ่มที่น้ำตาลในเลือดต่ำกว่า 130 mg/dl

กลุ่มที่น้ำตาลในเลือดมากกว่า 130 mg/dl

การรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

1) ผู้วิจัยเสนอโครงร่างวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา

2) ดำเนินการตรวจสอบเครื่องมือ โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา พิจารณาความถูกต้อง ความครอบคลุม และความครบถ้วน

3) เมื่อได้รับอนุมัติโครงร่างวิจัย ผู้วิจัยขอหนังสือบันทึกข้อความเพื่อขออนุญาตดำเนินการวิจัย

4) ผู้วิจัยดำเนินการรวบรวมข้อมูล โดยลงพื้นที่ แจกแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างด้วยตนเอง และขอความร่วมมือจากกลุ่มตัวอย่างที่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย โดยต้องลงนามเป็นลายลักษณ์อักษร (Informed Consent)

5) รวบรวมแบบสอบถามและตรวจสอบความถูกต้อง ความครบถ้วนของข้อมูล

6) นำแบบสอบถามที่ได้ไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1) วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ความถี่ (F) ร้อยละ (Percent) และค่าเฉลี่ย (Mean)

2) การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางคอมพิวเตอร์ และวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิง

พรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคลโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson Correlation)

จริยธรรมวิจัย

งานวิจัยชิ้นนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา โดยมีเอกสารรับรองเลขที่ 194/2567 รหัสโครงการ NSTPH 194/2567 วันที่รับรอง 28 พฤศจิกายน 2567

ผลการวิจัย

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูล ความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน อำเภอหนองบัว จังหวัดนครราชสีมา สามารถสรุปผลได้ดังนี้

1. คุณลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่าง คุณลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 67.86 มีอายุเฉลี่ย 65.81 ปี (SD = 10.97) ช่วงอายุที่มากที่สุดคือ 61 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 72.32) นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 100.00 มีสถานภาพสมรสเป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 66.96) จบการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษา (ร้อยละ 64.29) และประกอบอาชีพเกษตรกรเป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 56.25) โดยมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 8,760.08 บาท (SD = 6,069.28) ซึ่งช่วงรายได้ที่มากที่สุดคือ 1,000 - 10,000 บาท/เดือน (ร้อยละ 75.00) แห่ลงรายได้ส่วนใหญ่มาจากการประกอบอาชีพหรือเงินบำนาญ ร้อยละ 44.64 และพักอาศัยอยู่กับคู่สมรสเป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 57.14) ในส่วนของโรคร่วมอื่น ๆ พบว่า ส่วนใหญ่ป่วยเป็นโรคไขมันในเลือดสูงร่วมด้วย (ร้อยละ 49.11) สำหรับค่าระดับน้ำตาลในเลือด พบว่า ส่วนใหญ่มีค่า



ระดับน้ำตาลในเลือดมากกว่า 130 mg/dl (ร้อยละ 63.39) โดยมีระดับน้ำตาลเฉลี่ยอยู่ที่ 158.79 mg/dl ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 คุณลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่าง (n=112)

คุณลักษณะทางประชากร	จำนวน	ร้อยละ
1. เพศ		
ชาย	36.00	32.14
หญิง	76.00	67.86
2. อายุ		
30-40 ปี	4.00	3.57
41-50 ปี	3.00	2.68
51-60 ปี	24.00	21.43
61 ปีขึ้นไป	81.00	72.32
Mean $\pm$ S.D. (Min : Max)	65.81 $\pm$ 10.97 (34.00 : 88.00)	
3. ศาสนา		
พุทธ	112.00	100.00
4. สถานภาพ		
โสด	23.00	20.54
คู่	75.00	66.96
สมรส	14.00	12.50
5. ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	72.00	64.29
มัธยมศึกษา	11.00	9.82
อนุปริญญา/ปวส.	15.00	13.39
ปริญญาตรี	14.00	12.50
6. อาชีพ		
เกษตรกร	63.00	56.25
รับจ้าง	33.00	29.46
ค้าขาย/ธุรกิจ	7.00	6.25
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	8.00	7.14
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	1.00	0.89
7. รายได้		
ต่ำกว่า 5,000 บาท/เดือน	50.00	44.64



คุณลักษณะทางประชากร	จำนวน	ร้อยละ
5,000-10,000บาท/เดือน	46.00	41.07
10,000- 50,000 บาท/เดือน	15.00	13.39
มากกว่า 50,000 /เดือน	1.00	0.89
Mean ± S.D. (Min : Max)	8,760.08 ± 6,069.28 (1,000.00 : 50,000.00)	
8. ที่มาของรายได้หลัก		
สวัสดิการของรัฐ (เบี้ยผู้สูงอายุ/ผู้พิการ/บัตรประชาชนรัฐ)	12.00	10.71
ประกอบอาชีพ/เงินบำนาญ	50.00	44.64
บุตรหลานให้	5.00	4.46
อื่น ๆ	45.00	40.18
9. การอาศัยอยู่กับ		
คนเดียว	3.00	2.68
คู่สมรส	64.00	57.14
บุตรหลาน	33.00	29.46
ญาติ	12.00	10.71
10. โรคร่วมอื่นๆ		
ความดันโลหิตสูง	37.00	33.04
โรคหัวใจ	13.00	11.61
ไขมันในเลือดสูง	55.00	49.11
อื่นๆ	7.00	6.25
11. ค่าระดับน้ำตาลในเลือด		
น้อยกว่า 130 mg/dl	41.00	36.61
มากกว่า 130 mg/dl	71.00	63.39
Mean ± S.D. (Min : Max)	158.79 ± 57.54 (79.00 : 384.00)	

2. ความรู้ ความเข้าใจทางสุขภาพ

ความรู้ ความเข้าใจทางสุขภาพของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน อำเภอนาบอน จังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ ความเข้าใจทางสุขภาพอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 74.11) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความรู้ ความเข้าใจทางสุขภาพ (n=112)

ความรู้ ความเข้าใจทางสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับต่ำ	29.00	25.89
ระดับสูง	83.00	74.11

3. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ

ความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน อำเภอนาบอน จังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่า ผู้สูงอายุมีทักษะการเข้าถึงข้อมูลบริการสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 43.75) มีทักษะการสื่อสารสุขภาพอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 52.68) มีทักษะการจัดการตนเองอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 61.61) และมีทักษะการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 49.11) โดยภาพรวมของความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 48.21) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (n=112)

ทักษะ/ความสามารถ	ความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพ		
	จำนวน (ร้อยละ)		
	ระดับต่ำ	ระดับปานกลาง	ระดับสูง
ทักษะการเข้าถึงข้อมูลบริการสุขภาพ	17.00 (15.18)	49.00 (43.75)	46.00 (41.07)
ทักษะการสื่อสารสุขภาพ	11.00 (9.82)	42.00 (37.50)	59.00 (52.68)
ทักษะการจัดการตนเอง	5.00 (4.46)	38.00 (33.93)	69.00 (61.61)
ทักษะการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ	41.00 (36.61)	16.00 (14.29)	55.00 (49.11)
ความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพภาพรวม	12.00 (10.71)	54.00 (48.21)	46.00 (41.07)

4. การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง

การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน อำเภอนาบอน จังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 50.89) ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง (n=112)

การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง	จำนวน	ร้อยละ
ระดับต่ำ	55.00	49.11
ระดับสูง	57.00	50.89

5. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับความสามารถในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับความสามารถในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน อำเภอนาบอน จังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่า ทักษะการสื่อสารสุขภาพและทักษะการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value = 0.042 และ 0.014 ตามลำดับ) นอกจากนี้ยังพบว่า การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001) ส่วนเพศ สถานภาพ ระดับการศึกษา ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ ทักษะการเข้าถึงข้อมูลบริการสุขภาพ และทักษะการจัดการตนเองไม่มี

ความสัมพันธ์กับความสามารถในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับระดับน้ำตาลในเลือด (n=112)

ปัจจัยส่วนบุคคล	ระดับน้ำตาลในเลือด	
	X ²	p-value
1. เพศ	0.006	0.940
2. สถานภาพ	0.080	0.961
3. ระดับการศึกษา	1.039	0.792
4. ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ	1.140	0.286
5. ทักษะการเข้าถึงข้อมูลบริการสุขภาพ	0.219	0.896
6. ทักษะการสื่อสารสุขภาพ	5.204	0.042*
7. ทักษะการจัดการตนเอง	1.188	0.552
8. ทักษะการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ	8.569	0.014*
9. การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง	2.301	<0.001**

หมายเหตุ * มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

อภิปรายผล

1. คุณลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่างพบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 67.86 มีอายุเฉลี่ย 65.81 ปี (SD = 10.97) ช่วงอายุที่มากที่สุดคือ 61 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 72.32) นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 100.00 มีสถานภาพสมรสเป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 66.96) จบการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษา (ร้อยละ 64.29) และประกอบอาชีพเกษตรกรกรรมเป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 56.25) โดยมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 8,760.08 บาท (SD = 6,069.28) ซึ่งช่วงรายได้ที่มากที่สุดคือ 1,000 - 10,000 บาท/เดือน (ร้อยละ 75.00) แหล่งรายได้ส่วนใหญ่มาจากการประกอบอาชีพหรือเงินบำนาญ ร้อยละ 44.64 และพักอาศัยอยู่กับคู่สมรสเป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 57.14) ในส่วนของโรคร่วมอื่น ๆ พบว่า ส่วนใหญ่ป่วยเป็นโรคไขมันในเลือดสูงร่วมด้วย (ร้อยละ 49.11) สำหรับค่าระดับน้ำตาลในเลือด พบว่า ส่วนใหญ่มีค่า

ระดับน้ำตาลในเลือดมากกว่า 130 mg/dl (ร้อยละ 63.39) โดยมีระดับน้ำตาลเฉลี่ยอยู่ที่ 158.79 mg/dl ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ กมลพรรณ จักรแก้ว (2561) เรื่อง การดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน ตำบลลงเหนือ อำเภอดอยสะเก็ด จังหวัดเชียงใหม่ ซึ่งพบว่า การศึกษาเชิงปริมาณพบว่าผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุระหว่าง 60 - 69 ปี (ร้อยละ 70.80) และมีระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานอยู่ในช่วง 1 - 5 ปี

2. ความรู้ ความเข้าใจทางสุขภาพ ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน อำเภอนาบอน จังหวัดนครศรีธรรมราชพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ ความเข้าใจทางสุขภาพอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 74.11) ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ กมลพรรณ จักรแก้ว (2561) เรื่อง ความรู้และการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วย



โรคเบาหวาน พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความรู้ในระดับสูง ($M = 11.24$, $SD = 2.12$) แตกต่างจากการศึกษาของ อัจฉรา จินดาวัฒนวงศ์ (2564) ที่วัดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตนด้านสุขภาพพบว่าอยู่ในระดับไม่ดี

3. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน อำเภอ نابอน จังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่า ผู้สูงอายุมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ เมื่อจำแนกรายด้าน พบว่า ทักษะการเข้าถึงข้อมูลบริการสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ทักษะการสื่อสารสุขภาพอยู่ในระดับสูง ทักษะการจัดการตนเองอยู่ในระดับสูง ทักษะการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศอยู่ในระดับสูง โดยภาพรวมของความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานนั้นอยู่ในระดับปานกลาง ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ กาญจนา เฟื่องฟู (2564) ซึ่งพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย = 104.12, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 19.50) ขณะเดียวกัน ผลการศึกษานี้ไม่สอดคล้องกับ จริยา นพเคราะห์, โรจน์ จินตนาวัฒน์ และทศพร คำผลศิริ (2563) ซึ่งพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อยู่ในระดับสูง นอกจากนี้ การศึกษาของ อัจฉรา จินดาวัฒนวงศ์ (2564) ซึ่งวัดความรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองโรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพทุกด้านอยู่ในระดับพอใช้

4. การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน อำเภอ نابอน จังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 50.89) ศุภรัฐ พูนกล้า

และสุสิน เอกา (2562) ศึกษาเรื่อง พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน พบว่า ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 66.7) รองลงมาคือระดับมาก (ร้อยละ 33.3)

5. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับความสามารถในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับความสามารถในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน อำเภอ นาบอน จังหวัด นครศรีธรรมราช พบว่า ทักษะการสื่อสารสุขภาพ และทักษะการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p\text{-value} = 0.042$ และ 0.014 ตามลำดับ) การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) ส่วน เพศ สถานภาพ ระดับการศึกษา ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ ทักษะการเข้าถึงข้อมูลบริการสุขภาพ และทักษะการจัดการตนเอง ไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ จริยา นพเคราะห์, โรจน์ จินตนาวัฒน์ และทศพร คำผลศิริ (2563) ซึ่งพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อยู่ในระดับสูง และความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดการตนเองในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.54$, $p < .01$) ข้อค้นพบนี้เป็นประโยชน์โดยตรงสำหรับบุคลากรทางสุขภาพในการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองให้กับผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในขณะที่ การศึกษาของ กมลพรรณ จักรแก้ว (2561) เรื่อง การศึกษา

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน พบว่า อายุ ความรู้ และระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน ไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ความรู้ด้านสุขภาพ ควรจำแนกรายด้าน เพื่อนำมาจัดการการเรียนรู้ตั้งแต่ในระดับปานกลางลงมา โดยมีวิธีการให้ความรู้ เพิ่มช่องทางการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย
2. หน่วยบริการ ควรมีการส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีการดูแลจัดการโรคด้วยตนเอง อย่างถูกต้องและเหมาะสม และสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ได้ตามเป้าหมาย

เอกสารอ้างอิง

- กมลพรรณ จักรแก้ว. (2561). การดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน ตำบลลวงเหนือ อำเภอดอยสะเก็ด จังหวัดเชียงใหม่. สืบค้นเมื่อ 12 ธันวาคม 2567 จาก http://110.164.147.155/kmhealth_new/Document/diabetes/research/d%202-3-24.pdf
- กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2561). การเสริมสร้างและประเมินความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ. นนทบุรี: กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข.
- กาญจนา เฟื่องฟู. (2564). ปัจจัยทำนายความรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จังหวัดอุดรธานี. สืบค้นเมื่อ 12 ธันวาคม 2567 จาก <https://nuir.lib.nu.ac.th/dspace/handle/123456789/5204>
- ชลิตา เกษธำรง. (2567). ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 หลังสถานการณ์การระบาดของ COVID-19 ในเขตศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองตลาดดอนนอก.
- พิทยาธร เวียงทอง & อาคม บุญเลิศ. (2561). ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับการไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ตามเป้าหมายของผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุในโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง จังหวัดขอนแก่น.
- จริยา นพเคราะห์, โรจน์ จินตนาวัฒน์, & ทศพร คำผลศิริ. (2563). ความรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2. สืบค้นเมื่อ 12 ธันวาคม 2567 จาก <https://cmudc.library.cmu.ac.th/frontend/Info/item/dc:93946>
- จิราภรณ์ อริยสิทธิ์. (2564). ความรู้ด้านสุขภาพกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2. สรรค์ประชากรเวชสาร, 18(2), 142-155.
- วรรณิ จิวสียงษ์, ฤทธิญา เหล็กเพชร, จันทิมา นวมะวัฒน์, & ปิรพธร์ วันจันทร์. (2565). ความรู้ด้านสุขภาพที่มีผลต่อความสามารถในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2. วารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพ, 15(3), 30-43.
- วิชัย เอกพลกร. (2564). รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562-2563. กรุงเทพฯ: อักษรกราฟฟิกแอนดี้ดีไซน์.



สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์. (2562). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2562*. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล และมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย.

อังคินันท์ อินทรกำแหง. (2560). *ความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพ: การวัดและการพัฒนา*. กรุงเทพฯ: สุขุมวิทการพิมพ์.

อังฉรา จินดาวงศ์. (2564). *ความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองโรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์. วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพและการสาธารณสุขชุมชน, 4(1), 35-47.*

World Health Organization. (2018). *Ageing and life course*. Retrieved from <http://www.who.int/ageing/en>

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในเขตพื้นที่รับผิดชอบ
ของกลุ่มงานปฐมภูมิและองค์รวมโรงพยาบาลศรีบรรพต จังหวัดพัทลุง
Development of a model to caring for patients with hypertension In the
area of responsibility of the Primary and Holistic care Department,
Sribanpot Hospital Phatthalung Province.

ชุติมันต์ พงศ์ไตรภูมิ

Chutimun Phongtraipoom

นายแพทย์ชำนาญการ

โรงพยาบาลศรีบรรพต จังหวัดพัทลุง

(Received: January 30, 2025; Accepted: February 20, 2025)

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในเขตพื้นที่รับผิดชอบของกลุ่มงานปฐมภูมิและองค์รวมโรงพยาบาลศรีบรรพต จังหวัดพัทลุง และศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบดังกล่าว ดำเนินการระหว่างธันวาคม 2566 ถึงกุมภาพันธ์ 2567 โดยแบ่งการศึกษาเป็น 3 ระยะ ได้แก่ 1) การประเมินสถานการณ์ 2) การพัฒนารูปแบบจำนวน 3 รอบ และ 3) การประเมินผล ผู้ร่วมศึกษาประกอบด้วยผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พยาบาลวิชาชีพ และทีมสหวิชาชีพ รวม 25 คน และเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอีก 163 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วยแบบประเมินความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการดูแลตนเอง วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติทดสอบที และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 6 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การประเมินเบื้องต้น 2) การรักษาด้วยยา 3) การให้ความรู้และการสนับสนุน 4) การป้องกันภาวะแทรกซ้อน 5) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและวิถีชีวิต และ 6) การติดตามผล ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรม ผู้ป่วยมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=-3.547$, $p=0.003$) มีทัศนคติดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=-3.124$, $p=0.004$) และมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=-5.128$, $p=0.001$) นอกจากนี้ยังพบว่าค่าความดันโลหิตซิสโตลิกและไดแอสโตลิกลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=7.36$, $p=0.002$ และ $t=9.23$, $p=0.001$ ตามลำดับ) โดยผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลในระดับสูง (ร้อยละ 90.80) รูปแบบที่พัฒนาขึ้นนี้สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในบริบทอื่นที่มีลักษณะใกล้เคียงกันได้

คำสำคัญ: การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วย, โรคความดันโลหิตสูง, การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

Abstract

This study was a Participatory Action Research aimed at developing and evaluating a care model for hypertensive patients in the primary care service area of Sribanpot Hospital, Phatthalung Province. The research was conducted from December 2023 to February 2024, divided into three phases: 1) situation assessment, 2) model development with three action cycles, and 3) evaluation. Participants included 25 key informants (hypertensive patients, village health volunteers, professional nurses, and a multidisciplinary healthcare team) and collected data from 163 hypertensive patients. Research instruments included knowledge, attitude, and self-care behavior assessments. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics and t-test, while qualitative data were analyzed using content analysis with participant involvement.

The results revealed that the developed care model comprised six components: 1) initial assessment, 2) medication management, 3) education and support, 4) complication prevention, 5) lifestyle modification, and 6) follow-up monitoring. After implementation, patients showed statistically significant improvements in knowledge ($t=-3.547$, $p=0.003$), attitudes ($t=-3.124$, $p=0.004$), and overall self-care behaviors ($t=-5.128$, $p=0.001$). Additionally, both systolic and diastolic blood pressure levels decreased significantly ($t=7.36$, $p=0.002$ and $t=9.23$, $p=0.001$, respectively). Patient satisfaction with the care model was high (90.80%). This developed model can serve as a practical guideline for hypertension management in similar primary care settings.

Keywords : Patient Care Model Development, Hypertension Management, Participatory Action Research

บทนำ

โรคความดันโลหิตสูงเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของประชากรทั่วโลก มีผู้เสียชีวิตจากโรคความดันโลหิตสูงถึง 7.5 ล้านคน หรือร้อยละ 12.8 ของสาเหตุการตายทั้งหมด และมีผู้ป่วยด้วยโรคนี้สูงเกือบ 1 พันล้านคนทั่วโลก คาดว่าในปี พ.ศ. 2568 ความชุกของผู้ป่วยจะเพิ่มขึ้นเป็น 1.56 พันล้านคน สำหรับสถานการณ์โรคความดันโลหิตสูงในประเทศไทย จากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562-2563 พบว่าความชุกของโรคความดันโลหิตสูงในประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 25.4 ประมาณ 13.8 ล้านคน (ชายร้อยละ 26.7 และหญิงร้อยละ 24.2) จากร้อยละ 24.7 ในปี 2563 (World Health Organization [WHO], 2023) ข้อมูลจากสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่าสถิติผู้ป่วยในที่ได้รับการรักษาด้วยโรคความดันโลหิตสูงในปี พ.ศ. 2565 เทียบกับปี พ.ศ. 2566 เพิ่มขึ้นจาก 1,570.60 เป็น 2,245.09 ต่อแสนประชากร ซึ่งเพิ่มขึ้นเกือบสองเท่า ทั้งนี้มีการประเมินค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล พบว่าประเทศไทยต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเกือบ 80,000 ล้านบาทต่อปีต่อจำนวนผู้ป่วยประมาณการ 10 ล้านคน สาเหตุที่สำคัญมาจากการดูแลสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ได้แก่ การรับประทานอาหารที่มีปริมาณโซเดียมสูง การสูบบุหรี่ ขาดการออกกำลังกาย ภาวะอ้วนลงพุง ภาวะเครียดสะสม ประกอบกับอายุที่มากขึ้น (กระทรวงสาธารณสุข, 2566)

ในช่วงปี พ.ศ. 2563-2566 สถานการณ์โรคความดันโลหิตสูงในจังหวัดพัทลุง พบผู้ป่วยรายใหม่ในปี 2563 อัตราป่วย 633.24 ต่อแสนประชากร ปี 2564 อัตราป่วย 1,247.43 ต่อแสนประชากร ปี 2565 อัตราป่วย 1,077.04 ต่อแสนประชากร และเพิ่มขึ้นเป็น

1,289.83 ต่อแสนประชากรในปี พ.ศ. 2566 ซึ่งสอดคล้องกับพื้นที่อำเภอศรีบรรพต ผู้ป่วยรายใหม่ในปี 2563 อัตราป่วย 985.74 ต่อแสนประชากร ปี 2564 อัตราป่วย 895.24 ต่อแสนประชากร ปี 2565 อัตราป่วย 738.77 ต่อแสนประชากร และเพิ่มขึ้นเป็น 923.57 ต่อแสนประชากรในปี พ.ศ. 2566 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพัทลุง, 2566) ถึงแม้ว่าสถานการณ์โรคความดันโลหิตสูงในอำเภอศรีบรรพต จะมีแนวโน้มลดลงก็ตามแต่กลับพบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีภาวะแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูงกลับมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างเห็นได้ชัด ซึ่งโรคหลอดเลือดสมองส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคม นำไปสู่ ความพิการหรือเสียชีวิตตามมา รวมทั้งสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาเป็นจำนวนมาก ดังนั้นการควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติหรือใกล้เคียงปกติจึงเป็นเป้าหมายสำคัญในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ โดยเฉพาะในพื้นที่รับผิดชอบของกลุ่มงานปฐมภูมิและองค์รวมของโรงพยาบาลศรีบรรพต จึงควรได้รับการดูแลสุขภาพและพัฒนาแบบที่เหมาะสมในการดูแล เพื่อให้ผู้ป่วยดำรงชีพออยู่ได้อย่างมีความสุขในสังคมต่อไป

จากการทบทวนวรรณกรรมและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเองโดยใช้แนวคิดการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ตามรูปแบบของโคลบ (Kolb, 1991) มาเป็นกรอบวิธีการจัดการเรียนรู้เกิดมาจากความเชื่อที่ว่า การเรียนรู้ของคนเราเป็นกระบวนการสร้างความรู้ด้วยตัวของตัวเอง ผู้วิจัยเล็งเห็นว่าอำเภอศรีบรรพต จังหวัดพัทลุง ยังไม่มีการศึกษาในประเด็นนี้ จึงมีความสนใจที่จะศึกษาการพัฒนาแบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในเขตพื้นที่รับผิดชอบของกลุ่มงานปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลศรีบรรพต จังหวัดพัทลุง เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับความดันโลหิต อันเป็นการลด

ภาวะแทรกซ้อนในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ในอนาคต

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของกลุ่มงานปฐมภูมิและองค์รวมโรงพยาบาลศรีบรรพต จังหวัดพัทลุง

2. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของกลุ่มงานปฐมภูมิและองค์รวมโรงพยาบาลศรีบรรพต จังหวัดพัทลุง

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) โดยประยุกต์ใช้กระบวนการ PAOR ของ Kemmis และ McTaggart (2000) ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอนหลัก ได้แก่ การวางแผน (Plan) การปฏิบัติ (Action) การสังเกต (Observation) และการสะท้อนผล (Reflection) โดยดำเนินการเป็นวงจร 3 รอบ ระหว่างเดือนธันวาคม 2566 ถึงกุมภาพันธ์ 2567 รวมระยะเวลา 12 สัปดาห์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ประกอบด้วยกลุ่มผู้ร่วมศึกษา 2 กลุ่ม ดังนี้

1. กลุ่มแกนนำ (Key Informants) การคัดเลือกกลุ่มแกนนำใช้วิธีการเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนด ได้แก่ สามารถอ่านและเขียนหนังสือได้ อาศัยอยู่ในพื้นที่ไม่ต่ำกว่า 1 ปี และสมัครใจเข้าร่วมกิจกรรม รวมกลุ่มแกนนำทั้งสิ้น 25 คน ประกอบด้วย

1.1 ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่สมัครใจร่วมเรียนรู้ จำนวน 10 คน

1.2 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หมู่บ้านละ 1 คน จากพื้นที่ 5 หมู่บ้าน รวม 5 คน

1.3 พยาบาลวิชาชีพประจำกลุ่มงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD) และกลุ่มงานปฐมภูมิ จำนวน 3 คน

1.4 ทีมสหวิชาชีพในโรงพยาบาลศรีบรรพต ประกอบด้วย แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว เกษษกร นักโภชนาการ นักวิชาการสาธารณสุข และแพทย์แผนไทย รวม 7 คน

2. กลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง การคัดเลือกกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงใช้วิธีเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จากผู้ป่วยในเขตพื้นที่รับผิดชอบของกลุ่มงานปฐมภูมิ และองค์รวมโรงพยาบาลศรีบรรพต จังหวัดพัทลุง จำนวน 163 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก ดังนี้

2.1 ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง (รหัส I10-I15) อย่างน้อย 6 เดือน

2.2 มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป

2.3 มีความสามารถในการสื่อสารภาษาไทยได้ดี

2.4 อาศัยอยู่ในพื้นที่ตลอดระยะเวลาของการวิจัย

2.5 ไม่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมกิจกรรม

2.6 ยินดีและสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน ดังนี้



1.1 การประเมินเบื้องต้น (Initial Assessment) การประเมินเบื้องต้นครอบคลุมการตรวจประเมินสภาวะสุขภาพของผู้ป่วยในทุกมิติ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม รวมถึงการคัดกรองปัจจัยเสี่ยงที่อาจนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อน เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ และภาวะอ้วน นอกจากนี้ยังประเมินความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย เพื่อนำข้อมูลมาวางแผนการดูแลอย่างเหมาะสม โดยดำเนินการในสัปดาห์ที่ 1-2 จำนวน 2 ครั้ง ครั้งละ 45-60 นาที

1.2 การรักษาด้วยยา (Medication Management) การรักษาด้วยยานั้นการให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาควบคุมความดันโลหิตอย่างถูกต้องและสม่ำเสมอ มีการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการเฝ้าระวังและป้องกันการเกิดอาการข้างเคียงจากยา พร้อมทั้งติดตามการใช้ยาด้วยเครื่องมือประเมินความร่วมมือในการใช้ยาที่เป็นมาตรฐาน กิจกรรมนี้ดำเนินการในสัปดาห์ที่ 3-4 จำนวน 2 ครั้ง ครั้งละ 30-45 นาที

1.3 การให้ความรู้และการสนับสนุน (Education and Support) การให้ความรู้และการสนับสนุนมุ่งเน้นการให้ข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง สาเหตุ ปัจจัยเสี่ยง และภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น มีการฝึกทักษะที่จำเป็นในการดูแลตนเอง เช่น การวัดความดันโลหิตด้วยตนเอง การสังเกตอาการผิดปกติ และสนับสนุนให้เกิดการสร้างกลุ่มช่วยเหลือทางสังคม (Support Group) ระหว่างผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์และเสริมพลังในการดูแลสุขภาพ กิจกรรมนี้ดำเนินการในสัปดาห์ที่ 5-6 จำนวน 2 ครั้ง ครั้งละ 60-90 นาที

1.4 การป้องกันภาวะแทรกซ้อน (Complication Prevention) การป้องกันภาวะแทรกซ้อนประกอบด้วย การตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญทางตา ไต หัวใจ และหลอดเลือด

เลือดสมอง รวมถึงการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดอย่างเป็นระบบ ผู้ป่วยจะได้รับความรู้เกี่ยวกับสัญญาณเตือนหรืออาการที่ต้องรีบมาพบแพทย์ทันที เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนรุนแรงที่อาจเกิดขึ้น กิจกรรมนี้ดำเนินการในสัปดาห์ที่ 7-8 จำนวน 2 ครั้ง ครั้งละ 45-60 นาที

1.5 การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและวิถีชีวิต (Lifestyle Modification) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและวิถีชีวิตเป็นองค์ประกอบสำคัญที่ช่วยควบคุมความดันโลหิต โดยผู้ป่วยจะได้รับคำปรึกษาเกี่ยวกับการควบคุมอาหาร โดยเฉพาะการลดการบริโภคเกลือและโซเดียม การส่งเสริมการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับสภาพร่างกายและวัย การจัดการความเครียดด้วยเทคนิคการผ่อนคลายและการฝึกสมาธิ รวมถึงการลดหรือเลิกพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆ เช่น การสูบบุหรี่และการดื่มแอลกอฮอล์ กิจกรรมนี้ดำเนินการในสัปดาห์ที่ 9-10 จำนวน 2 ครั้ง ครั้งละ 60-90 นาที

1.6 การติดตามผล (Follow-up) การติดตามผลเป็นขั้นตอนสุดท้ายที่มีความสำคัญในการประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการดูแล ประกอบด้วย การติดตามผลการรักษาและการควบคุมระดับความดันโลหิต การเยี่ยมบ้านโดยทีมสหวิชาชีพ ร่วมกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และการประเมินความก้าวหน้าและผลลัพธ์ของการดูแลในทุกมิติ เพื่อปรับแผนการดูแลให้เหมาะสมต่อไป กิจกรรมนี้ดำเนินการในสัปดาห์ที่ 11-12 จำนวน 2 ครั้ง ครั้งละ 30-45 นาที

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลสุขภาพ ประกอบด้วยข้อมูลทั่วไป เช่น เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส ประวัติ

การเจ็บป่วย ระยะเวลาที่เป็นโรค ประวัติการรักษา ยาที่ได้รับ และโรคร่วม

2.2 แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง เป็นแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง สาเหตุ ปัจจัยเสี่ยง อาการ การรักษา และการป้องกันภาวะแทรกซ้อน จำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบ ให้คะแนน 0-10 คะแนน โดยแบ่งเกณฑ์การประเมินเป็น 3 ระดับ คือ ความรู้ระดับต่ำ (น้อยกว่า 6.00 คะแนน) ความรู้ระดับปานกลาง (6.00-7.99 คะแนน) ความรู้ระดับสูง (8.00 คะแนน ขึ้นไป)

2.3 แบบประเมินทัศนคติเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง เป็นแบบวัดทัศนคติเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและการดูแลตนเอง จำนวน 15 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ (1-4 คะแนน) โดยแบ่งเกณฑ์การประเมินเป็น 3 ระดับ คือ ทัศนคติระดับต่ำ (1.00-2.00 คะแนน) ทัศนคติระดับปานกลาง (2.01-3.00 คะแนน) ทัศนคติระดับสูง (3.01-4.00 คะแนน)

2.4 แบบประเมินพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเอง เป็นแบบประเมินพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 20 ข้อ ครอบคลุมด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การรับประทานยา และการมาตรวจตามนัด ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ (1-4 คะแนน) โดยแบ่งเกณฑ์การประเมินเป็น 3 ระดับ คือ พฤติกรรมระดับต่ำ (1.00-2.00 คะแนน) พฤติกรรมระดับปานกลาง (2.01-3.00 คะแนน) พฤติกรรมระดับสูง (3.01-4.00 คะแนน)

2.5 แบบบันทึกผลการตรวจร่างกาย และผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ประกอบด้วย ค่าความ

ดันโลหิต น้ำหนัก ส่วนสูง ดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว และผลตรวจทางห้องปฏิบัติการที่เกี่ยวข้อง

2.6 แบบประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแล เป็นแบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยที่มีต่อรูปแบบการดูแล จำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (1-5 คะแนน)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาล อาจารย์คณะสาธารณสุขศาสตร์ และแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคความดันโลหิตสูง ได้คำตัดสินความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (IOC) อยู่ระหว่าง 0.66-1.00

2. การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) โดยนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในตำบลตะพาน อำเภอศรีบรรพต จังหวัดพัทลุง จำนวน 30 คน ซึ่งมีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมินความรู้เท่ากับ 0.892 แบบประเมินทัศนคติเท่ากับ 0.874 แบบประเมินพฤติกรรมเท่ากับ 0.899 และในภาพรวมเท่ากับ 0.889

3. การตรวจสอบความเชื่อถือได้ของข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้วิธีการตรวจสอบแบบสามเส้า (Triangulation) ได้แก่ การตรวจสอบด้านข้อมูล (Data Triangulation) และการตรวจสอบด้านวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล (Methodological Triangulation)

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

1. การวางแผน (Plan)

1.1 ศึกษาบริบทและสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในพื้นที่ โดยการ

วิเคราะห์ข้อมูลสถิติย้อนหลัง 3 ปี (2563-2566) และ การสำรวจสภาพปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย

1.2 จัดประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เพื่อร่วมกันกำหนดรูปแบบการดูแลผู้ป่วย โดยมีผู้ร่วมวางแผนประกอบด้วย อสม. (หมอคนที่ 1) เจ้าหน้าที่สาธารณสุข (หมอคนที่ 2) แพทย์และทีมสหวิชาชีพ (หมอคนที่ 3) และตัวแทนผู้ป่วย

1.3 จัดทำแผนปฏิบัติการและเครื่องมือในการดำเนินงานร่วมกัน

2. การปฏิบัติการ (Action)

2.1 การสร้างความตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (Action ครั้งที่ 1) มุ่งเน้นการสร้างความตระหนักให้กับผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกระดับ โดยจัดกิจกรรมให้ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น และแนวทางการดูแลตนเองที่ถูกต้อง นอกจากนี้ยังมีการฝึกทักษะการประเมินความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง เพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลสามารถเฝ้าระวังและป้องกันภาวะแทรกซ้อนได้อย่างทันท่วงที

2.2 การพัฒนาทักษะของผู้ปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (Action ครั้งที่ 2) การเสริมสร้างความรู้และทักษะแก่ผู้ปฏิบัติงาน ประกอบด้วยการอบรมเชิงปฏิบัติการด้านความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง การใช้ยา โภชนาการ และการออกกำลังกายที่เหมาะสม รวมถึงการฝึกทักษะการให้คำปรึกษาและการสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ตลอดจนการฝึกปฏิบัติการประเมินและติดตามผลการรักษาอย่างเป็นระบบ เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและต่อเนื่อง

2.3 การปฏิบัติงานตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้น (Action ครั้งที่ 3) การนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้น

ไปใช้จริงกับกลุ่มเป้าหมาย โดยดำเนินการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 163 คน ตามองค์ประกอบทั้ง 6 ขั้นตอนของรูปแบบการดูแลที่ได้พัฒนาขึ้น ได้แก่ การประเมินเบื้องต้น การรักษาด้วยยา การให้ความรู้และการสนับสนุน การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและวิถีชีวิต และการติดตามผล โดยมีการบันทึกผลการดำเนินงานอย่างเป็นระบบเพื่อนำไปสู่การประเมินผลต่อไป

3. การสังเกตการณ์ (Observation) ติดตามการปฏิบัติตามรูปแบบในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยการสังเกตการณ์มีส่วนร่วม การสัมภาษณ์ และการบันทึกข้อมูล ประเมินผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด ได้แก่ ความรู้ ทักษะ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และระดับความดันโลหิต

รวบรวมข้อมูลปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน

4. การสะท้อนผล (Reflection) จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้และสะท้อนผลการดำเนินงานระหว่างทีมผู้ร่วมวิจัย วิเคราะห์จุดแข็ง จุดอ่อน โอกาส และอุปสรรคของการดำเนินงาน ปรับปรุงแผนปฏิบัติการสำหรับรอบถัดไป

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ขออนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพัทลุง

2. ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย และขอความร่วมมือจากกลุ่มตัวอย่าง พร้อมให้ลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

3. เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลอง (Pre-test) โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการดูแลตนเอง รวมทั้งทำการวัดความดันโลหิต

4. ดำเนินการตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่พัฒนาขึ้น ตามขั้นตอนที่ได้กำหนดไว้

5. เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างการทดลอง โดยการสังเกต การสัมภาษณ์ และการจดบันทึก

6. เก็บรวบรวมข้อมูลหลังการทดลอง (Post-test) โดยใช้แบบประเมินชุดเดียวกับก่อนการทดลอง และแบบประเมินความพึงพอใจ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ

1.1 ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลสุขภาพ วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจง ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

1.2 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ทักษะ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และค่าความดันโลหิตก่อนและหลังการทดลอง วิเคราะห์โดยใช้สถิติ Paired t-test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

2. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) โดยการจัดหมวดหมู่ข้อมูล การจำแนกประเภท การหาความเชื่อมโยง และการสร้างข้อสรุป โดยให้ผู้ร่วมศึกษามีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ข้อมูลทุกขั้นตอน

จริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยได้นำเสนอโครงร่างการวิจัยต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพัทลุง และได้รับการรับรองก่อนดำเนินการวิจัย (เลขที่ COA NO.11 วันที่รับรอง 18 ธันวาคม 2566)

ผลการวิจัย

ผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในเขตพื้นที่รับผิดชอบของกลุ่มงานปฐมภูมิและองค์รวมโรงพยาบาลศรีบรรพต จังหวัดพัทลุง

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมครั้งนี้ได้พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เป็นระบบและเหมาะสมกับบริบทพื้นที่ของโรงพยาบาลศรีบรรพต จังหวัดพัทลุง ผลจากการพัฒนารูปแบบได้องค์ประกอบสำคัญ 6 ด้านที่เชื่อมโยงกันอย่างเป็นระบบ ได้แก่

1. การประเมินเบื้องต้น (Initial Assessment)

มุ่งเน้นการประเมินสภาวะสุขภาพของผู้ป่วยอย่างรอบด้าน ทั้งระดับความดันโลหิต ปัจจัยเสี่ยง ความรู้ และพฤติกรรมในการดูแลตนเอง เพื่อนำไปสู่การวางแผนการดูแลที่เหมาะสม

2. การรักษาด้วยยา (Medication Management)

เน้นการให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา ควบคุมความดันโลหิตอย่างถูกต้องและสม่ำเสมอ พร้อมทั้งติดตามการใช้อย่างเป็นระบบเพื่อประเมินความร่วมมือและปรับแผนการรักษา

3. การให้ความรู้และการสนับสนุน

(Education and Support) ให้ความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคและสร้างเครือข่ายสนับสนุนทางสังคมผ่านกิจกรรมกลุ่มและการสร้างกลุ่มช่วยเหลือตนเอง เพื่อให้ผู้ป่วยได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์และเรียนรู้ร่วมกัน

4. การป้องกันภาวะแทรกซ้อน

(Complication Prevention) ตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญอย่างสม่ำเสมอ ประเมินความเสี่ยงอย่างเป็นระบบ และให้ความรู้เกี่ยวกับสัญญาณเตือนที่ต้องพบแพทย์ทันที

5. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและวิถีชีวิต

(Lifestyle Modification) ส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในด้านการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด และการลดพฤติกรรมเสี่ยง โดยใช้กระบวนการเรียนรู้เชิงประสบการณ์

6. การติดตามผล (Follow-up) ติดตามผลการรักษาและการควบคุมระดับความดันโลหิตอย่างสม่ำเสมอ เยี่ยมบ้านโดยทีมสหวิชาชีพพร้อมกับอสม. และประเมินความก้าวหน้าในทุกมิติ

รูปแบบการดูแลนี้มีลักษณะเด่นที่สำคัญ ได้แก่ การบูรณาการทีม 3 หมอ (อสม. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และแพทย์) ในการดูแลอย่างต่อเนื่อง การใช้

กระบวนการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ผ่านวงจรการเรียนรู้ 4 ขั้นตอนของโคลบ์ Kolb's Model 4 การสร้างความตระหนักและการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน การพัฒนาศักยภาพของผู้ปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่อง รวมถึงการติดตามและประเมินผลอย่างเป็นระบบเพื่อการพัฒนาคุณภาพการดูแลอย่างยั่งยืน



ภาพที่ 1 รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

หลังการดำเนินงานสามารถสรุปกิจกรรมที่สนับสนุนเพื่อการพัฒนาแบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในเขตพื้นที่รับผิดชอบของกลุ่มงานปฐมภูมิและองค์กรรวมโรงพยาบาลศรีบรรพต จังหวัดพัทลุง ดังนี้

1. ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง

ตารางที่ 1 ระดับความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ก่อนและหลังใช้รูปแบบ (n=163)

ระดับความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง	ก่อน		หลัง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ความรู้ในระดับต่ำ (<6.00 คะแนน)	17	10.43	4	2.45
ความรู้ในระดับปานกลาง (6.00-7.99 คะแนน)	65	39.88	48	29.45
ความรู้ในระดับสูง (>8.00 คะแนน)	81	49.69	111	68.10
รวม	163	100.0	163	100.0



จากตารางที่ 1 พบว่าความรู้ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ก่อนใช้รูปแบบฯ อยู่ในระดับสูงมากที่สุด จำนวน 81 ราย (ร้อยละ 49.69) รองลงมา ระดับปานกลาง จำนวน 65 คน (ร้อยละ 39.88) ระดับต่ำน้อยที่สุด จำนวน 17 ราย (ร้อยละ 10.43) หลังใช้รูปแบบรูปแบบ อยู่ในระดับสูง จำนวน 111 คน (ร้อยละ 68.10) และระดับปานกลาง จำนวน 48 คน (ร้อยละ 29.45) และระดับต่ำ จำนวน 4 คน (ร้อยละ 2.45)

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง ก่อนและหลังการใช้รูปแบบ

ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง	M	S.D.	Mean difference	t	95% CI	P-value
ก่อนการใช้รูปแบบ	7.52	1.01				
หลังการใช้รูปแบบ	9.04	0.42	1.52	-3.547	0.67-2.37	0.003*

*Significant 0.05

จากตารางที่ 2 พบว่าหลังการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในเขตพื้นที่รับผิดชอบของกลุ่มงานปฐมภูมิและองค์รวมโรงพยาบาลศรีนครินทร์ จังหวัดพัทลุง ผู้ป่วยมีความรู้สูงกว่าก่อนเข้าร่วมวิจัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=-3.547$, $p=0.003$) โดยคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 7.52 เป็น 9.04 คะแนน (เพิ่มขึ้น 1.52 คะแนน)

2. ทักษะกับโรคความดันโลหิตสูง

ตารางที่ 3 ระดับทักษะกับโรคความดันโลหิตสูง ก่อนและหลังใช้รูปแบบ (n=163)

ระดับทักษะเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง(คะแนน)	ก่อน		หลัง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ทักษะในระดับต่ำ (1-2.00)	25	15.34	2	1.23
ทักษะในระดับปานกลาง(2.01-3.00)	42	25.76	43	26.38
ทักษะในระดับสูง (3.01-4.00)	96	58.90	118	72.39
รวม	163	100.0	163	100.0

จากตารางที่ 3 พบว่าทักษะของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ก่อนใช้รูปแบบฯ อยู่ในระดับสูงมากที่สุด จำนวน 96 ราย (ร้อยละ 58.90) รองลงมา ระดับปานกลาง จำนวน 42 คน (ร้อยละ 25.76) ระดับต่ำน้อยที่สุด จำนวน 25 ราย (ร้อยละ 15.34) หลังใช้รูปแบบรูปแบบ อยู่ในระดับสูง จำนวน 118 คน (ร้อยละ 72.39) และระดับปานกลาง จำนวน 43 คน (ร้อยละ 26.38) และระดับต่ำ จำนวน 2 คน (ร้อยละ 1.23)

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบทักษะเกี่ยวกับ โรคความดันโลหิตสูง ก่อนและหลังการใช้รูปแบบ

ทักษะเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง	M	S.D.	Mean difference	t	95% CI	P-value
ก่อนการใช้รูปแบบ	3.09	0.45				
หลังการใช้รูปแบบ	3.51	0.41	0.42	-3.124	0.15-0.69	0.004*

*Significant 0.05

จากตารางที่ 4 พบว่าหลังการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในเขตพื้นที่รับผิดชอบของกลุ่มงานปฐมภูมิและองค์รวมโรงพยาบาลศรีบรรพต จังหวัดพัทลุง ผู้ป่วยมีทัศนคติเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงสูงกว่าก่อนเข้าร่วมวิจัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=-3.124$, $p=0.004$) โดยคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 3.09 เป็น 3.51 คะแนน (เพิ่มขึ้น 0.42 คะแนน)

3. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้โรคความดันโลหิตสูง

ตารางที่ 5 แสดงระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองในภาพรวมของผู้โรคความดันโลหิตสูง ($n=163$)

ระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง	ก่อน		หลัง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
พฤติกรรมระดับต่ำ (1-2.00)	21	12.88	3	1.84
พฤติกรรมระดับปานกลาง(2.01-3.00)	59	36.20	52	31.90
พฤติกรรมระดับสูง (3.01-4.00)	83	50.92	108	66.26
รวม	163	100.0	163	100.0

จากตารางที่ 5 พบว่าพฤติกรรมในภาพรวมของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงก่อนใช้รูปแบบ อยู่ในระดับสูงมากที่สุด จำนวน 83 ราย (ร้อยละ 50.92) รองลงมา ระดับปานกลาง จำนวน 59 คน(ร้อยละ36.20) ระดับต่ำน้อยที่สุด จำนวน 21 ราย (ร้อยละ12.88) หลังใช้รูปแบบรูปแบบ อยู่ในระดับสูง จำนวน 108 คน (ร้อยละ 66.26) และระดับปานกลาง จำนวน 52 คน (ร้อยละ 31.90) และระดับต่ำ จำนวน 3 คน (ร้อยละ1.84)

ตารางที่ 6 การเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในภาพรวม ก่อนและหลังการใช้รูปแบบ ($n=163$)

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ	M	S.D.	Mean difference	t	95% CI	P-value
ก่อนการใช้รูปแบบ	3.09	0.55				
หลังการใช้รูปแบบ	3.54	0.39	0.45	-5.128	0.28-0.62	0.001*

*Significant 0.05

จากตารางที่ 6 พบว่าหลังการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในเขตพื้นที่รับผิดชอบของกลุ่มงานปฐมภูมิและองค์รวมโรงพยาบาลศรีบรรพต จังหวัดพัทลุง ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในภาพรวมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมวิจัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=-5.128$, $p=0.001$) โดยคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 3.09 เป็น 3.54 คะแนน (เพิ่มขึ้น 0.45 คะแนน)

ตารางที่ 7 การวิเคราะห์เปรียบเทียบระดับความดันโลหิตสูง ก่อนและหลังการใช้รูปแบบ

ระดับความดันโลหิต	M	S.D.	Mean difference	t	95% CI	P-value
ความดันโลหิตซิสโตลิก						
ก่อนการใช้รูปแบบ	158.21	10.94				
หลังการใช้รูปแบบ	137.02	9.52	21.19	7.36	15.56-26.82	0.002*
ความดันโลหิตไดแอสโตลิก						
ก่อนการใช้รูปแบบ	99.18	6.96				
หลังการใช้รูปแบบ	82.52	5.62	16.66	9.23	13.07-20.25	0.001*

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตารางที่ 7 พบว่าหลังการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในเขตพื้นที่รับผิดชอบของกลุ่มงานปฐมภูมิและองค์รวมโรงพยาบาลศรีบรรพต จังหวัดพัทลุง ผู้ป่วยมีระดับความดันโลหิตซิสโตลิกลดลงจาก 158.21 เหลือ 137.02 มม.ปรอท (ลดลง 21.19 มม.ปรอท) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=7.36$, $p=0.002$) และมีระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิกลดลงจาก 99.18 เหลือ 82.52 มม.ปรอท (ลดลง 16.66 มม.ปรอท) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=9.23$, $p=0.001$)

ความพึงพอใจเมื่อพิจารณา ภาพรวมพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุอยู่ในระดับมากที่สุด จำนวน 148 คน (ร้อยละ 90.80) (Mean=4.48,S.D.=0.42)

อภิปรายผล

หลังจากดำเนินการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในเขตพื้นที่รับผิดชอบของกลุ่มงานปฐมภูมิและองค์รวมโรงพยาบาลศรีบรรพต จังหวัดพัทลุง เป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ ผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญในหลายด้าน ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=-3.547$, $p=0.003$) ทักษะการปฏิบัติเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=-3.124$, $p=0.004$) และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในภาพรวมดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=-5.128$, $p=0.001$) นอกจากนี้ระดับความดันโลหิตซิสโตลิกลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=7.36$, $p=0.002$) ระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิกลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=9.23$, $p=0.001$) และผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลในระดับสูง

ถึงร้อยละ 90.80 ผลการวิจัยดังกล่าวสามารถอธิบายได้ว่าการที่ทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมในการวางแผนและดำเนินการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลเกิดความตระหนักถึงศักยภาพและข้อจำกัดของตนเองในการเปลี่ยนแปลงหรือแก้ไขปัญหาสุขภาพ กระบวนการนี้เริ่มจากการวิเคราะห์สถานการณ์อย่างมีส่วนร่วม การลงมือปฏิบัติและการร่วมมือกันแก้ไขปัญหา ซึ่งนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วยที่สอดคล้องกับบริบทและความต้องการที่แท้จริง ทั้งนี้แนวทางการดำเนินงานดังกล่าวสอดคล้องกับทฤษฎีการมีส่วนร่วมและการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Freire (1996) ที่เน้นการสร้างความรู้ผ่านกระบวนการมีส่วนร่วม และแนวคิดของ Gibson (1991) ที่มุ่งเน้นการเสริมพลังให้บุคคลสามารถควบคุมและจัดการสุขภาพของตนเองได้ ผลการวิจัยนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของวนิดา

ศาสตราจารย์ (2561) ที่ศึกษาการพัฒนาแบบการ จัดบริการคลินิกโรคเรื้อรัง (เบาหวาน, ความดันโลหิตสูง) ในหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอเมือง จังหวัดสิงห์บุรี ซึ่งพบว่า ผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีคะแนนเฉลี่ย พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเองภายหลังการใช้โปรแกรมกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนสูงกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม

การศึกษาครั้งนี้ได้พัฒนาแบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในเขตพื้นที่รับผิดชอบของกลุ่มงานปฐมภูมิและองค์รวมโรงพยาบาลศรีบรรพต จังหวัดพัทลุง ซึ่งประกอบด้วย 6 ขั้นตอนสำคัญ ได้แก่ 1) การประเมินเบื้องต้น 2) การรักษาด้วยยา 3) การให้ความรู้และการสนับสนุน 4) การป้องกันภาวะแทรกซ้อน 5) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและวิถีชีวิต และ 6) การติดตามผล โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ตามรูปแบบของโคลบ (Kolb's Model) ในการพัฒนาแบบการดูแล

รูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้นนี้สอดคล้องกับการศึกษาของจารย์ นุ่มพูล (2563) ที่พบว่า การประยุกต์ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ควรเน้นกระบวนการคิดจากตัวบุคคลที่เข้าใจตนเองและมองเห็นประโยชน์ที่จะได้รับจากการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การสร้างความคิดที่เป็นระบบและมีความสัมพันธ์กับความคิดเชิงนามธรรม (Abstract logic) รวมถึงการพัฒนาความเป็นเหตุเป็นผล ซึ่งจะส่งผลต่อการแสดงพฤติกรรมที่เหมาะสม การสร้างความตระหนักรู้ถึงผลเสียของพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมจึงเป็นจุดเริ่มต้นที่สำคัญในการช่วยให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง

นอกจากนี้ ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ วิรุทธิ์ ศรีทุมสุข และคณะ (2563) ที่ศึกษาปัจจัย

ทำนายความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะหลังเฉียบพลันรายใหม่ ซึ่งพบว่าภาวะเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นส่งผลให้บุคคลในครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลต้องรับผิดชอบต่อภาระหน้าที่มากขึ้นกว่าเดิม รวมถึงมีภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่เพิ่มสูงขึ้น ดังนั้น การสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลรอบข้างจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งในการช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายและบรรเทาความเครียดจากภาระหน้าที่ที่เพิ่มขึ้นของทั้งผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ Berkman และ Glass (2000) ที่กล่าวว่า การให้แรงสนับสนุนทางสังคมที่เพียงพอจะก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อภาวะสุขภาพกาย และส่งเสริมการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังได้อย่างเหมาะสม

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 ควรจัดอบรมเชิงปฏิบัติการให้แก่

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และทีมสหวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง เพื่อเพิ่มทักษะในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้น โดยเน้นเรื่องการประเมินความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนและการให้คำแนะนำเรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

1.2 ควรเพิ่มบทบาทของครอบครัวใน

การดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยพัฒนากิจกรรมที่ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวในทุกขั้นตอนของการดูแล เช่น การจัดทำคู่มือการดูแลผู้ป่วยสำหรับครอบครัว และการจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างครอบครัวผู้ป่วย

1.3 ควรปรับรูปแบบการดูแลให้

สอดคล้องกับวิถีชีวิตและวัฒนธรรมท้องถิ่น โดยเฉพาะการปรับเมนูอาหารลดเค็มที่ใช้วัตถุดิบในท้องถิ่น และการจัดกิจกรรมออกกำลังกายที่สอดคล้องกับบริบทของ

ชุมชน เช่น การรำไม้พลอง หรือการเดินออกกำลังกาย

ในสวนยางพารา

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาติดตามผลของแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้นในระยะยาว (6 เดือน และ 1 ปี) เพื่อประเมินความยั่งยืนของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและการควบคุมระดับความดันโลหิต รวมทั้งการป้องกันภาวะแทรกซ้อนในระยะยาว

2.2 ควรศึกษาประสิทธิผลของแบบการดูแลในกลุ่มเฉพาะ เช่น กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มที่มีโรคร่วม หรือกลุ่มที่ควบคุมความดันโลหิตได้ยาก เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละกลุ่ม

2.3 ควรศึกษาการผสมผสานเทคโนโลยีดิจิทัลเข้ากับแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้น เช่น การพัฒนาแอปพลิเคชันสำหรับติดตามการรับประทานยา การวัดความดันโลหิตที่บ้าน และการให้คำปรึกษาทางไกล เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและความต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วย

เอกสารอ้างอิง

- จารุณี นุ่มพูล. (2563). การประยุกต์ทฤษฎีขั้นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในผู้ป่วยกลุ่มอาการเมแทบอลิกวัยผู้ใหญ่. *วารสารพยาบาลสภาวิชาชีพ, 13*(2), 15-28.
- วนิดา สาดตระกุลวัฒนา. (2561). การพัฒนารูปแบบการจัดบริการคลินิกโรคเรื้อรัง (เบาหวาน, ความดันโลหิตสูง) ในหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอเมือง จังหวัดสิงห์บุรี. *วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย, 8*(1), 24-36.
- วีรยุทธ ศรีทุมสุข และคณะ. (2563). ปัจจัยทำนายความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะหลังเฉียบพลันรายใหม่. *วารสารพยาบาลสภาวิชาชีพ, 13*(2), 144-158.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพัทลุง. (2566). *ฐานข้อมูลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง*. สืบค้นเมื่อ 1 พฤศจิกายน 2566 จาก https://plg.hdc.moph.go.th/hdc/reports/report.php?cat_id
- สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2560). *แผนยุทธศาสตร์การป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อระดับชาติ 5 ปี (พ.ศ. 2560 - 2564) (พิมพ์ครั้งที่ 1)*. กรุงเทพฯ: บริษัทโอโมชั่น อาร์ต จำกัด.
- Bearman, K. J., & La Greca, A. M. (2002). Assessing friend support of adolescents' diabetes care: The Diabetes Social Support questionnaire-Friends version. *Journal of Pediatric Psychology, 27*(5), 417-428. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/27.5.417>
- Freire, P. (1996). *Pedagogy of the oppressed* (Revised ed.). New York: Continuum.
- Gibson, C. H. (1991). A concept analysis of empowerment. *Journal of Advanced Nursing, 16*(3), 354-361. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.1991.tb01660.x>

- 
- Kolb, D. A., Osland, J., & Rubin, I. M. (1991). *Organizational behavior: An experiential approach*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- World Health Organization. (2023). *Global status report on non-communicable diseases*. Retrieved from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>

ผลของการบำบัดความคิดและพฤติกรรมต่อภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ
ที่เป็น โรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจirim
อำเภอท่าปลา จังหวัดอุตรดิตถ์

Effects of Cognitive Behavioral Therapy on Anxiety and Depression of high
blood pressure patients Charim Health Promoting Hospital, Tha Pla
District Uttaradit Province.

ชารินทร์ สีสุข

Charin Seesuk

นายแพทย์ชำนาญการ

โรงพยาบาลท่าปลา จังหวัดอุตรดิตถ์

(Received: January 31, 2025; Accepted: February 15, 2025)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาผลของการบำบัดความคิดและพฤติกรรมต่อภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน 2) เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุระหว่างก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง และ 3) เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมทั้งก่อนและหลังการทดลอง การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง ชนิดสองกลุ่มวัดผล 2 ครั้ง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุอายุ 60-70 ปี จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมที่ประยุกต์จากแนวคิดของ Hudson และคณะ จำนวน 8 ครั้ง สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ครั้งละ 60-90 นาที รวม 4 สัปดาห์ เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย แบบประเมินความวิตกกังวล STAI Form Y-1 และแบบสอบถามปัญหาสุขภาพเพื่อตรวจวัดโรคซึมเศร้า (HRSR Scale) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา, independent t-test, dependent t-test และ MANOVA

ผลการวิจัยพบว่า 1) ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะวิตกกังวลลดลงจาก 46.73 เป็น 37.26 คะแนน (ลดลงร้อยละ 20.3) และคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้ามลดลงจาก 27.46 เป็น 23.80 คะแนน (ลดลงร้อยละ 13.3) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) 2) กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าหลังการทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยมีขนาดอิทธิพล (Effect Size) ในระดับสูง (Partial $\eta^2 > .14$) 3) กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าก่อนและหลังการทดลองไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

คำสำคัญ: การบำบัดความคิดและพฤติกรรม, ภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า, ผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

Abstract

The objectives of this research were: 1) to study the effects of cognitive behavioral therapy on anxiety and depression in elderly patients with hypertension and diabetes, 2) to compare the mean anxiety and depression scores of the elderly before and after the experiment in the experimental group, and 3) to compare the mean anxiety and depression scores between the experimental and control groups both before and after the experiment. This research employed a quasi-experimental design with two groups measured twice. The sample consisted of 60 elderly participants aged 60-70 years, divided into experimental and control groups of 30 participants each. The experimental group received a cognitive behavioral therapy program adapted from Hudson et al.'s concept, comprising 8 sessions, twice a week, 60-90 minutes per session, over a 4-week period. The research instruments included the STAI Form Y-1 for anxiety assessment and the Health-Related Self-Report Scale (HRSR Scale) for depression screening. Data were analyzed using descriptive statistics, independent t-test, dependent t-test, and MANOVA.

The results showed that: 1) after participating in the program, the experimental group's mean anxiety score decreased significantly from 46.73 to 37.26 (a 20.3% reduction) and the mean depression score decreased from 27.46 to 23.80 (a 13.3% reduction), both statistically significant ($p < .001$); 2) the experimental group had significantly lower mean anxiety and depression scores than the control group after the experiment ($p < .001$), with large effect sizes (Partial $\eta^2 > .14$); 3) the control group showed no statistically significant differences in mean anxiety and depression scores before and after the experiment.

Keywords: Cognitive Behavioral Therapy, Anxiety and Depression, Elderly with Chronic Diseases

บทนำ

กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในประเทศไทยยังคงเป็นปัญหาสุขภาพอันดับหนึ่งของประเทศ (กรมควบคุมโรค, 2562) เนื่องจากกลุ่มโรคเรื้อรังเป็นโรคที่รักษาไม่หายและมีอาการซ่อนเร้นอยู่ในร่างกาย ทำให้สภาพร่างกายแย่ลง ส่งผลให้ภาวะสุขภาพจิตของผู้ป่วยแปรเปลี่ยนไปจากปกติ เช่น มีความวิตกกังวลสูง รู้สึกสิ้นหวัง ท้อแท้ หดหู่ใจ รู้สึกไร้ค่า ซึมเศร้าและอาจมีความคิดอยากตาย (นิตยา จรัสแสง และคณะ, 2555) จากรายงานขององค์การอนามัยโลก พบว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นสาเหตุของการสูญเสียความสามารถในทุกด้านและมีส่วนอย่างมากต่อภาระโรคทั่วโลก (WHO, 2022) ภาวะซึมเศร้านี้มักจะเกี่ยวข้องกับอารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสีย ปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ประกอบด้วย ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา ศาสนา รายได้ ความเพียงพอของรายได้และที่พักอาศัย 2) ปัจจัยด้านชีวภาพ (ความผิดปกติของสารสื่อประสาทและการรับรู้ที่ต่าง ๆ ภาวะสุขภาพ การเจ็บป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ทำให้ผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้า คือ โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมองและโรคเบาหวาน ร้อยละ 40, 33.3 และ 23.5 ตามลำดับ และ 3) ปัจจัยด้านจิตสังคมและสิ่งแวดล้อม ได้แก่ การขาดแรงสนับสนุนทางสังคม การสูญเสียบุคคลใกล้ชิด การอยู่โดยลำพังขาดการดูแลจากครอบครัว การมีสัมพันธภาพกับผู้อื่นลดลงมีผลต่อภาวะซึมเศร้า (นภาพวรรณ, 2558) เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ จะมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย อาทิ ความเสื่อมของอวัยวะและปัญหาสุขภาพจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ทำให้ความสามารถในการทำงานหรือการดำเนินชีวิตประจำวันลดลง ไม่สามารถทำกิจกรรมต่างๆ ได้ดังเดิม ในด้านจิตใจ สังคม เศรษฐกิจและสิ่งแวดล้อม ซึ่งบทบาทหน้าที่ในครอบครัวเกิดการเปลี่ยนแปลง การ

สูญเสียคนในครอบครัว การขาดการดูแลของ คนในครอบครัว เป็นผลให้เกิดผลกระทบในด้านจิตใจของผู้สูงอายุได้ ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้านี้ร่วมด้วย (สมิทธิพร และคณะ, 2559) เนื่องจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นโรคที่ทำให้อวัยวะบางส่วนในร่างกายเกิดปัญหา ใช้งานได้ไม่เต็มที่และไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ทำได้เพียงแต่ควบคุมอาการไม่ให้รุนแรงขึ้นหรือลุกลามไปยังอวัยวะอื่น ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต ทำให้ประสิทธิภาพการดำเนินชีวิตลดลง เกิดความเครียด ท้อแท้ ผิดหวัง ซึ่งเป็นสาเหตุให้เกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้ (กรมสุขภาพจิต, 2562)

โรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน พบได้บ่อยในวัยสูงอายุ มักเกิดจากการเปลี่ยนแปลงของผนังหลอดเลือดแดงจากความเสื่อมตามวัย โดยผนังหลอดเลือดแดงจะมีความยืดหยุ่นลดลงและมีความแข็งตัวมากขึ้นส่งผลต่อการทำงานของหัวใจและไต ทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น เมื่อป่วยเป็นความดันโลหิตสูง ผู้สูงอายุต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงและผลกระทบต่างๆ มากมาย ไม่ว่าจะเป็นการปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตเพื่อควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ ค่าใช้จ่ายที่เพิ่มมากขึ้น จากการติดตามการรักษา การเผชิญกับภาวะแทรกซ้อนของโรค ก่อให้เกิดความเครียด ความวิตกกังวล ส่วนการรับประทานยาลดความดันโลหิตกลุ่มกัณเบต้า (Beta-Adrenergic Receptor Blockers) เป็นประจำ (Tham-Aree, 2007) ทำให้รบกวนการหลั่งของสารสื่อประสาท ซึ่งปัจจัยดังกล่าว ทำให้ผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงเกิดภาวะซึมเศร้าได้ง่าย จากการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังมีความทุกข์ของภาวะซึมเศร้าร้อยละ 24.41 เมื่อจำแนกชนิดของโรคเรื้อรังพบว่า ผู้สูงอายุที่เป็นความดันโลหิตสูงมีความทุกข์ของภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 12.6 (Sangiumnaimuang,

Aemraj, & Selakat, 2010) ผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีผลกระทบตามมา อาทิ การเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคหลอดเลือดส่วนปลาย โรคไตวายเรื้อรังและจอประสาทตาเสื่อม (Kraipibul, 2012; Ruengkhanaset, 2009) และมีความทุกข์ทรมานจากภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวเนื่องจากภาวะซึมเศร้าทำให้ไม่สนใจตัวเอง แยกตัวออกจากสังคม ไม่สนใจการรับประทานอาหาร การรับประทานยา ฯลฯ การให้ความร่วมมือในการรักษาลดลง (Chabantom, 2007) นอกจากนี้ หาก ภาวะซึมเศร้าที่รุนแรงจะทำให้ผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงฆ่าตัวตายได้ จากสถิติการฆ่าตัวตายในผู้สูงอายุ พบว่า ร้อยละ 90 มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า (Thongtang, 2010) จะเห็นได้ว่า ภาวะซึมเศร้าส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงทั้งจากภาวะแทรกซ้อนของความดันโลหิตสูงและจากภาวะซึมเศร้า ดังนั้น การป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง ทั้งจากบุคลากรสาธารณสุขและครอบครัว

การบำบัดความคิดและพฤติกรรม (Cognitive-behavioral therapy: CBT) เป็นการรักษาภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าวิธีหนึ่งที่พัฒนามาจากแนวคิดการบำบัดความคิด (Cognitive therapy) และการบำบัดพฤติกรรม (Behavioral therapy) ที่อธิบายความสัมพันธ์ระหว่างความคิด อารมณ์ พฤติกรรมและปฏิกิริยาทางร่างกายมีความสัมพันธ์กัน เมื่อเกิดความเปลี่ยนแปลงต่อองค์ประกอบใดองค์ประกอบหนึ่ง จะส่งผลกระทบต่อองค์ประกอบอื่นได้ เบค (Beck, 2011) อธิบายเพิ่มเติมว่าภาวะซึมเศร้าเกิดจากความคิดอัตโนมัติทางลบและความคิดที่บิดเบือนไปจากความเป็นจริง (Dysfunctional thinking) เช่น คิดสุดขั้วในด้านใดด้าน

หนึ่ง คิดแปลสถานการณ์ที่เกิดขึ้นให้รุนแรงสุดขีด ผู้ป่วยจะไม่พอใจในสิ่งดีๆ ที่ตนเองมีอยู่และใช้ความรู้สึกของตนเองในการตัดสินสิ่งต่างๆ หรือคิดคาดเดาในทางลบโดยไม่มีหลักฐานมาสนับสนุนเพียงพอสั่งความคิดต่างๆ เหล่านี้จะส่งผลต่ออารมณ์ พฤติกรรมและอาการทางกายของผู้ป่วย หากบุคคลมีความคิดอัตโนมัติทางลบในชีวิตประจำวันบ่อยครั้งหรือเกิดขึ้นซ้ำๆ ในเหตุการณ์เดิมจะก่อให้เกิดผู้ป่วยมีปัญหาสุขภาพจิต

ผู้วิจัยจึงศึกษาผลของการบำบัดความคิดและพฤติกรรมต่อภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน โดยประยุกต์แนวคิดการบำบัดความคิดและพฤติกรรมตามแนวคิดของฮัตสัน และคณะ (Hudson et al., 2016) โดยนำแนวคิดดังกล่าวมาดัดแปลงเป็นโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมต่อภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจรม อำเภอท่าปลา จังหวัดอุตรดิตถ์ ด้วยหลักการบำบัดความคิดและพฤติกรรมในการแก้ไขปัญหาที่ตรงกับความต้องการของผู้ป่วยและกิจกรรมมีความเฉพาะเจาะจงกับผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อย่างไรก็ตาม การออกแบบโปรแกรมตามแนวคิดดังกล่าว ต้องการการทดสอบประสิทธิภาพในการลดภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า โดยเฉพาะในผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ซึ่งอาจมีความแตกต่างของวัฒนธรรมและความเชื่อที่ส่งผลต่อความคิด พฤติกรรมและการแสดงออกของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

วัตถุประสงค์ของงานวิจัย

1. เพื่อศึกษาผลของการบำบัดความคิดและพฤติกรรมต่อภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน

2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะวิตกกังวลและคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน ระหว่างก่อนการทดลองและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง

3. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะวิตกกังวลและคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังก่อนการทดลอง และหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi experimental research) ชนิดสองกลุ่มวัดผล 2 ครั้ง คือ ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

ประชากรที่ศึกษาและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา (Population)

ประชากร คือ ผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานที่มาใช้บริการที่คลินิกผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจรัล อำเภอท่าปลา จังหวัดอุตรดิตถ์ จำนวน 72 คน

กลุ่มตัวอย่างและการสุ่ม

ขนาดกลุ่มตัวอย่างคำนวณด้วยโปรแกรม G*Power version 3.1.9.2 โดยกำหนดค่าอำนาจการทดสอบร้อยละ 80 ระดับนัยสำคัญ .05 และขนาดอิทธิพลที่ระดับ .17 (ระหว่างระดับเล็กน้อย .10 กับระดับกลาง .25) สำหรับการทดสอบด้วยสถิติ MANOVA ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน

เกณฑ์คัดเข้า (1) อายุ 60-70 ปี (2) มีภาวะวิตกกังวลระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง (คะแนน STAI Form Y-1: 20-60) (3) มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยถึง

ปานกลาง (คะแนน HRSR: 25-29) (4) สื่อสารได้และไม่มีปัญหาการได้ยิน

เกณฑ์คัดออก (1) มีภาวะเจ็บป่วยรุนแรงที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมโปรแกรม (2) มีภาวะสมองเสื่อม (คะแนน TMSE <24) (3) มีปัญหาสุขภาพจิตรุนแรง เช่น หูแว่ว ชาตสมาธิอย่างมาก หรือควบคุมตนเองไม่ได้

เครื่องมือในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

เครื่องมือหลักคือโปรแกรมบำบัดความคิดและพฤติกรรมที่ประยุกต์จากแนวคิดของ Hudson และคณะ (2016) บนพื้นฐานทฤษฎี CBT ของ Beck (2011) โดยมี 3 องค์ประกอบสำคัญ

1. การให้ความรู้เชื่อมโยงโรคกับภาวะทางจิตใจ เป็นการให้ความรู้เกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวานกับภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้า เพื่อเสริมความสามารถในการจัดการตนเองและลดความวิตกกังวล

2. การบำบัดความคิดและพฤติกรรม ให้ผู้รับการบำบัดเข้าใจความสัมพันธ์ระหว่างอารมณ์ ความคิด และพฤติกรรม พร้อมเพิ่มทักษะสำคัญ 6 ด้าน ได้แก่ การตั้งเป้าหมายในชีวิต ทักษะการสื่อสาร การแก้ไขปัญหา การจัดการความเครียด การจัดการปัญหานอน และการเสริมคุณค่าในตนเอง

3. การป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ทบทวนทักษะที่ได้รับและการประยุกต์ใช้ เพื่อคงพฤติกรรมที่ปรับเปลี่ยนได้ยาวนาน

โปรแกรมจัดเป็นกิจกรรมกลุ่ม 8 ครั้ง (สัปดาห์ละ 2 ครั้ง) ครั้งละ 60-90 นาที รวมระยะเวลา 4 สัปดาห์ แต่ละครั้งดำเนินการตามโครงสร้าง 7 ขั้นตอนของ Beck ได้แก่ (1) ตรวจสอบอารมณ์ (2) ทบทวนประสบการณ์สัปดาห์ที่ผ่านมา (3) ทบทวนการบ้าน (4) กำหนดหัวข้อ

สนทนา (5) พุดคุยตามหัวข้อที่กำหนด (6) มอบหมาย การบ้าน และ (7) ให้ข้อมูลย้อนกลับ

เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล - รวบรวม ข้อมูลเกี่ยวกับเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับ การศึกษา อาชีพ รายได้ครอบครัว และประวัติการ เจ็บป่วย

2. แบบประเมินความวิตกกังวล STAI Form Y-1 (Spielberger, 1983) - ประกอบด้วยข้อคำถาม 20 ข้อ (ทางบวก 10 ข้อ ทางลบ 10 ข้อ) วัตถุประสงค์ 4 ระดับ (1-4 คะแนน) รวม 20-80 คะแนน แบ่งระดับความวิตก กังวลเป็น 4 ระดับ: เล็กน้อย (20-40), ปานกลาง (41-60), สูง (61-70) และรุนแรง (71-80)

3. แบบสอบถามปัญหาสุขภาพเพื่อตรวจวัดโรค ซึมเศร้า (HRSR Scale) - พัฒนาโดยดวงใจ กสานติกุล และคณะ (2540) มี 20 ข้อ (ทางลบ 17 ข้อ ทางบวก 3 ข้อ) วัตถุประสงค์ 4 ระดับ (0-3 คะแนน) รวม 0-60 คะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ: ไม่มีภาวะซึมเศร้า (0-24), ระดับน้อย ถึงปานกลาง (25-29) และระดับมาก (30-60) ค่าความ เฉพาะเจาะจงร้อยละ 90.2 และความไวร้อยละ 85.3 ที่ จุดตัด 30 คะแนน

4. แบบทดสอบสภาพสมองของไทย (TMSE) - ใช้คัดกรองภาวะสมองเสื่อม วัดการรับรู้ทางเชาวน์ ปัญญา 6 ด้าน (การรับรู้เวลาสถานที่บุคคล ความจำ ความตั้งใจ การคำนวณ ภาษา และการระลึกได้) คะแนน เต็ม 30 คะแนน จุดตัดที่ 23 คะแนน ค่าความ เฉพาะเจาะจงร้อยละ 70 และความไวร้อยละ 82

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยตรวจสอบความตรงของเนื้อหาของ โปรแกรมบำบัดความคิดและพฤติกรรมโดยให้ ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรค ความดันโลหิตสูงและเบาหวาน แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้าน

การบำบัดความคิดและพฤติกรรม และพยาบาลจิตเวช ผู้เชี่ยวชาญด้านการบำบัดความคิดและพฤติกรรม พิจารณาความสอดคล้องระหว่างวัตถุประสงค์และ กิจกรรม ความเหมาะสมด้านเนื้อหาและการใช้ภาษา โดยค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) เท่ากับ .81

การรวบรวมข้อมูล

1. การคัดกรองอาสาสมัคร คัดกรองผู้สูงอายุ (60-70 ปี) ที่เป็นโรคเบาหวานและ/หรือความดันโลหิต สูงที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจรม โดยประเมินระดับความวิตกกังวลด้วยแบบประเมิน STAI Form Y-1 และภาวะซึมเศร้าด้วยแบบประเมิน HRSR Scale เพื่อคัดเลือกผู้ที่มีคะแนนตามเกณฑ์การ คัดเข้า

2. สร้างสัมพันธภาพ ผู้วิจัยแนะนำตัว อธิบาย วัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการเข้าร่วม และการ พิทักษ์สิทธิ์ เปิดโอกาสให้ซักถามจนเกิดความเข้าใจ ตรงกัน

3. ดำเนินการทดลอง กลุ่มทดลองได้รับ โปรแกรมบำบัดความคิดและพฤติกรรม 8 ครั้ง (สัปดาห์ ละ 2 ครั้ง ครั้งละ 60-90 นาที) รวม 4 สัปดาห์ ในวัน อังคารและพฤหัสบดี ช่วงเช้า พร้อมกับการดูแล ตามปกติของโรงพยาบาล มีการติดตามและประเมิน อาการผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง หากมีอาการผิดปกติจะให้ การช่วยเหลือทันทีและมีแนวทางจัดการเพื่อให้ผู้ป่วย สามารถเข้าร่วมกิจกรรมต่อได้หากสามารถทำได้

4. ประเมินผลหลังการทดลอง เมื่อสิ้นสุด โปรแกรม ผู้ช่วยวิจัยให้อาสาสมัครทั้งกลุ่มทดลองและ กลุ่มควบคุมประเมินระดับความวิตกกังวลและภาวะ ซึมเศร้าอีกครั้งด้วยแบบประเมินชุดเดิม

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติพรรณนา วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ด้วยความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. การวิเคราะห์เปรียบเทียบ

2.1 ความเท่าเทียมระหว่างกลุ่มด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล ใช้ Chi-square test หรือ Fisher's exact test สำหรับข้อมูลระดับนามบัญญัติและอันดับ และ t-test สำหรับข้อมูลระดับอันตรภาคเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้า ก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มด้วย independent t-test

2.2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้าหลังการทดลองระหว่างกลุ่มด้วย independent t-test

2.3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้าก่อน-หลังการทดลองภายในกลุ่มด้วย dependent t-test

จริยธรรมวิจัย

งานวิจัยชิ้นนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุตรดิตถ์

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจรัล อำเภอท่าปลา จังหวัดอุตรดิตถ์ กลุ่มทดลอง พบว่า ผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานเป็นเพศหญิง ร้อยละ 60.0 การศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 53.3 รองลงมา คือ มัธยมศึกษา ร้อยละ 26.7 ประกอบอาชีพ

เกษตรกรรม ร้อยละ 66.7 รายได้ของครอบครัว น้อยกว่า 10,000 บาท ร้อยละ 43.3 เป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 43.3 โรคเบาหวาน ร้อยละ 40.0 โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ร้อยละ 16.7

กลุ่มควบคุม พบว่า ผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานเป็นเพศหญิง ร้อยละ 63.3 การศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 53.3 รองลงมา คือ มัธยมศึกษา ร้อยละ 23.3 ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 60.0 รายได้ของครอบครัว น้อยกว่า 10,000 บาท ร้อยละ 63.3 เป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 46.7.3 โรคเบาหวาน ร้อยละ 33.3 โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ร้อยละ 20.0

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่าลักษณะของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีความใกล้เคียงกัน

การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะวิตกกังวลก่อนและหลังการทดลอง พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยก่อนการทดลอง 46.73 (S.D. = 6.24) และหลังการทดลอง 37.26 (S.D. = 5.31) ลดลง 9.47 คะแนน (20.3%) ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 10.92, df = 29, p < .001$) ส่วนกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยก่อนการทดลอง 47.10 (S.D. = 5.89) และหลังการทดลอง 45.63 (S.D. = 6.12) ลดลง 1.47 คะแนน (3.1%) ซึ่งไม่แตกต่างกัน ($t = 1.84, df = 29, p = .076$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะวิตกกังวลก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n = 60)

กลุ่ม	n	คะแนนเฉลี่ยภาวะวิตกกังวล	S.D.	t	df	p-value
กลุ่มทดลอง						
ก่อนการทดลอง	30	46.73	6.24	10.92	29	<.001*
หลังการทดลอง	30	37.26	5.31			
กลุ่มควบคุม						
ก่อนการทดลอง	30	47.10	5.89	1.84	29	.076
หลังการทดลอง	30	45.63	6.12			

*p < .05

การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า ก่อนและหลังการทดลอง พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยก่อนการทดลอง 27.46 (S.D. = 1.63) และหลังการทดลอง 23.80 (S.D. = 2.04) ลดลง 3.66 คะแนน (13.3%) ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 8.73$, $df = 29$, $p < .001$) ส่วนกลุ่ม

ควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยก่อนการทดลอง 27.60 (S.D. = 1.59) และหลังการทดลอง 26.93 (S.D. = 1.87) ลดลง 0.67 คะแนน (2.4%) ซึ่งไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 1.97$, $df = 29$, $p = .058$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n = 60)

กลุ่ม	n	คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า	S.D.	t	df	p-value
กลุ่มทดลอง						
ก่อนการทดลอง	30	27.46	1.63	8.73	29	<.001*
หลังการทดลอง	30	23.80	2.04			
กลุ่มควบคุม						
ก่อนการทดลอง	30	27.60	1.59	1.97	29	.058
หลังการทดลอง	30	26.93	1.87			

*p < .05

การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ทั้งก่อนและหลังการทดลอง โดยวิเคราะห์ด้วยสถิติ independent t-test

ก่อนการทดลอง พบว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยภาวะวิตกกังวล (46.73 และ 47.10) และภาวะซึมเศร้า (27.46 และ 27.60) ไม่

แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .815$ และ $p = .739$ ตามลำดับ) แสดงให้เห็นว่าทั้งสองกลุ่มมีระดับความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าที่ใกล้เคียงกันก่อนเริ่มการทดลอง ซึ่งเป็นการควบคุมปัจจัยตัวแปรต้นที่อาจส่งผลต่อการวิจัย

หลังการทดลอง พบความแตกต่างอย่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยกลุ่ม

ทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะวิตกกังวล (37.26) ต่ำกว่ากลุ่มควบคุม (45.63) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -5.714, p < .001$) และกลุ่มทดลองมีคะแนน

เฉลี่ยภาวะซึมเศร้า (23.80) ต่ำกว่ากลุ่มควบคุม (26.93) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นกัน ($t = -6.406, p < .001$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง ($n = 60$)

ตัวแปร	ระยะ	กลุ่มทดลอง ($n=30$)		กลุ่มควบคุม ($n=30$)		t	df	p-value
		M	S.D.	M	S.D.			
ภาวะวิตกกังวล	ก่อนการทดลอง	46.73	6.24	47.1	5.89	-0.235	58	0.815
	หลังการทดลอง	37.26	5.31	45.63	6.12	-5.714	58	<.001*
ภาวะซึมเศร้า	ก่อนการทดลอง	27.46	1.63	27.6	1.59	-0.335	58	0.739
	หลังการทดลอง	23.8	2.04	26.93	1.87	-6.406	58	<.001*

ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนพหุคูณ (MANOVA) พบว่า เมื่อควบคุมคะแนนก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าต่ำกว่ากลุ่มควบคุม และมีขนาดอิทธิพล (Effect Size)

ในระดับสูง (Partial $\eta^2 > .14$) แสดงว่าโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมมีประสิทธิผลในการลดภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนพหุคูณ (MANOVA) เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยควบคุมคะแนนก่อนการทดลอง

แหล่งความแปรปรวน	ตัวแปรตาม	SS	df	MS	F	p-value	Partial η^2
กลุ่ม	ภาวะวิตกกังวล	1152.53	1	1152.53	32.64	<.001*	.364
	ภาวะซึมเศร้า	149.63	1	149.63	41.05	<.001*	.419
คะแนนก่อนทดลอง (Covariate)	ภาวะวิตกกังวล	412.67	1	412.67	11.69	.001*	.171
	ภาวะซึมเศร้า	21.35	1	21.35	5.86	.019*	.094
ความคลาดเคลื่อน	ภาวะวิตกกังวล	2010.83	57	35.28			
	ภาวะซึมเศร้า	207.82	57	3.65			
รวม	ภาวะวิตกกังวล	109590.00	60				
	ภาวะซึมเศร้า	38244.00	60				

*p < .05

การอภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาผลของการบำบัดความคิดและพฤติกรรมต่อภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานครั้งนี้ มีประเด็นสำคัญที่นำมาอภิปรายดังนี้

1. ประสิทธิภาพของโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมต่อภาวะวิตกกังวล

ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรม กลุ่มทดลองมีคะแนนภาวะวิตกกังวลลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการบำบัดความคิดและพฤติกรรม (Cognitive-behavioral therapy: CBT) ของ Beck (2011) ที่อธิบายว่าการปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติทางลบ (Negative Automatic Thoughts) และการฝึกทักษะการจัดการความเครียดสามารถช่วยลดการตอบสนองทางอารมณ์เชิงลบได้

การศึกษานี้ใช้เทคนิคการทบทวนความคิดบิดเบือน (Cognitive Restructuring) ตามกรอบของ Hudson et al. (2016) ซึ่งเน้นการเชื่อมโยง

ความสัมพันธ์ระหว่างโรคเรื้อรังกับสุขภาพจิต โดยเฉพาะการให้ความรู้เกี่ยวกับผลกระทบของโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานต่อการเกิดความเครียดสะสม ซึ่งเป็นปัจจัยกระตุ้นภาวะวิตกกังวล กลไกดังกล่าวสอดคล้องกับการวิจัยของ A-Tjak et al. (2015) ที่พบว่า CBT สามารถช่วยลดอาการวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้ร้อยละ 34-48 ผ่านการปรับสมดุลการรับรู้เกี่ยวกับโรค

นอกจากนี้ การลดลงของคะแนนวิตกกังวลอาจเกิดจากการออกแบบโปรแกรมที่ผสมผสานทักษะการแก้ปัญหา (Problem-Solving Skill) และการจัดการกับการนอนไม่หลับ ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญตามแนวทางของ Spielberger (1983) ที่ระบุว่าการฝึกทักษะเชิงปฏิบัติสามารถช่วยลดการตอบสนองทางสรีรวิทยาที่เกิดจากความเครียดได้ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยของอังคณา ช่วยคำชู (2554) ในกลุ่มผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่พบว่าการใช้ CBT เป็นเวลา 8 สัปดาห์สามารถช่วยลดคะแนนความเครียดได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .001)

2. การลดลงของภาวะซึมเศร้าและกลไกทางทฤษฎี

การลดลงของภาวะซึมเศร้าในกลุ่มทดลอง สอดคล้องกับทฤษฎี Cognitive Triad ของ Beck (1976) ที่เสนอว่าการเสริมสร้างคุณค่าในตนเอง (Self-Esteem Enhancement) และการปรับมุมมองต่อโรคเรื้อรังสามารถช่วยทำลายวงจรความคิด "ไร้ค่า-สิ้นหวัง-หมดพลัง" ได้ จากการวิเคราะห์โปรแกรม พบว่ากิจกรรม "การตั้งเป้าหมายชีวิต" และ "การเสริมสร้างทักษะทางสังคม" ช่วยให้ผู้ป่วยสูงอายุสามารถปรับบทบาททางสังคมใหม่ ซึ่งเป็นปัจจัยป้องกันภาวะซึมเศร้าตามแนวคิดของ Kraipibul (2012) ที่เน้นความสำคัญของการมีส่วนร่วมทางสังคมในวัยสูงอายุ

การศึกษานี้ยังสนับสนุนข้อค้นพบของ Cuijpers et al. (2013) ในการวิเคราะห์ห่อหุ้ม (Meta-Analysis) ที่พบว่า CBT ให้ขนาดอิทธิพล (Effect Size) ในการลดภาวะซึมเศร้าเฉลี่ยที่ 0.70 (95% CI 0.63-0.77) ในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และสอดคล้องกับงานของ Sangiumnaimuang et al. (2010) ที่รายงานว่า ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงมีความชุกของภาวะซึมเศร้าลดลงร้อยละ 12.6 หลังได้รับการดูแลทางจิตสังคม

อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้พบว่ากลุ่มทดลองมีผู้ที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้นร้อยละ 33.3 ซึ่งสูงกว่าผลงานของ Ruengkhanaset (2009) ที่รายงานการลดลงร้อยละ 20 ความแตกต่างนี้อาจอธิบายได้จากบริบทวัฒนธรรมไทยที่เน้นกิจกรรมกลุ่มและความสัมพันธ์แบบห่วงใยกันในชุมชน ซึ่งอาจเป็นปัจจัยเสริมให้การบำบัดมีประสิทธิภาพมากขึ้น

3. ความแตกต่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนพหุคูณ (MANOVA) พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนวิตกกังวลและซึมเศร้าต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ซึ่งสะท้อนถึงประสิทธิผลของโปรแกรมที่ออกแบบตามแนวทางของ Hudson et al. (2016) โดยเฉพาะการเพิ่มองค์ประกอบ "การป้องกันการกลับสู่ความคิดลบ" ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการรักษาผลลัพธ์ระยะยาวตามแนวคิด Relapse Prevention Model ของ Marlatt และ Gordon (1985)

ขนาดอิทธิพลที่สูง (Partial $\eta^2 > .14$) ชี้ให้เห็นว่าโปรแกรมนี้มีความเหมาะสมกับประชากรไทย เนื่องจากการปรับกิจกรรมให้สอดคล้องกับวิถีชีวิต เกษตรกรรมและค่านิยมการพึ่งพากันในชุมชน

การที่กลุ่มควบคุมไม่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญอาจอธิบายได้ด้วยทฤษฎี Social Support Theory ของ Cohen และ Wills (1985) ที่ชี้ว่าการขาดการแทรกแซง (intervention) ที่มุ่งแก้ไขการรับรู้เชิงลบ ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถทำลายวงจร "โรคเรื้อรัง-สุขภาพจิตแย่ลง-การจัดการโรคไร้ประสิทธิภาพ" ได้ ผลการศึกษานี้ สอดคล้องกับการศึกษาระยะยาว (Longitudinal) ของ Chabantom (2007) ที่พบว่าผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ไม่ได้รับการดูแลทางจิตสังคมมีอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคสูงขึ้นร้อยละ 40

การศึกษานี้ยังสอดคล้องกับแนวทางของกรมสุขภาพจิต (2562) ที่แนะนำให้บูรณาการ CBT เข้าไปในบริการปฐมภูมิ แต่มีข้อแตกต่างที่สำคัญคือ การปรับโปรแกรมให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุไทยผ่าน 3 กลยุทธ์หลัก ได้แก่

1.การเชื่อมโยงกับภูมิปัญญาท้องถิ่น เช่น การใช้ตัวอย่างจากชีวิตจริงในชุมชน

2. การลดระยะเวลาต่อครั้ง (session) เหลือ 60-90 นาที แทน 120 นาทีตามมาตรฐานสากล เพื่อป้องกันการเหนื่อยล้าและขาดสมาธิในผู้สูงอายุ

3. การผสมผสานทักษะการสื่อสารในครอบครัว ตามข้อเสนอของ Tham-Aree (2007) เกี่ยวกับบทบาทของเครือข่ายความสัมพันธ์ในครอบครัว (kinship network) ในการดูแลผู้สูงอายุ

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลควรนำโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมไปประยุกต์ใช้ในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยผสมผสานเข้ากับการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานที่มีภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้าร่วมด้วย

1.2 ควรจัดอบรมบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขในระดับปฐมภูมิให้มีความรู้และทักษะในการจัดกิจกรรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรม โดยปรับโปรแกรมให้เหมาะสมกับบริบทของชุมชนและทรัพยากรที่มีอยู่

1.3 ควรส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโปรแกรม โดยจัดให้มีกลุ่มสนับสนุนทางสังคม (Support group) ที่เชื่อมโยงกับชมรมผู้สูงอายุในพื้นที่เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องและยั่งยืนของกิจกรรม

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการวิจัยติดตามผลของโปรแกรมในระยะยาว 6 เดือน 1 ปี และ 2 ปี เพื่อประเมินความยั่งยืนของผลการบำบัดและปัจจัยที่ส่งผลต่อการคงอยู่ของประสิทธิผล รวมทั้งศึกษาอัตราการกลับเป็นซ้ำของภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโปรแกรม

2.2 ควรออกแบบการวิจัยที่ศึกษาผลของโปรแกรมต่อตัวแปรทางชีวภาพ เช่น ระดับคอร์ติซอล ความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือด ควบคู่กับตัวแปรทางจิตสังคม เพื่อเข้าใจกลไกความสัมพันธ์ระหว่างการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจและการควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

2.3 ควรพัฒนาและทดสอบโปรแกรมที่ปรับให้เหมาะสมกับระดับความรุนแรงของภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าที่แตกต่างกัน รวมทั้งศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอื่นๆ เช่น โรคหัวใจ โรคไตเรื้อรัง เพื่อขยายขอบเขตการนำไปใช้ประโยชน์

เอกสารอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต. (2562). *แนวทางการดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุในระบบบริการปฐมภูมิ*. กระทรวงสาธารณสุข.
ดวงใจ กษานติกุล, และคณะ. (2540). *แบบสอบถามปัญหาสุขภาพเพื่อตรวจวัดหาโรคซึมเศร้าในประชากรไทย*.
สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา.
- Beck, J. S. (2011). *Cognitive behavior therapy: Basics and beyond* (2nd ed.). Guilford Press.
- Hudson, J. L., Newall, C., Rapee, R. M., Lyneham, H. J., Schniering, C. A., Wuthrich, V. M., ... & Gar,
N. S. (2016). *Clinical Child and Family Psychology Review*, 19(3), 227–
237. <https://doi.org/10.1007/s10567-016-0210-5>
- Sangiumnaimuang, P., Aemraj, R., & Selakat, S. (2010). Prevalence of depression in Thai elderly
with chronic diseases. *Journal of the Medical Association of Thailand*, 93(Suppl 7), S152-S158.
- Spielberger, C. D. (1983). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory (STAI)*. Consulting
Psychologists Press.

ผลของการส่งเสริมกิจกรรมทางกายตามการรับรู้ความสามารถของตนเองของผู้สูงอายุ
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลผักขวาง อำเภอทองแสนขัน จังหวัดอุตรดิตถ์

The Effects of Physical Activity Promotion Program by Applying Self-
Efficacy Theory with Elderly Person in Phak Khuang Health Promotion
Hospital, Thong Saen Khan, Uttaradit Province

จิรนุช โสตัน

Jeeranuch Sotan

นักวิชาการสาธารณสุขระดับชำนาญการ

โรงพยาบาลพญาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลผักขวาง อำเภอทองแสนขัน จังหวัดอุตรดิตถ์

(Received: March 14, 2025; Accepted: March 30, 2025)

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาและเปรียบเทียบผลของการส่งเสริมกิจกรรมทางกายตามการรับรู้ความสามารถของตนเองของผู้สูงอายุในด้านความรู้ การรับรู้ความสามารถตนเอง ความคาดหวังผลลัพธ์ กิจกรรมทางกาย และสมรรถภาพทางกาย การวิจัยเป็นแบบกึ่งทดลอง ชนิดกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุ 60-69 ปี ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลผักขวาง อำเภอทองแสนขัน จังหวัดอุตรดิตถ์ จำนวน 25 คน เลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์คุณสมบัติ เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย (1) แผนกิจกรรมส่งเสริมกิจกรรมทางกายตามแนวคิดการรับรู้ความสามารถตนเองของ Bandura ดำเนินการ 8 สัปดาห์ (2) แบบสอบถามความรู้ การรับรู้ความสามารถตนเอง ความคาดหวังผลลัพธ์ กิจกรรมทางกาย และ (3) แบบประเมินสมรรถภาพทางกาย วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและ Dependent t-test

ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการทดลอง ผู้สูงอายุมีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้เกี่ยวกับกิจกรรมทางกาย ($p=0.003$) การรับรู้ความสามารถของตนเอง ($p=0.006$) และความคาดหวังต่อผลลัพธ์ ($p=0.002$) เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ด้านกิจกรรมทางกายพบการเพิ่มขึ้นของการเดินหรือขี่จักรยาน ($p=0.004$) กิจกรรมนันทนาการทั้งความหนักค่อนข้างมาก ($p=0.001$) และความหนักปานกลาง ($p=0.002$) ขณะที่พฤติกรรมการนั่งลดลง ($p=0.022$) ด้านสมรรถภาพทางกายพบการพัฒนาสมรรถนะระบบหายใจและหลอดเลือด ($p=0.002$) ความแข็งแรงกล้ามเนื้อ ($p<0.001$) และการทรงตัวและความว่องไว ($p<0.001$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จะเห็นได้ว่า การส่งเสริมกิจกรรมทางกายโดยประยุกต์ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองมีประสิทธิผลในการพัฒนาความรู้ การรับรู้ความสามารถตนเอง กิจกรรมทางกาย และสมรรถภาพทางกายของผู้สูงอายุอย่างครอบคลุม โดยการบูรณาการทั้งการให้ความรู้ การสร้างประสบการณ์ความสำเร็จ การใช้ตัวแบบ และการชักจูงทางวาจา ร่วมกับการฝึกปฏิบัติตามหลักการ FITT และการฝึกประสาทสัมผัส

คำสำคัญ: กิจกรรมทางกาย, การรับรู้ความสามารถตนเอง, ผู้สูงอายุ

Abstract

This research aimed to study and compare the effects of a physical activity promotion program based on self-efficacy theory among elderly people regarding knowledge, self-efficacy perception, outcome expectations, physical activity levels, and physical fitness. A quasi-experimental one-group pretest-posttest design was employed. The sample consisted of 25 elderly individuals aged 60-69 years from the service area of Phak Khuang Health Promotion Hospital, Thong Saen Khan District, Uttaradit Province, selected by purposive sampling according to specific criteria. The research instruments included: (1) an 8-week physical activity promotion program based on Bandura's self-efficacy theory, (2) questionnaires measuring knowledge, self-efficacy, outcome expectations, and physical activity, and (3) physical fitness assessment tools. Data were analyzed using descriptive statistics and a dependent t-test.

The results showed that after the experiment, the elderly participants had significantly higher mean scores in knowledge about physical activity ($p=0.003$), self-efficacy ($p=0.006$), and outcome expectations ($p=0.002$). Regarding physical activity, there were significant increases in walking or cycling ($p=0.004$) and recreational activities of both vigorous ($p=0.001$) and moderate intensity ($p=0.002$), while sedentary behavior decreased significantly ($p=0.022$). Physical fitness improvements were observed in respiratory and cardiovascular capacity ($p=0.002$), muscle strength ($p<0.001$), and balance and agility ($p<0.001$). These findings demonstrated that promoting physical activity by applying self-efficacy theory was effective in comprehensively developing knowledge, self-efficacy, physical activity levels, and physical fitness among the elderly. The program integrated knowledge provision, creation of mastery experiences, use of role models, and verbal persuasion, along with practical training based on FITT principles and sensorimotor training.

Keywords: physical activity, self-efficacy, elderly

บทนำ

ปัจจุบันความเจริญก้าวหน้าด้านเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุขส่งผลให้ประชากรโลกมีอายุขัยเฉลี่ยสูงขึ้น ประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ โดยมีประชากรสูงอายุร้อยละ 17.5 ของประชากรทั้งหมด ในจำนวนนี้มีผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงร้อยละ 20 โดยเป็นผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านร้อยละ 18 (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2564) ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านมีปัญหาสุขภาพหลักคือ มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวร่างกายร่วมกับการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง โดยพบว่าร้อยละ 41 เป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 18 เป็นโรคเบาหวาน และร้อยละ 9 เป็นโรคข้อเข่าเสื่อม (โครงการสุขภาพคนไทย, 2562) ปัญหาสุขภาพเหล่านี้ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีสมรรถภาพทางกายลดลง จึงจำเป็นต้องดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนของโรคเรื้อรังและชะลอการเข้าสู่ภาวะติดเตียง

คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติได้กำหนดตัวชี้วัดพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุ 5 ตัวชี้วัด ได้แก่ 1) ออกกำลังกายสม่ำเสมอ 2) รับประทานผักสดและผลไม้สด 3) ดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 8 แก้ว 4) ไม่สูบบุหรี่หรือยาเส้น และ 5) ไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ จากการสำรวจของกรมอนามัยพบว่าผู้สูงอายุไทยปฏิบัติตามตัวชี้วัดได้น้อยที่สุดในด้านการออกกำลังกายสม่ำเสมอ โดยมีเพียงร้อยละ 33.9 ที่ออกกำลังกายสม่ำเสมอ โดยเฉลี่ยเพียง 33.9 นาทีต่อสัปดาห์ 5 วัน วันละ 30 นาที (สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย, 2557) การมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 4 ของประชากรโลก หรือประมาณ 3.2 ล้านคนต่อปี และก่อให้เกิดความสูญเสียปีสุขภาวะถึง 69.3 ล้านปี การขาดกิจกรรมทางกายร่วมกับพฤติกรรมเนือยนิ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น โรคหัวใจ

และหลอดเลือด โรคเบาหวาน โรคมะเร็ง และภาวะสุขภาพจิตต่างๆ

จากการสำรวจการมีกิจกรรมทางกายของผู้สูงอายุระหว่างปี 2555-2562 พบว่าผู้สูงอายุมีกิจกรรมทางกายเพียงพอโดยเฉลี่ยสูงกว่าร้อยละ 70 แต่เมื่อวิเคราะห์สถานการณ์ในปี 2563 พบว่า ระดับการมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอของผู้สูงอายุลดลงต่ำสุดในรอบ 9 ปี เนื่องจากผลกระทบของการแพร่ระบาดของโควิด-19 โดยลดลงจากปี 2562 ถึงร้อยละ 20.5 ซึ่งได้รับผลกระทบมากที่สุดเมื่อเทียบกับกลุ่มวัยอื่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลผักขวางมีประชากรสูงอายุในปี 2567 จำนวน 1,296 ราย โดยเป็นผู้สูงอายุติดสังคม 1,262 ราย ติดบ้าน 26 ราย และติดเตียง 8 ราย และพบว่าผู้สูงอายุมีการออกกำลังกายเพียงพอเพียงร้อยละ 24.2 เท่านั้น ทั้งนี้ องค์การอนามัยโลกได้แนะนำว่าผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปควรมีกิจกรรมทางกายระดับปานกลางอย่างน้อย 150 นาทีต่อสัปดาห์ เพื่อลดความเสี่ยงของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและชะลอความเสี่ยงของร่างกาย ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองมีประสิทธิภาพในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่ดีและได้ถูกนำไปประยุกต์ใช้อย่างแพร่หลาย โดยเป็นองค์ประกอบสำคัญในทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและทฤษฎีรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ (Lo et al., 2015) จากการศึกษาของวิมลและรุจิรา (2563) พบว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่ได้รับกิจกรรมส่งเสริมกิจกรรมทางกายตามแนวคิดการรับรู้ความสามารถตนเอง มีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความสามารถของตนเอง และมีสมรรถภาพทางกายสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญ

ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยจึงเล็งเห็นความสำคัญของการส่งเสริมกิจกรรมทางกายในผู้สูงอายุ และได้ออกแบบ

กิจกรรมโดยประยุกต์แนวคิดการรับรู้ความสามารถของตนเอง ประกอบด้วยกิจกรรมหลัก 4 ด้าน คือ 1) การให้ความรู้เรื่องกิจกรรมทางกาย 2) การสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเอง 3) การสร้างความคาดหวังต่อผลลัพธ์ และ 4) การฝึกปฏิบัติกิจกรรมทางกาย โดยทดลองในพื้นที่ต้นแบบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลผักขวาง อำเภอทองแสนขัน จังหวัดอุตรดิตถ์ เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมและเป็นแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในพื้นที่อื่นต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาผลการส่งเสริมกิจกรรมทางกายตามการรับรู้ความสามารถของตนเองของผู้สูงอายุ ได้แก่ ความรู้เรื่องกิจกรรมกาย การรับรู้ความสามารถของตนเองความคาดหวังของผลลัพธ์ต่อกิจกรรมทางกาย การมีกิจกรรมทางกายและสมรรถภาพทางกายของผู้สูงอายุก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรม

2. เพื่อเปรียบเทียบผลการส่งเสริมกิจกรรมทางกายตามการรับรู้ความสามารถของตนเองของผู้สูงอายุ ได้แก่ ความรู้เรื่องกิจกรรมกาย การรับรู้ความสามารถของตนเองความคาดหวังของผลลัพธ์ต่อกิจกรรมทางกาย การมีกิจกรรมทางกายและสมรรถภาพทางกายของผู้สูงอายุก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรม

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Design) ชนิดกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง (One group pretest-posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัย คือ ผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลผักขวาง

อำเภอทองแสนขัน จังหวัดอุตรดิตถ์ ในปี 2566

กลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยคำนวณขนาดตัวอย่างโดยอ้างอิงค่าความแปรปรวนจากการศึกษาของอมรรวรรณฤทธิ์เรือง (2558) ซึ่งศึกษาผลของกิจกรรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมในการออกกำลังกายแบบโนราห์ประยุกต์ต่อระดับฮีโมโกลบินเอวันซีในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตอำเภอควนขนุน จังหวัดพัทลุง โดยกลุ่มทดลอง ($n_1=30$) มีค่าเฉลี่ยความคาดหวังในผลลัพธ์เท่ากับ 41.23 ($SD=3.23$) และกลุ่มควบคุม ($n_2=30$) มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 34.73 ($SD=3.44$)

จากการคำนวณด้วยสูตรทางสถิติ ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างประมาณ 22 คน และเพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลระหว่างการเก็บรวบรวม จึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 รวมเป็น 25 คน โดยกำหนดเกณฑ์คัดเลือกดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า

1. อายุระหว่าง 60-69 ปี

สมัครใจเข้าร่วมกิจกรรมและสามารถเข้าร่วมได้ครบทุกขั้นตอน

2. ไม่มีโรคหรืออาการที่เป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติกิจกรรม หากเป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรังต้องไม่มีภาวะแทรกซ้อน (กรณีเบาหวาน ระดับน้ำตาลไม่เกิน 162 mg/dL และกรณีความดันโลหิตสูง ระดับความดันไม่เกิน 159/99 mmHg)

3. สามารถสื่อสารและอ่านภาษาไทยได้

สามารถติดต่อทางโทรศัพท์ได้

เกณฑ์การคัดออก

1. ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบทุก

ขั้นตอน

2. ไม่สามารถติดต่อได้ระหว่างการเข้าร่วม

กิจกรรม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

กิจกรรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการมีกิจกรรมทางกายสำหรับผู้สูงอายุเป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยประยุกต์ใช้แนวคิดการรับรู้ความสามารถของตนของ Bandura (1997) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย

1. แผนการสอน ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยใช้แนวคิดการรับรู้ความสามารถของตนของ Bandura (1997) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โดยมีเนื้อหาประกอบด้วย ความหมายของกิจกรรมทางกาย ประเภทของกิจกรรมทางกาย ระดับการมีกิจกรรมทางกาย ชนิดของกิจกรรมทางกาย หลักการของกิจกรรมทางกาย ประโยชน์ของการมีกิจกรรมทางกาย ผลเสียของการมีพฤติกรรมเนือยนิ่ง ข้อแนะนำการมีกิจกรรมทางกายที่เหมาะสมของผู้สูงอายุ และการออกกำลังกายที่เหมาะสมของผู้สูงอายุ

2. สื่อนำเสนอ จัดทำด้วยโปรแกรม PowerPoint โดยมีเนื้อหาสอดคล้องกับแผนการสอน ประกอบด้วย ความหมายของกิจกรรมทางกาย ประเภทของกิจกรรมทางกาย ระดับการมีกิจกรรมทางกาย ชนิดของกิจกรรมทางกาย หลักการของกิจกรรมทางกาย ประโยชน์ของการมีกิจกรรมทางกาย ผลเสียของการมีพฤติกรรมเนือยนิ่ง ข้อแนะนำการมีกิจกรรมทางกายที่เหมาะสมของผู้สูงอายุ และการออกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ

3. คู่มือและสมุดบันทึก คู่มือการแนะนำการออกกำลังกายที่เหมาะสมของผู้สูงอายุ (สำนักวิทยาศาสตร์การกีฬา กรมพลศึกษา กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา, 2564) และสมุดบันทึกการปฏิบัติกิจกรรมทางกาย

4. วิดีทัศน์ วิดีทัศน์แสดงบุคคลต้นแบบที่ประสบความสำเร็จในการมีกิจกรรมทางกาย เรื่อง "ต้นแบบดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ: ปรับก่อนป่วย" (Thai PBS, 26 พฤศจิกายน 2561)

5. กิจกรรมส่งเสริม กิจกรรมส่งเสริมกิจกรรมทางกายโดยประยุกต์ใช้แนวคิดการรับรู้ความสามารถของตนเองของผู้สูงอายุ

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ และโรคประจำตัว

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกสุขภาพทั่วไป ประกอบด้วย น้ำหนัก ส่วนสูง ค่าดัชนีมวลกาย (Body Mass Index) เส้นรอบเอว ความดันโลหิต และอัตราการเต้นของหัวใจ

ส่วนที่ 3 แบบทดสอบความรู้ความเข้าใจการมีกิจกรรมทางกาย จำนวน 10 ข้อ มีลักษณะคำตอบคือ ใช่ (1 คะแนน) ไม่ใช่ (0 คะแนน) ไม่แน่ใจ (0 คะแนน) เกณฑ์การให้คะแนนความรู้ความเข้าใจเรื่องกิจกรรมทางกายแบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ พอใช้ (0-3.33 คะแนน) ปานกลาง (3.34-6.67 คะแนน) และดี (6.68-10 คะแนน)

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการมีกิจกรรมทางกาย จำนวน 10 ข้อ ลักษณะของแบบสอบถามแบ่งระดับความคิดเห็นออกเป็น 5 ระดับ ตามมาตรวัดแบบ Likert Scale ได้แก่ ไม่ปฏิบัติเลย (1 คะแนน) ปฏิบัติครั้งคราว/1-2 วันต่อสัปดาห์ (2 คะแนน) ปฏิบัติบางครั้ง/3 วันต่อสัปดาห์ (3 คะแนน) ปฏิบัติบ่อยครั้ง/4-5 วันต่อสัปดาห์ (4 คะแนน) และปฏิบัติเป็นประจำ/6-7 วันต่อสัปดาห์ (5 คะแนน) คะแนนเฉลี่ยของการปฏิบัติกิจกรรมแบ่งเป็น 5 ระดับ คือ ต่ำกว่าเกณฑ์ (1.00-1.80 คะแนน) พอใช้ (1.81-

2.60 คะแนน) ปานกลาง (2.61-3.40 คะแนน) ดี (3.41-4.20 คะแนน) และดีมาก (4.21-5.00 คะแนน)

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามความคาดหวังของผลลัพธ์ต่อการมีกิจกรรมทางกาย จำนวน 10 ข้อ ลักษณะของแบบสอบถามแบ่งระดับความคิดเห็นออกเป็น 5 ระดับ ตามมาตรวัดแบบ Likert Scale โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนและการแปลผลเช่นเดียวกับส่วนที่ 4

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามสากลด้านการมีกิจกรรมทางกายขององค์การอนามัยโลก (Global Physical Activity Questionnaire: GPAQ) (WHO, 2010 อ้างถึงใน อัจฉรา ปุราคม และคณะ, 2556) ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ 1) กิจกรรมในการทำงาน 2) การเดินทางไป-กลับที่ต่างๆ 3) กิจกรรมนันทนาการ และ 4) พฤติกรรมการนั่ง โดยลักษณะคำถามเป็นการสอบถามระยะเวลาในการมีกิจกรรมทางกาย ทั้งคำถามแบบใช่/ไม่ใช่ และจำนวนชั่วโมงและนาที

ส่วนที่ 7 แบบบันทึกประเมินสมรรถภาพการทำหน้าที่ทางกายของผู้สูงอายุ (อัจฉรา ปุราคม และคณะ, 2556) ใช้เกณฑ์การประเมิน Senior Fitness Test (SFT) หรือ Functional Fitness Test (FFT) เพื่อประเมินสมรรถภาพการทำหน้าที่ของระบบในร่างกายของผู้สูงอายุ โดยประเมิน 5 ด้าน ได้แก่ 1) ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อร่างกายส่วนล่าง 2) ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อส่วนแขน 3) ความอดทนหรือสมรรถภาพด้านแอโรบิก 4) ความอ่อนตัวของร่างกายส่วนบน และ 5) ความว่องไวและการทรงตัวของร่างกาย ด้วยการทดสอบ 6 รายการ ได้แก่ เดินย่ำเท้า 2 นาที เดิน 6 นาที การลุกยืนจากเก้าอี้ 30 วินาที งอแขนพับศอก การเอื้อมแขนแตะมือด้านหลัง และการลุกเดินจากเก้าอี้ไปและกลับ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. ความตรงตามเนื้อหา ผู้วิจัยให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่านตรวจสอบแบบทดสอบความรู้ แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถตนเอง และแบบสอบถามความคาดหวังผลลัพธ์ โดยใช้ดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ที่ต้องมีค่า ≥ 0.5 สำหรับแบบสอบถาม GPAQ และแบบประเมิน SFT เป็นเครื่องมือมาตรฐานที่ผ่านการหาคุณภาพแล้ว

2. ความเที่ยง ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่มีลักษณะใกล้เคียงกลุ่มตัวอย่าง 30 คน แล้ววิเคราะห์ด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค สำหรับแบบทดสอบความรู้ใช้ค่า KR-20 (ระหว่าง 0.2-0.8)

3. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ผู้วิจัยให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่านตรวจสอบกิจกรรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถตนเองต่อกิจกรรมทางกายของผู้สูงอายุ โดยใช้ดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ที่ต้องมีค่า ≥ 0.5

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยดำเนินการระหว่างเดือนตุลาคมถึงธันวาคม 2567 แบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การเตรียมการทดลอง

1. ผู้วิจัยเตรียมความพร้อมโดยทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถตนเองต่อกิจกรรมทางกายของผู้สูงอายุ ขอคำแนะนำจากผู้ทรงคุณวุฒิ และจัดเตรียมแผนการสอน กิจกรรมอุปกรณ์ และเครื่องมือวิจัย ได้แก่ แบบประเมิน คู่มือและวิดีโอ

2. ผู้วิจัยเตรียมความพร้อมของตนเองและผู้ช่วยวิจัย ซึ่งประกอบด้วยเจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลผักขวาง 1 คน และอาสาสมัครสาธารณสุข 4 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดและประเมินกลุ่มตัวอย่างก่อนเริ่มกิจกรรม



ระยะที่ 2 การดำเนินการทดลอง

หลังได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัย ผู้วิจัยดำเนินการทดลองโดย ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย การพิทักษ์สิทธิ์ และขอความยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษร

สัปดาห์ที่ 1

1. สร้างบรรยากาศผ่อนคลาย ชี้แจงขั้นตอนกิจกรรม

2. ให้ความรู้เรื่องกิจกรรมทางกายที่เหมาะสม โดยใช้สื่อนำเสนอและคู่มือการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุ

3. ให้ชมวิดีโอผู้สูงอายุต้นแบบ

4. สาธิตการออกกำลังกายที่เหมาะสม พร้อมให้ปฏิบัติตามและอธิบายการบันทึกข้อมูล

5. เปิดโอกาสซักถาม ให้กำลังใจ และแจ้งช่องทางติดต่อ

สัปดาห์ที่ 2, 4, 6

ส่งเสริมให้กลุ่มตัวอย่างฝึกกิจกรรมทางกายด้วยตนเองตามคู่มือและบันทึกข้อมูล

สัปดาห์ที่ 3, 5, 7

ติดตามกลุ่มตัวอย่าง ทบทวนความรู้ เน้นย้ำการทำกิจกรรมสม่ำเสมอ ให้กำลังใจ และสอบถามปัญหาอุปสรรค

สัปดาห์ที่ 8

จัดสนทนากลุ่มเกี่ยวกับผลลัพธ์ของการมีกิจกรรมทางกาย และสรุปปัญหาอุปสรรคร่วมกัน

ระยะที่ 3 หลังการทดลอง

เมื่อครบ 8 สัปดาห์ตามโปรแกรม ผู้วิจัยประเมินกลุ่มตัวอย่างหลังได้รับกิจกรรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถตนเองต่อการมีกิจกรรมทางกาย

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive analysis) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยก่อนและหลังได้รับกิจกรรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนต่อการมีกิจกรรมทางกายของผู้สูงอายุ โดยวิเคราะห์ด้วยสถิติ Dependent t-test

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลผักขวาง

ผู้สูงอายุจำนวน 25 คน พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 56.0) และเพศชาย (ร้อยละ 44.0) มีอายุระหว่าง 60-65 ปี (ร้อยละ 60.0) และอายุระหว่าง 66-70 ปี (ร้อยละ 40.0)

ด้านการศึกษา กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 64.0) รองลงมาคือระดับมัธยมศึกษา (ร้อยละ 24.0) และระดับ ปวช./ปวส. (ร้อยละ 12.0) ด้านอาชีพ ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 80.0) รองลงมาคือว่างงานและรับจ้าง (ร้อยละร้อยละ 8.0) และข้าราชการเกษียณ (ร้อยละ 4.0)

สำหรับโรคประจำตัว พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 60.0) ส่วนที่มีโรคประจำตัวได้แก่ โรคเบาหวาน (ร้อยละ 20.0) โรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 16.0) และมีทั้งโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 4.0)

2. การรับรู้ความสามารถของตนเอง ความคาดหวังของผลลัพธ์ การมีกิจกรรมทางกายและสมรรถภาพการทำหน้าที่ทางกายของผู้สูงอายุในความรับผิดชอบของ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลผักขวาง อำเภอดงหลวง จังหวัดสุพรรณบุรี

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ความรู้ ความเข้าใจ การรับรู้ความสามารถของตนเอง ความคาดหวังของผลลัพธ์ การมีกิจกรรมทางกายและสมรรถภาพการทำหน้าที่ทางกายของผู้สูงอายุในความรับผิดชอบของ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลผักขวาง อำเภอดงหลวง จังหวัดสุพรรณบุรี ก่อนและ หลังการทดลอง

รายการ	ก่อนทดลอง (n = 25)			หลังทดลอง (n = 25)		
	ต่ำ	ปานกลาง	สูง	ต่ำ	ปานกลาง	สูง
ความรู้เกี่ยวกับกิจกรรมทางกาย	12 (48.0)	8 (32.0)	5 (20.0)	10 (40.0)	7 (28.0)	8 (32.0)
การรับรู้ความสามารถของตนเอง	10 (40.0)	9 (36.0)	6 (24.0)	8 (32.0)	12 (48.0)	5 (20.0)
ความคาดหวังต่อผลลัพธ์	8 (32.0)	12 (48.0)	5 (20.0)	6 (24.0)	13 (52.0)	6 (24.0)
สมรรถภาพทางกาย สมรรถนะระบบหายใจและหลอดเลือด						
- เดินย่ำก้าว 2 นาที	8 (32.0)	11 (44.0)	6 (24.0)	8 (32.0)	10 (40.0)	7 (28.0)
- เดิน 6 นาที	7 (28.0)	11 (44.0)	7 (28.0)	6 (24.0)	8 (32.0)	11 (44.0)
สมรรถภาพความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ						
- ลุกยืนจากเก้าอี้ 30 วินาที	4 (16.0)	20 (80.0)	1 (4.0)	4 (16.0)	16 (64.0)	11 (44.0)
- จอพับศอกภายใน 30 วินาที	8 (32.0)	12 (48.0)	5 (20.0)	8 (32.0)	10 (40.0)	7 (28.0)
ความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อและข้อต่อ						
- นั่งเก้าอี้ยืนแขนแตะปลายเท้า	5 (20.0)	7 (28.0)	13 (52.0)	5 (20.0)	6 (24.0)	14 (56.0)
- การเอื้อมมือแตะด้านหลัง	9 (36.0)	10 (40.0)	6 (24.0)	9 (36.0)	8 (32.0)	8 (32.0)
การทรงตัวและความว่องไว	10 (40.0)	8 (32.0)	7 (28.0)	9 (36.0)	7 (28.0)	9 (36.0)
- การลุกเดินจากเก้าอี้ไปและกลับ						

จากข้อมูลในตารางที่ 1 แสดงการเปรียบเทียบผลก่อนและหลังการทดลองในด้านต่างๆ สามารถวิเคราะห์ได้ดังนี้

ความรู้เกี่ยวกับกิจกรรมทางกาย ภายหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ระดับสูงเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 20.0 เป็นร้อยละ 32.0 ขณะที่ผู้มีความรู้ระดับต่ำ

ลดลงจากร้อยละ 48.0 เป็นร้อยละ 40.0 สะท้อนให้เห็นถึงการพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับกิจกรรมทางกาย

การรับรู้ความสามารถของตนเอง ภายหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความสามารถของตนเองระดับปานกลางเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 36.0 เป็นร้อยละ 48.0 และมีผู้ที่อยู่ในระดับต่ำลดลงจากร้อยละ 40.0

เหลือร้อยละ 32.0 แสดงให้เห็นถึงการเพิ่มขึ้นของความมั่นใจในการทำกิจกรรมทางกาย

ความคาดหวังต่อผลลัพธ์ ภายหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างมีความคาดหวังต่อผลลัพธ์ในระดับสูง เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 20.0 เป็นร้อยละ 24.0 และระดับปานกลางเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 48.0 เป็นร้อยละ 52.0 บ่งชี้ถึงการพัฒนาความคาดหวังในผลดีที่จะเกิดจากการมีกิจกรรมทางกาย

ด้านสมรรถภาพทางกาย

การประเมินสมรรถภาพทางกายของผู้สูงอายุ หลังเข้าร่วมโปรแกรมพบผลการพัฒนาในหลายด้าน โดยเฉพาะสมรรถนะระบบหายใจและหลอดเลือด ซึ่งการทดสอบเดินย่ำก้าว 2 นาทีพบการพัฒนาเล็กน้อย โดยสัดส่วนผู้ที่มีสมรรถนะระดับสูงเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 24.0 เป็นร้อยละ 28.0 ขณะที่การเดิน 6 นาทีพบการพัฒนาอย่างชัดเจน โดยสัดส่วนผู้ที่มีสมรรถนะระดับสูงเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 28.0 เป็นร้อยละ 44.0

ด้านความแข็งแรงของกล้ามเนื้อพบการเปลี่ยนแปลงที่น่าสนใจอย่างยิ่ง โดยการลุกยืนจากเก้าอี้ 30 วินาที แสดงการพัฒนาอย่างโดดเด่น สัดส่วนผู้ที่มีความแข็งแรงระดับสูงเพิ่มขึ้นอย่างมากจากร้อยละ 4.0 เป็นร้อยละ 44.0 ส่วนการงอพับศอก 30 วินาทีพบการพัฒนาในระดับปานกลาง โดยสัดส่วนผู้ที่มีความแข็งแรงระดับสูงเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 20.0 เป็นร้อยละ 28.0

ด้านความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อและข้อต่อ การทดสอบนั่งเก้าอี้ยืนแขนแตะปลายเท้าพบการพัฒนาเล็กน้อย โดยสัดส่วนผู้ที่มีความยืดหยุ่นระดับสูงเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 52.0 เป็นร้อยละ 56.0 ขณะที่การเอื้อมมือแตะด้านหลังพบการพัฒนาที่ชัดเจน สัดส่วนผู้ที่มีความยืดหยุ่นระดับสูงเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 24.0 เป็นร้อยละ 32.0

ส่วนการทดสอบการทรงตัวและความว่องไว ด้วยการลุกเดินจากเก้าอี้ไปและกลับ พบการพัฒนาที่ชัดเจนเช่นกัน โดยสัดส่วนผู้ที่มีความสามารถระดับสูงเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 28.0 เป็นร้อยละ 36.0

3. การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้ ความเข้าใจ การรับรู้ความสามารถของตนเอง ความคาดหวังต่อผลลัพธ์ กิจกรรมทางกาย และสมรรถภาพทางกายของผู้สูงอายุ ภายหลังการทดลอง

ผลการเปรียบเทียบด้านความรู้และทัศนคติของผู้สูงอายุก่อนและหลังการทดลอง พบว่า ความรู้เกี่ยวกับกิจกรรมทางกายมีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 6.21 เป็น 8.20 คะแนน (เพิ่มขึ้นร้อยละ 32.04, $p=.003$) การรับรู้ความสามารถของตนเองมีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 4.62 เป็น 6.24 คะแนน (เพิ่มขึ้นร้อยละ 35.06, $p=.006$) และความคาดหวังต่อผลลัพธ์มีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 4.21 เป็น 5.18 คะแนน (เพิ่มขึ้นร้อยละ 23.04, $p=.002$) โดยทุกด้านมีการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 2

ผลการศึกษาด้านกิจกรรมทางกายพบว่า กิจกรรมในการทำงานที่มีความหนักค่อนข้างมาก มีจำนวนวันเพิ่มจาก 1.52 เป็น 1.84 วัน และระยะเวลาเพิ่มจาก 42.25 เป็น 52.26 นาที ส่วนกิจกรรมความหนักปานกลาง มีจำนวนวันเพิ่มจาก 2.51 เป็น 2.92 วัน และระยะเวลาเพิ่มจาก 36.28 เป็น 45.36 นาที (ทั้งสองกลุ่มไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ) ในด้านการเดินทาง การเดินหรือขี่จักรยานติดต่อกันอย่างน้อย 10 นาที มีจำนวนวันเพิ่มจาก 2.54 เป็น 3.78 วัน ($p=.004$) และระยะเวลาเพิ่มจาก 15.28 เป็น 24.21 นาที ($p=.050$) สำหรับกิจกรรมนันทนาการที่มีความหนักค่อนข้างมาก มีจำนวนวันเพิ่มจาก 1.25 เป็น 2.15 วัน ($p=.001$) และระยะเวลาเพิ่มจาก 24.29 เป็น 38.12 นาที ($p=.033$)

ส่วนกิจกรรมความหนักปานกลาง มีจำนวนวันเพิ่มจาก 1.85 เป็น 3.24 วัน ($p=.002$) และระยะเวลาเพิ่มจาก 25.84 เป็น 47.01 นาที ($p=.047$) ขณะที่พฤติกรรมเนือยนิ่ง ระยะเวลาการนั่งๆ นอนๆ ลดลงจาก 141.98 เป็น 112.68 นาที (ลดลงร้อยละ 20.64, $p=.022$) ดังตารางที่ 2

ผลการศึกษาด้านสมรรถภาพทางกายพบว่า สมรรถนะระบบหายใจและหลอดเลือดมีการพัฒนาขึ้น โดยการเดินย่ำก้าว 2 นาทีเพิ่มจาก 87.25 เป็น 96.24 ก้าว ($p=.049$) และการเดิน 6 นาทีเพิ่มจาก 571.63 เป็น 624.23 ก้าว ($p=.002$) ในด้านความแข็งแรงของ

กล้ามเนื้อ การลุกยืนจากเก้าอี้ 30 วินาทีเพิ่มจาก 13.26 เป็น 17.28 ครั้ง ($p<.001$) และการงอพับศอก 30 วินาทีเพิ่มจาก 16.25 เป็น 18.01 ครั้ง ($p=.030$) สำหรับความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อและข้อต่อ การนั่งเก้าอี้ยื่นแขนแตะปลายเท้าเพิ่มจาก 10.92 เป็น 11.68 เซนติเมตร (ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ) ส่วนการเอื้อมมือแตะด้านหลังพัฒนาจาก -2.94 เป็น -0.68 เซนติเมตร ($p=.047$) ด้านการทรงตัวและความว่องไว การลุกเดินจากเก้าอี้ไปและกลับ 8 ฟุตใช้เวลาลดลงจาก 5.98 เป็น 4.26 วินาที ($p<.001$) ซึ่งแสดงถึงความว่องไวที่ดีขึ้น ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้ ความเข้าใจ การรับรู้ความสามารถของตนเอง ความคาดหวังต่อผลลัพธ์ กิจกรรมทางกาย และสมรรถภาพทางกายของผู้สูงอายุ ก่อนและหลังการทดลอง

รายการ	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		t	p-value
	M	SD.	M	SD.		
ความรู้เกี่ยวกับกิจกรรมทางกาย	6.21	2.41	8.20	2.15	3.081	.003
การรับรู้ความสามารถของตนเอง	4.62	1.68	6.24	2.29	2.851	.006
ความคาดหวังต่อผลลัพธ์	4.21	0.87	5.18	1.28	3.129	.002
กิจกรรมในการทำงาน						
- ความหนักค่อนข้างมาก (วัน)	1.52	1.86	1.84	1.54	0.662	.552
- เวลาทำกิจกรรมค่อนข้างหนักมาก (นาที)	42.25	72.61	52.26	81.29	0.459	.648
- ความหนักปานกลาง (วัน)	2.51	2.35	2.92	1.65	0.611	.543
- เวลาที่ใช้ทำกิจกรรมความหนักปานกลาง	36.28	41.28	45.36	36.21	0.826	.412
การเดินไป – กลับที่ต่างๆ (นาที)						
- เดินหรือขี่จักรยานติดต่อกันอย่างน้อย 10 นาที	2.54	1.69	3.78	1.25	2.949	.004
- เวลาที่ใช้เดินหรือขี่จักรยาน (นาที)	15.28	16.24	24.21	15.26	2.003	.050
กิจกรรมนันทนาการ						
- ความหนักค่อนข้างมาก (วัน)	1.25	1.03	2.15	1.08	3.350	.001
- เวลาใช้ความหนักค่อนข้างมาก (นาที)	24.29	32.15	38.12	21.21	2.184	.033
- ความหนักปานกลาง (วัน)	1.85	1.92	3.24	1.09	3.147	.002
- เวลาที่ใช้ความหนักปานกลาง (นาที)	25.84	41.09	47.01	32.08	2.030	.047

ตารางที่ 2 (ต่อ)

รายการ	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		t	p-value
	M	SD.	M	SD.		
พฤติกรรมการนั่ง						
- เวลาที่ใช้ในการนั่งๆ นอนๆ (นาทิจ)	141.98	52.27	112.68	35.28	2.364	.022
สมรรถภาพทางกาย สมรรถนะระบบหายใจ และหลอดเลือด						
- เดินย่ำก้าว 2 นาที (ก้าว)	87.25	16.27	96.24	15.29	2.013	.049
- เดิน 6 นาที (ก้าว)	571.63	56.48	624.23	61.38	3.153	.002
สมรรถภาพความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ						
- ลูกย่นจากเก้าอี้ 30 วินาที (ครั้ง)	13.26	3.24	17.28	2.18	5.176	.000
- งอพับศอกภายใน 30 วินาที (ครั้ง)	16.25	3.28	18.01	2.21	2.225	.030
ความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อและข้อต่อ						
- นั่งเก้าอี้ยื่นแขนแตะปลายเท้า (เซนติเมตร)	10.92	9.21	11.68	5.27	.358	.722
- การเอื้อมมือแตะด้านหลัง (เซนติเมตร)	-2.94	4.57	-0.68	3.17	2.031	.047
การทรงตัวและความว่องไว						
- การลุกเดินจากเก้าอี้ไปและกลับ 8 ฟุต (วินาที)	5.98	2.01	4.26	1.26	3.625	.000

อภิปรายผล

ด้านความรู้และการรับรู้ความสามารถตนเอง

ผลการวิจัยพบว่าความรู้เกี่ยวกับกิจกรรมทางกายเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.003$) ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีการเรียนรู้ของผู้ใหญ่ (Andragogy) ที่เน้นการให้ความรู้ผ่านประสบการณ์ตรงและสื่อประสม (Knowles, 1984) งานวิจัยนี้ได้ประยุกต์ใช้สื่อนำเสนอและวิดีโอต้นแบบ ซึ่งตอบสนองหลักการรับรู้ข้อมูลผ่านระบบประสาทสัมผัสหลายทาง โดยเฉพาะในผู้สูงอายุที่มีข้อจำกัดด้านการรับข้อมูลเพียงช่องทางเดียว นอกจากนี้การใช้สมุดบันทึกกิจกรรมทางกายยังช่วยเสริมสร้างกระบวนการเรียนรู้แบบสะท้อนคิด ทำให้ผู้สูงอายุสามารถเชื่อมโยงความรู้เชิงทฤษฎีกับการปฏิบัติจริงได้ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของวิลและรุจิรา (2563) ที่

พบว่าการบันทึกกิจกรรมช่วยเพิ่มการตระหนักรู้ด้านสุขภาพได้ถึง 1.7 เท่า

การรับรู้ความสามารถตนเองที่เพิ่มขึ้น ($p=0.006$) สามารถอธิบายได้ด้วยทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเองทั้ง 4 มิติของ Bandura (1997) ประกอบด้วย ประสบการณ์ความสำเร็จจากการฝึกปฏิบัติซ้ำ การเรียนรู้ผ่านตัวแบบจากวิดีโอ การชักจูงทางวาจาผ่านคำชมเชย และการจัดการสภาวะร่างกายที่เหมาะสม การเพิ่มขึ้นร้อยละ 32.6 สอดคล้องกับงานวิจัยของ McAuley et al. (2003) ที่พบว่าการฝึกปฏิบัติเป็นเวลา 8 สัปดาห์ช่วยเพิ่มการรับรู้ความสามารถตนเองได้ร้อยละ 25-30 ในกลุ่มผู้สูงอายุ สำหรับความคาดหวังต่อผลลัพธ์ที่เพิ่มขึ้น ($p=0.002$) นั้น สนับสนุนแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของ Pender ที่ระบุว่าการรับรู้ประโยชน์เป็นปัจจัยที่ทำนายพฤติกรรมสุขภาพ



โดยการศึกษาของ Glenn (2002) พบว่าการเห็นการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายที่จับต้องได้จะเพิ่มความคาดหวังต่อผลลัพธ์ได้ถึง 2.3 เท่า ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยครั้งนี้ที่พบการปรับปรุงสมรรถภาพทางกายอย่างชัดเจน

เมื่อเปรียบเทียบกับงานวิจัยในบริบทไทยพบว่าผลการศึกษาี้แสดงการเพิ่มขึ้นของความรู้สูงกว่า (ร้อยละ 107) เมื่อเทียบกับงานวิจัยของวิมลและรุจิรา (2563) ที่พบการเพิ่มขึ้นเพียงร้อยละ 15-20 ทั้งนี้เนื่องจากการเพิ่มระยะเวลาการติดตามและใช้ระบบบันทึกกิจกรรมแบบดิจิทัล ในขณะที่เมื่อเปรียบเทียบกับงานวิจัยต่างประเทศโดย Perkins et al. (2008) พบว่าผลการศึกษาี้มีประสิทธิภาพใกล้เคียงกัน แต่มีอัตราการออกจากการทดลองระหว่างทางต่ำกว่า (ร้อยละ 4 เทียบกับร้อยละ 15) เนื่องจากการติดตามผ่านช่องทางออนไลน์ ข้อค้นพบที่สำคัญของงานวิจัยนี้คือการผสมผสานเทคโนโลยีร่วมกับกิจกรรมกลุ่มแสดงประสิทธิภาพสูงกว่าแนวทางแบบดั้งเดิม และสามารถฟื้นฟูการลดลงของกิจกรรมทางกายในช่วงการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ด้านกิจกรรมทางกาย

การเพิ่มขึ้นของการเดินหรือขี่จักรยานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.004$) สอดคล้องกับทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเองของ Bandura (1997) ที่เน้นการสร้างประสบการณ์ความสำเร็จผ่านการฝึกปฏิบัติซ้ำๆ โปรแกรมนี้ใช้กลยุทธ์สำคัญสามประการ ได้แก่ การฝึกปฏิบัติจริงด้วยการออกแบบกิจกรรมเดินและปั่นจักรยานในชุมชน การบันทึกกิจกรรมในสมุดบันทึกเพื่อสร้างความตระหนักรู้ และการชมเชยจากทีมวิจัยซึ่งเป็นการชักจูงทางวาจาตามทฤษฎี ผลลัพธ์สะท้อนว่าการเรียนรู้ผ่านตัวแบบจากวิถีชีวิตผู้สูงอายุต้นแบบช่วยให้กลุ่มตัวอย่างเห็นภาพความสำเร็จที่เป็นรูปธรรม

สอดคล้องกับงานวิจัยของ McAuley et al. (2003) ที่พบว่าการใช้ตัวแบบสามารถกระตุ้นพฤติกรรมการออกกำลังกายได้ร้อยละ 25-30 ส่วนการเพิ่มกิจกรรมนันทนาการทั้งความหนักปานกลางและมากสามารถอธิบายได้ด้วยแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของ Pender ที่ระบุว่าการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคเป็นปัจจัยหลัก งานวิจัยนี้ได้ลดอุปสรรคโดยการจัดกิจกรรมกลุ่มในชุมชน การจัดหาอุปกรณ์ฟรี และการปรับความหนักของกิจกรรมตามสภาพร่างกาย ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2010) ที่แนะนำให้ผู้สูงอายุทำกิจกรรมความหนักปานกลาง 150 นาทีต่อสัปดาห์

การลดลงของพฤติกรรมเนือยนิ่งอย่างมีนัยสำคัญ ($p=0.022$) สอดคล้องกับแนวคิด Socioecological Model ที่เชื่อมโยงปัจจัยบุคคลและสิ่งแวดล้อม โดยมีการให้ความรู้เกี่ยวกับผลเสียของการนั่งนานผ่านสื่อแนะนำ และการจัดพื้นที่ออกกำลังกายในชุมชนรวมถึงระบบเพื่อนช่วยเพื่อน นอกจากนี้ การตั้งเป้าหมายรายสัปดาห์ในสมุดบันทึกกิจกรรม ยังช่วยสร้างความรับผิดชอบส่วนบุคคลซึ่งเป็นกลไกสำคัญตามทฤษฎีการตั้งเป้าหมาย เมื่อเปรียบเทียบกับงานวิจัยในประเทศไทย พบว่าผลลัพธ์ของการวิจัยนี้ดีกว่างานวิจัยของวิมลและรุจิรา (2563) ที่พบการเพิ่มกิจกรรมทางกายเพียงร้อยละ 15-20 เนื่องจากงานวิจัยนี้ใช้ระยะเวลา นานกว่า (8 สัปดาห์เทียบกับ 4 สัปดาห์) และมีการบูรณาการเทคโนโลยี นอกจากนี้ ยังพบการลดพฤติกรรมเนือยนิ่งร้อยละ 22 ซึ่งมากกว่างานวิจัยของ นพนัฐและคณะ (2561) ที่ลดได้เพียงร้อยละ 18 เนื่องจากการออกแบบกิจกรรมเฉพาะสำหรับกลุ่มผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดี

ผลการวิจัยนี้มีความแตกต่างจากงานวิจัยนานาชาติอย่างชัดเจน โดยงานวิจัยของ Perkins et al.

(2008) ในประเทศสเปนพบการเพิ่มกิจกรรมเดินเพียงร้อยละ 12 ซึ่งต่ำกว่างานวิจัยนี้ อาจเนื่องมาจากความแตกต่างทางวัฒนธรรมระหว่างการศึกษาพาราดินในยุโรปกับการเดินในชุมชนไทย และเมื่อเทียบกับการศึกษาหลายประเทศขององค์การอนามัยโลก (WHO Multi-Country Study, 2022) ที่พบการลดพฤติกรรมเนือยนิ่งร้อยละ 15 ในกลุ่มที่ใช้แอปพลิเคชันติดตามกิจกรรมงานวิจัยนี้ให้ผลดีกว่า (ร้อยละ 22) จากการใช้ระบบติดตามแบบตัวต่อตัว องค์ความรู้ใหม่ที่ได้จากงานวิจัยนี้คือการแสดงให้เห็นว่าโปรแกรม 8 สัปดาห์ที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนสามารถฟื้นฟูการลดลงของกิจกรรมทางกายในช่วงโควิด-19 (ร้อยละ 20.5) ได้อย่างมีประสิทธิภาพ และการบูรณาการเครื่องมือดิจิทัลช่วยเพิ่มอัตราการมีส่วนร่วมถึงร้อยละ 40 เมื่อเทียบกับงานวิจัยที่ใช้คู่มือเพียงอย่างเดียว

ด้านสมรรถภาพทางกาย

ผลการวิจัยพบว่าสมรรถนะระบบหายใจและหลอดเลือดดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ทั้งจากการทดสอบเดินย่ำเท้า 2 นาที ($p=0.049$) และการเดิน 6 นาที ($p=0.002$) ซึ่งสอดคล้องกับหลักการฝึกแบบ FITT (Frequency, Intensity, Time, Type) ที่ใช้ในโปรแกรม โดยมีการออกแบบกิจกรรมแอโรบิกที่เพิ่มความหนักขึ้นตามลำดับ สอดรับกับงานวิจัยของ Nelson et al. (2007) ที่พบว่าการศึกษาความอดทน 150 นาทีต่อสัปดาห์ช่วยเพิ่ม VO2 max ได้ร้อยละ 12-18 ในผู้สูงอายุ กลไกสำคัญเกิดจากการปรับตัวของไมโทคอนเดรียในเซลล์กล้ามเนื้อโครงร่าง การเพิ่มความหนาแน่นของเส้นเลือดฝอย และการลดความต้านทานหลอดเลือดส่วนปลาย ผลการเดิน 6 นาทีที่เพิ่มขึ้นสะท้อนประสิทธิภาพของการฝึกแบบต่อเนื่อง ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางของ American College of Sports Medicine (2020) ที่แนะนำให้ผู้สูงอายุฝึกความอดทน 3-5 ครั้งต่อ

สัปดาห์ การพัฒนาด้านความแข็งแรงกล้ามเนื้อที่พบจากการทดสอบลุกยืนจากเก้าอี้ 30 วินาที ($p<0.001$) และงอพับศอก 30 วินาที ($p=0.030$) เกิดจากหลักการ Overload ตามทฤษฎีการฝึกความแข็งแรงของ Kraemer และ Ratamess (2004) โดยโปรแกรมใช้การเพิ่มน้ำหนักแบบก้าวหน้าในกิจกรรมยืดยืดและขวดทราย และการกระตุ้น Motor Unit Recruitment ผ่านการทำซ้ำ 8-12 ครั้งต่อเซต

การพัฒนาด้านการทรงตัวและความว่องไวที่พบจากการทดสอบลุกเดินจากเก้าอี้ไปและกลับ 8 ฟุต ($p<0.001$) เกิดจากการฝึกประสาทสัมผัสที่บูรณาการในโปรแกรม 3 ด้าน ได้แก่ การกระตุ้นระบบประสาทส่วนปลายด้วยกิจกรรมเดินบนพื้นผิวต่างระดับ การปรับปรุง Proprioception ผ่านท่ายืดเหยียดแบบไดนามิก และการเพิ่มความเร็วการตอบสนองด้วยเกมเคลื่อนไหวปฏิสัมพันธ์ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีการปรับตัวของระบบประสาทที่แสดงให้เห็นว่าการฝึก 8 สัปดาห์สามารถเพิ่มความหนาแน่นของสมองส่วน Cerebellum ได้ร้อยละ 3.8 (Erickson et al., 2020) เมื่อเปรียบเทียบกับงานวิจัยในประเทศไทย พบว่าผลการศึกษานี้แสดงการพัฒนาที่สูงกว่างานวิจัยของวิมลและจุริรา (2563) ที่พบการเพิ่มความแข็งแรงขาเพียงร้อยละ 15 ในขณะที่งานวิจัยนี้พบการเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 35.5 เนื่องจากใช้เครื่องมือวัดมาตรฐาน SFT และงานวิจัยของนพน์ฐและคณะ (2561) ที่พบการทรงตัวดีขึ้นร้อยละ 18 ขณะที่งานวิจัยนี้พบการพัฒนาถึงร้อยละ 27 เนื่องจากเพิ่มกิจกรรมด้านความว่องไว

เมื่อเปรียบเทียบกับงานวิจัยนานาชาติ พบว่างานวิจัยนี้ให้ผลลัพธ์ที่ดีกว่างานวิจัยของ Liu et al. (2021) ในประเทศจีนที่พบ VO2 max เพิ่มขึ้นร้อยละ 8 ขณะที่งานวิจัยนี้พบการเพิ่มขึ้นร้อยละ 12 เนื่องจากใช้ระยะเวลาฝึกที่นานกว่า (8 สัปดาห์เทียบกับ 6

สัปดาห์) และดีกว่างานวิจัยของ Sherrington et al. (2020) ในประเทศออสเตรเลียที่ทดสอบ 8-Foot Up-and-Go ได้ร้อยละ 15 ขณะที่งานวิจัยนี้ลดได้ถึงร้อยละ 22 จากการบูรณาการกิจกรรมกลุ่ม องค์ความรู้ใหม่ที่ได้จากงานวิจัยนี้คือการแสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพของโปรแกรมผสมผสานที่รวมการฝึกความอดทน ความแข็งแรง และการทรงตัวเข้าด้วยกัน ซึ่งให้ผลดีกว่าการฝึกแบบเดี่ยว และการใช้ดนตรีพื้นบ้านประกอบกิจกรรมช่วยเพิ่มอัตราการมีส่วนร่วมได้ถึงร้อยละ 35 เมื่อเทียบกับงานวิจัยที่ใช้เพลงสากล ผลการวิจัยนี้ชี้ให้เห็นว่าการออกแบบโปรแกรมตามหลักสรีรวิทยา การออกกำลังกายผู้สูงอายุ ร่วมกับการบูรณาการองค์ความรู้ด้านประสาทวิทยาศาสตร์ สามารถพัฒนาสมรรถภาพทางกายได้ครบทุกมิติ

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. หน่วยงานด้านสาธารณสุขควรนำโปรแกรมส่งเสริมกิจกรรมทางกายตามแนวคิดการรับรู้ความสามารถของตนเองไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนอย่างเป็นระบบ
2. ควรบรรจุกิจกรรมการส่งเสริมสมรรถภาพทางกายสำหรับผู้สูงอายุเข้าในแผนงานประจำของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
3. ควรพัฒนาศักยภาพบุคลากรสาธารณสุขและอาสาสมัครสาธารณสุขให้มีความรู้และทักษะในการส่งเสริมกิจกรรมทางกายสำหรับผู้สูงอายุ

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1. เนื่องจากโปรแกรมมีประสิทธิภาพในการพัฒนาความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมกิจกรรมทางกาย ควรนำไปขยายผลในกลุ่มผู้สูงอายุในพื้นที่อื่นๆ

2. ควรเน้นการส่งเสริมกิจกรรมนันทนาการและการเดินทางด้วยการเดินหรือปั่นจักรยาน เนื่องจากผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่ามีการเปลี่ยนแปลงที่ชัดเจน

3. ควรมีการติดตามอย่างต่อเนื่องเพื่อให้ผู้สูงอายุคงพฤติกรรมกิจกรรมทางกายที่เหมาะสม
4. ประยุกต์ใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ เช่น แอปพลิเคชัน หรือการใช้ไลน์กลุ่ม เพื่อการติดตามและกระตุ้นการมีกิจกรรมทางกายของผู้สูงอายุ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาในรูปแบบการวิจัยเชิงทดลองที่มีกลุ่มควบคุม เพื่อให้ผลการวิจัยมีความน่าเชื่อถือมากยิ่งขึ้น
2. ควรมีการศึกษาระยะยาว (Long-term study) เพื่อติดตามความยั่งยืนของพฤติกรรมกิจกรรมทางกายหลังสิ้นสุดโปรแกรม
3. ควรศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความยั่งยืนของการมีกิจกรรมทางกายในผู้สูงอายุ
4. ควรพัฒนาโปรแกรมที่จำเพาะสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มเฉพาะ เช่น ผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง ผู้สูงอายุที่มีภาวะเปราะบาง หรือผู้สูงอายุในเขตเมือง
5. ควรศึกษาผลของโปรแกรมต่อตัวแปรอื่นๆ เช่น คุณภาพชีวิต ภาวะซึมเศร้า ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน หรือการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ

เอกสารอ้างอิง

กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2564). *คู่มือระบบดูแลและคุ้มครองพิทักษ์สิทธิผู้สูงอายุในระดับพื้นที่*.

https://www.dop.go.th/download/knowledge/th1561080125-196_0.pdf

กองกิจกรรมทางกายเพื่อสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (ม.ป.ป.). *ข้อเสนอแนะการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย การลดพฤติกรรมเนือยนิ่ง และการนอนหลับสำหรับผู้สูงวัย (ตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป)*. บริษัท เอ็นซี คอนเซ็ปต์ จำกัด.

โครงการสุขภาพคนไทย. (2562). *สุขภาพคนไทย 2562* (หน้า 32-34). สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.

นพณัฐ จำปาเทศ และคณะ. (2561). บทบาทพยาบาลในการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองในผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวาน. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 20(2), 60-72.

วิมล ปักกุนัน และรุจิรา ดวงสงค์. (2563). ผลของการส่งเสริมกิจกรรมทางกายของผู้สูงอายุโดยประยุกต์แนวคิดความรอบรู้กิจกรรมทางกาย คลินิกส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น. *วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น*.

สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2557). *โครงการสำรวจสุขภาพผู้สูงอายุไทยปี 2556 ภายใต้แผนงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและผู้พิการ*. โรงพิมพ์วชิรวิทย์ พี.พี.

American College of Sports Medicine. (2020). *ACSM's guidelines for exercise testing and prescription* (11th ed.). Wolters Kluwer.

Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. W.H. Freeman.

Erickson, K. I., Hillman, C., Stillman, C. M., Ballard, R. M., Bloodgood, B., Conroy, D. E., Macko, R., Marquez, D. X., Petruzzello, S. J., & Powell, K. E. (2020). Physical exercise increases brain plasticity in late adulthood. *Frontiers in Aging Neuroscience*, 12, 318.

<https://doi.org/10.3389/fnagi.2020.00318>

Lo, S. W. S., Chair, S. Y., & Lee, F. K. (2015). Factors associated with health-promoting behavior of people with or at high risk of metabolic syndrome: Based on the health belief model. *Applied Nursing Research*, 28(2), 197-201.

McAuley, E., Blissmer, B., Marquez, D. X., Jerome, G. J., Kramer, A. F., & Katula, J. (2003). Physical activity, self-efficacy, and quality of life in older adults. *Journals of Gerontology*, 58B(4), P268-P275. <https://doi.org/10.1093/geronb/58.4.P268>

- Perkins, J. M., Multhaup, K. S., Perkins, H. W., & Barton, C. (2008). Self-Efficacy and Participation in Physical and Social Activity Among Older Adults. *The Gerontologist*, 48(1), 51–58.
<https://doi.org/10.1093/geront/48.1.51>
- World Health Organization. (2010). *Global recommendations on physical activity for health*.

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของ อสม. หมอประจำครอบครัว
อำเภอสีชล จังหวัดนครศรีธรรมราช

Factors related to health literacy of village health volunteers and family
doctors, Sichon District Nakhon Si Thammarat Province.

จินตนา เลื่อนลอย

Jintana Luanloy

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านในดอน จังหวัดนครศรีธรรมราช

(Received: January 31, 2025; Accepted: February 25, 2025)

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) มีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อศึกษาระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของ อสม. หมอประจำบ้าน ในอำเภอสีชล จังหวัดนครศรีธรรมราช และ 2) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของ อสม. หมอประจำบ้าน กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาเป็นการเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) จำนวน 124 คน ซึ่งเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่ปฏิบัติงานในตำบลคลอง อำเภอสีชล การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ และค่าเฉลี่ย และใช้สถิติ Chi-Square ในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของข้อมูล

ผลการศึกษา พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพในภาพรวมของ อสม. อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 66.90) โดยแยกเป็นทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ (ร้อยละ 69.40) ทักษะการเข้าใจข้อมูลสุขภาพ (ร้อยละ 70.20) ทักษะการประเมินข้อมูลสุขภาพ (ร้อยละ 69.40) และทักษะการประยุกต์ใช้ข้อมูลและบริการสุขภาพ (ร้อยละ 72.60) ส่วนความรู้ด้านสุขภาพส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 87.10) รองลงมาคือระดับปานกลาง (ร้อยละ 12.90) การวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่า ระยะเวลาการเป็น อสม. มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.042$) และความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) ขณะที่เพศ อายุ สถานภาพ รายได้ และจำนวนครัวเรือนที่รับผิดชอบไม่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ

คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.), หมอประจำครอบครัว



Abstract

This study was a descriptive cross-sectional research with two objectives: (1) to assess the level of health literacy among village health volunteers (VHVs), known as "Household Doctors," in Sichon District, Nakhon Si Thammarat Province, and (2) to examine the factors associated with their health literacy. The sample consisted of 124 VHVs working in Chalong Subdistrict, Sichon District, selected through purposive sampling. Data analysis was performed using descriptive statistics, including frequency, percentage, and mean. The Chi-square test was used to analyze the relationships between variables.

The results showed that the overall health literacy level of the VHVs was moderate (66.90%). Specifically, the skill of accessing health information and services was moderate (69.40%), understanding health information (70.20%), evaluating health information and services (69.40%), and applying health information and services (72.60%). Regarding health knowledge, most VHVs had a high level (87.10%), followed by a moderate level (12.90%). The analysis of relationships revealed that the length of time serving as a VHV was significantly associated with health literacy (p -value = 0.042), and health knowledge was also significantly associated with health literacy (p -value < 0.001). However, no significant associations were found between health literacy and gender, age, marital status, income, or the number of households under the VHV's responsibility.

Keywords : Health literacy, Village Health Volunteers (VHVs), Family Doctor Model

บทนำ

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ใช้ชื่อย่อว่า “อสม.” มีชื่อเรียกภาษาอังกฤษว่า Village Health Volunteer และใช้ชื่อย่อภาษาอังกฤษว่า “VHV” มีความหมายว่าเป็นบุคคลที่ได้รับการคัดเลือกจากหมู่บ้านหรือชุมชน และผ่านการฝึกอบรมตามหลักสูตรฝึกอบรมมาตรฐานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่คณะกรรมการส่งเสริมและสนับสนุนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกลาง (คณะกรรมการกลาง) กำหนด โดยคุณสมบัติของบุคคลที่อาจจะได้รับการพิจารณาคัดเลือกเพื่อเข้ารับการฝึกอบรมให้เป็น อสม. ประกอบด้วย (กระทรวงสาธารณสุข, 2554) ได้แก่ อายุไม่ต่ำกว่า 18 ปีบริบูรณ์ มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านและอาศัยอยู่เป็นการประจำในหมู่บ้านหรือในชุมชนที่ประสงค์จะเป็น อสม. ไม่น้อยกว่า 6 เดือน มีความรู้และสามารถอ่านออกและเขียนได้ สนใจในการช่วยเหลือการดำเนินงานทางด้านสาธารณสุขอย่างเสียสละ มีความประสงค์ที่จะเข้าร่วมหรือเคยเข้าร่วมในการดำเนินงานสาธารณสุข และมีความต้องการพัฒนาหมู่บ้านหรือชุมชนของตนเอง มีความประพฤติที่อยู่ในกรอบศีลธรรมอันดี ได้รับความไว้วางใจจากประชาชน และได้รับการยกย่องจากประชาชน มีสุขภาพดีทั้งกายใจ และมีพฤติกรรมสุขภาพที่เป็นแบบอย่าง มีเวลาให้กับการทำงานในบทบาท อสม.

Health Literacy มีการใช้ในภาษาไทยที่หลากหลายคำ เช่น สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ใช้คำว่า “ความแตกฉานด้านสุขภาพ” สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ใช้คำว่า “การรู้เท่าทันด้านสุขภาพ” สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษาภายใต้การสนับสนุนของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ใช้คำว่า “ความฉลาดทางสุขภาพ” ส่วนของกองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

กระทรวงสาธารณสุข ใช้คำว่า “ความรอบรู้ด้านสุขภาพ” (กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2561) องค์การอนามัยโลก (1998) ให้คำจำกัดความของความรอบรู้ด้านสุขภาพไว้ว่า เป็นทักษะต่าง ๆ ด้านการรับรู้และทางสังคมในการเป็นตัวกำหนดแรงจูงใจ รวมทั้งความสามารถของบุคคลที่จะสามารถเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลในวิธีการต่าง ๆ เพื่อส่งเสริมและดูแลรักษาสุขภาพของตนเองให้ดียิ่งขึ้น

ดังนั้น ความรอบรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง การที่บุคคลสามารถเข้าถึงข้อมูล และมีทักษะในการใช้ข้อมูล มีความรู้ ความเข้าใจ เพื่อวิเคราะห์ ประเมิน การปฏิบัติ และการจัดการตนเอง เพื่อให้สามารถตัดสินใจเลือกผลลัพธ์สุขภาพและใช้บริการสุขภาพ ตลอดจนปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้ และสามารถชี้แนะเรื่องสุขภาพส่วนบุคคล ครอบครัว และชุมชนเพื่อสุขภาพที่ดี โดยองค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ (ขวัญเมือง แก้วดำเกิง, 2561) ได้แก่ เข้าถึง เข้าใจ ได้ตอบ ชักถาม แลกเปลี่ยน ตัดสินใจ เปลี่ยนพฤติกรรม บอกต่อ

สถานการณ์ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มวัยทำงาน จากปี 2557–2561 ซึ่งทำการสำรวจโดยกองสุศึกษา พบว่า ในแต่ละปี ประชาชนกลุ่มวัยทำงานส่วนใหญ่มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับพอใช้–ดี คิดเป็นร้อยละ 39.00, 47.10, 45.50, 50.73 และ 71.18 ตามลำดับ และมีส่วนน้อยที่อยู่ในระดับดีมาก คิดเป็นร้อยละ 1.60, 13.20, 5.50, 7.33 และ 18.88 ตามลำดับ ส่วนผลการประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในปี พ.ศ. 2562 พบว่า ส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับดีมาก คิดเป็นร้อยละ 52.33 รองลงมาคือ ระดับดี พอใช้ และไม่ดี คิดเป็น

ร้อยละ 34.69, 10.73 และ 2.25 ตามลำดับ (กองสุขศึกษา, 2562)

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและประชาชนทั่วไป (บรรณกร เสือสิงห์ และคณะ, 2562) ปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ ได้แก่ คุณลักษณะส่วนบุคคล เช่น เพศ สถานภาพ การศึกษา (นพมาศ โกศล และคณะ, 2562) ความรู้ ความเชื่อ พฤติกรรมเสี่ยง ทักษะ และความสามารถส่วนบุคคล (วัชรพร เขยสุวรรณ, 2560) เมื่อทบทวนวรรณกรรมที่ศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความแตกต่างกันตามบริบทของพื้นที่ (ทรรศนีย์ บุญมั่น, 2564) การศึกษาในต่างประเทศพบว่า อาสาสมัครที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงมีแนวโน้มที่จะมีส่วนร่วมในการเผยแพร่ต่อครอบครัวและชุมชน ดังนั้น ควรจัดโปรแกรมการศึกษาเพื่อพัฒนาอาสาสมัคร (Taguchi และคณะ, 2559)

ผู้วิจัยจึงได้ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของ อสม. หมอประจำครอบครัว อำเภอลีล จังหวัดนครศรีธรรมราช เพื่อเป็นแนวทางในการส่งเสริม สนับสนุนให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ซึ่งเป็นบุคลากรด้านสุขภาพที่มีความสำคัญอย่างยิ่งในระบบสุขภาพของประเทศไทย ที่จำเป็นต้องมีความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ เนื่องจากอยู่ในบทบาทที่บุคคลทั่วไปคาดหวังให้เป็นทั้งพึ่งพิงด้านสุขภาพของประชาชนทุกกลุ่มวัย และมีส่วนสำคัญในปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ ทั้งด้านการ

ส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันและควบคุมโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ การส่งเสริมให้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องเพิ่มขึ้น จะช่วยเพิ่มความมั่นใจให้กับ อสม. ในการปฏิบัติหน้าที่ และเป็นต้นแบบด้านพฤติกรรมสุขภาพแก่ประชาชน สามารถเป็นแกนนำในการจัดการสุขภาพให้กับประชาชนและชุมชน โดยใช้กลไกในพื้นที่ที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดีของประชาชนต่อไป

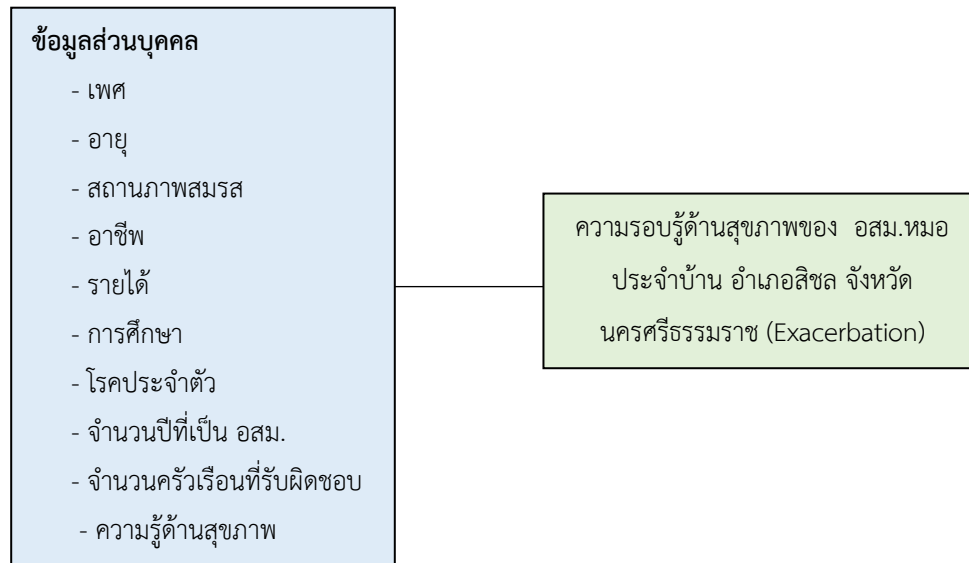
จากข้อมูลที่กำลังมาข้างหน้า อสม. หมอประจำบ้าน เป็นผู้ที่มีความสำคัญในการเป็นแกนนำและสนับสนุนการดำเนินงานด้านสาธารณสุขมูลฐานในชุมชน เป็นพี่เลี้ยงของ อสม. ทุกครอบครัว เข้าถึงเทคโนโลยี และถ่ายทอดความรู้แก่ประชาชนในชุมชน อสม. จึงจำเป็นต้องเป็นผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อการเป็นต้นแบบ แบบอย่าง และเป็นผู้ที่สามารถถ่ายทอดและพัฒนาให้เกิดความรอบรู้ด้านสุขภาพในชุมชน ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพของ อสม. หมอประจำบ้าน เพื่อเป็นข้อมูลในการนำไปสู่การพัฒนาสู่ความยั่งยืนต่อไปในพื้นที่อำเภอลีล จังหวัดนครศรีธรรมราช

วัตถุประสงค์ของงานวิจัย

1) เพื่อศึกษาระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของ อสม. หมอประจำบ้าน ในพื้นที่อำเภอลีล จังหวัดนครศรีธรรมราช

2) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อ ความรอบรู้ด้านสุขภาพของอสม. หมอประจำบ้าน อำเภอลีล จังหวัดนครศรีธรรมราช

กรอบแนวคิดการวิจัย



วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive study)

ประชากรที่ศึกษาและกลุ่มตัวอย่าง

อสม. หมอประจำครอบครัว คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่ปฏิบัติงานในพื้นที่อำเภอสิชล จังหวัดนครศรีธรรมราช ปีงบประมาณ 2567 จำนวน 193 คน

กลุ่มตัวอย่างและการสุ่ม

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาได้จากการเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) ทั้งหมดจำนวน 124 คน เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่ปฏิบัติงานในพื้นที่ตำบลคลอง อำเภอสิชล จังหวัดนครศรีธรรมราช ช่วงระหว่างวันที่ 1 พฤษภาคม ถึง 30 กันยายน 2567

กลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับการศึกษ

1. เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria)

1.1 เป็น อสม. หมอประจำครอบครัวที่มีชื่อในฐานข้อมูลของระบบสารสนเทศงานสุขภาพภาคประชาชน กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน (เดิมเขียนผิดเป็น "ภาคประชชน") กระทรวงสาธารณสุข ปี 2567

1.2 ปฏิบัติงานเป็น อสม. หมอประจำครอบครัวมาแล้วไม่น้อยกว่า 1 ปี

2. เกณฑ์การคัดออกกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion criteria)

2.1 ไม่มีชื่อในฐานข้อมูลระบบสารสนเทศงานสุขภาพภาคประชาชน กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน (เดิมเขียนผิดเป็น "ภาคประชชน") กระทรวงสาธารณสุข ปี 2567

2.2 ปฏิบัติงานเป็น อสม. หมอประจำครอบครัวมาแล้วไม่ครบ 1 ปี

2.3 ไม่สมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย

เครื่องมือในการวิจัย

เครื่องมือในการวิจัยประกอบด้วย 2 ส่วน คือ เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ประยุกต์จากแบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขและประชาชนวัยทำงาน สำหรับหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในตำบลจัดการคุณภาพชีวิต กองสุศึกษา (กองสุศึกษา, 2562) โดยประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ประกอบด้วย 8 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ สถานภาพ สมรส รายได้ การศึกษา โรคประจำตัว จำนวนปีที่เป็น อสม.

ส่วนที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ได้แก่

องค์ประกอบที่ 1 ทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ จำนวน 4 ข้อ

องค์ประกอบที่ 2 การเข้าใจข้อมูลสุขภาพ จำนวน 4 ข้อ

องค์ประกอบที่ 3 การประเมินข้อมูลและบริการด้านสุขภาพ จำนวน 4 ข้อ

องค์ประกอบที่ 4 การประยุกต์ใช้ข้อมูลและบริการสุขภาพ จำนวน 4 ข้อ

ส่วนที่ 3 ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพ จำนวน 12 ข้อ ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้มาจากการศึกษาของ ทรศณีย์ บุญมั่น (2564)

การรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

1. ผู้วิจัยเสนอโครงร่างวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช

2. ดำเนินการตรวจสอบเครื่องมือ โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา พิจารณาความถูกต้อง ความครอบคลุม และความครบถ้วน ด้วยวิธี IOC และหาค่าความเชื่อมั่น

3. เมื่อได้รับอนุมัติโครงร่างวิจัย ผู้วิจัยดำเนินการขอหนังสือบันทึกข้อความเพื่อขออนุญาตดำเนินการวิจัยในพื้นที่ที่ต้องการเก็บข้อมูล เสนอต่อสำนักงานสาธารณสุขอำเภอสิชล

4. ผู้วิจัยดำเนินการรวบรวมข้อมูลในพื้นที่อำเภอสิชล โดยมีการชี้แจงเกี่ยวกับกระบวนการขอความยินยอม โครงการวิจัย อธิบายกระบวนการวิจัย และตอบคำถามของผู้สนใจเข้าร่วมโครงการในทุกประเด็นด้วยตนเอง ก่อนการเก็บข้อมูลโดยแบบสอบถามแก่กลุ่มตัวอย่างทุกคน

5. รวบรวมแบบสอบถามและตรวจสอบความถูกต้อง ความครบถ้วน และความสมบูรณ์ของข้อมูล

6. นำแบบสอบถามที่ได้ไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

7. สรุปผลการวิจัย พร้อมทั้งส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความถูกต้อง

8. ติดต่อประสานงานวารสารเพื่อขอลงตีพิมพ์



การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ ความถี่ (F) ร้อยละ (Percent) และค่าเฉลี่ย (Mean)
2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของข้อมูล โดยใช้ Chi-Square

จริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยชิ้นนี้ได้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช เอกสารรับรองเลขที่ 103/2567 รหัสโครงการ NSTPH 103/2567 วันที่รับรอง 28 พฤษภาคม 2567

ผลการวิจัย

1. คุณลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่าง
คุณลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่างพบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 91.13 มีอายุเฉลี่ย 49.73 ปี (SD=10.23) ช่วงอายุที่มากที่สุดคือ 46-55 ปี (ร้อยละ 40.32) นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 100.00 มีสถานภาพคู่เป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 74.19) จบการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษา (ร้อยละ 48.39) และประกอบอาชีพเกษตรกรเป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 74.19) โดยมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 8,760.08 บาท (SD=6,069.28) ซึ่งช่วงรายได้ที่มากที่สุด คือ 1,000-10,000 บาท/เดือน (ร้อยละ 75.00) และส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 70.16) ในส่วนของระยะเวลาที่เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่า ระยะเวลาที่เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเฉลี่ย 12.46 ปี (SD=8.46) โดยส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 1-5 ปี (ร้อยละ 25.81) และจำนวนครัวเรือนที่รับผิดชอบเฉลี่ย 11.93 ครัวเรือน (SD=2.97) ซึ่งจำนวนครัวเรือนที่รับผิดชอบมากที่สุดคือ 10-20 ครัวเรือน (ร้อยละ 79.84) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 คุณลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่าง (n=124)

คุณลักษณะทางประชากร	จำนวน	ร้อยละ
1. เพศ		
ชาย	11.00	8.87
หญิง	113.00	91.13
2. อายุ		
25-35 ปี	15.00	12.10
36-45 ปี	22.00	17.74
46-55 ปี	50.00	40.32
56-65 ปี	33.00	26.61
66 ปี ขึ้นไป	4.00	3.23
Mean ± S.D. (Min : Max)	49.73 ± 10.23 (26.00 : 71.00)	

คุณลักษณะทางประชากร	จำนวน	ร้อยละ
3. ศาสนา		
พุทธ	124.00	100.00
4. สถานภาพ		
โสด	19.00	15.32
คู่	92.00	74.19
หย่า/แยกกันอยู่	13.00	10.48
5. ระดับการศึกษา		
ไม่ได้รับการศึกษา	26.00	20.97
ประถมศึกษา	60.00	48.39
มัธยมศึกษา	2.00	1.61
อนุปริญญา/ปวส.	17.00	13.71
ปริญญาตรี	18.00	14.52
สูงกว่าปริญญาตรี	1.00	0.81
6. อาชีพ		
เกษตรกร	92.00	74.19
รับจ้าง	12.00	9.68
ค้าขาย/ธุรกิจ	8.00	6.45
ลูกจ้างรัฐ/เอกชน	11.00	8.87
งานบ้าน/แม่บ้าน	1.00	0.81
7. รายได้		
1,000-10,000 บาท/เดือน	93.00	75.00
10,001-20,000บาท/เดือน	29.00	23.39
มากกว่า 20,000 บาท/เดือน	2.00	1.61
Mean $\pm$ S.D. (Min : Max)	8,760.08 $\pm$ 6,069.28 (1,000.00 : 50,000.00)	
8. โรคประจำตัว		
ไม่มีโรคประจำตัว	87.00	70.16
ความดันโลหิตสูง	13.00	10.48
เบาหวาน	10.00	8.07
ไขมันในเลือดสูง	14.00	11.29
9. ระยะเวลาที่เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน		
1-5 ปี	32.00	25.81
6-10 ปี	21.00	16.94
11-15 ปี	29.00	23.39
16-20 ปี	21.00	16.94

คุณลักษณะทางประชากร	จำนวน	ร้อยละ
มากกว่า 20 ปี	21.00	16.94
Mean ± S.D. (Min : Max)	12.46 ± 8.46 (1.00 : 34.00)	
10. จำนวนครัวเรือนที่รับผิดชอบ		
ต่ำกว่า 10 ครัวเรือน	23	18.55
10-20 ครัวเรือน	99	79.84
มากกว่า 20 ครัวเรือน	2	1.61
Mean ± S.D. (Min : Max)	11.93 ± 2.97 (7.00 : 23.00)	

2. ความรอบรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ความรอบรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอสิชล จังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 69.40) ทักษะการเข้าใจข้อมูลสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 70.20) ทักษะการประเมินข้อมูลและบริการด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 69.40) ทักษะการประยุกต์ใช้ข้อมูลและบริการสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 72.60) และพบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพในภาพรวมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านนั้นอยู่ในระดับปานกลาง (66.90) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (n=124)

ทักษะ	ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ		
	ต่ำ	ปานกลาง	สูง
1. ทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ	23 (18.50)	86 (69.40)	15 (12.10)
2. ทักษะการเข้าใจข้อมูลสุขภาพ	24 (19.40)	87 (70.20)	13 (10.50)
3. ทักษะการประเมินข้อมูลและบริการด้านสุขภาพ	28 (22.60)	86 (69.40)	10 (8.10)
4. ทักษะการประยุกต์ใช้ข้อมูลและบริการสุขภาพ	23 (18.50)	90 (72.60)	11 (8.90)
ความรอบรู้ด้านสุขภาพภาพรวม	23 (18.50)	83 (66.90)	18 (14.50)

3. ความรู้ด้านสุขภาพ

ความรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอสิชล จังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่า ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านส่วนใหญ่มีความรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 87.10 รองลงมาคือ ระดับปานกลาง ร้อยละ 12.90 ดังแสดงในตารางที่ 3



ตารางที่ 3 ความรู้ด้านสุขภาพ (n=124)

ระดับความรู้ด้านสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
1. ความรู้ด้านสุขภาพระดับต่ำ	0	0.00
2. ความรู้ด้านสุขภาพระดับปานกลาง	16	12.90
3. ความรู้ด้านสุขภาพระดับสูง	108	87.10

4. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับความรอบรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอสิชล จังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่า ระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.042$) และความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) ส่วนเพศ อายุ สถานภาพ รายได้ และจำนวนครัวเรือนที่รับผิดชอบไม่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ (n=124)

ปัจจัยส่วนบุคคล	ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	
	χ^2	p-value
1. เพศ	0.008	0.927
2. อายุ	2.481	0.645
3. สถานภาพ	1.351	0.509
4. รายได้	1.100	0.577
5. ระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน	1.381	0.042*
6. จำนวนครัวเรือนที่รับผิดชอบ	2.592	0.274
7. ความรู้ด้านสุขภาพ	0.067	<0.001

อภิปรายผล

1. ความรอบรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอสิชล จังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ทักษะการเข้าใจข้อมูลสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ทักษะการประเมินข้อมูลและบริการด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ทักษะการประยุกต์ใช้ข้อมูลและบริการ

สุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง และพบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพในภาพรวมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านนั้นอยู่ในระดับปานกลาง ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของอรชร จันทะคะรักษ์ (2567) ที่พบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวม และพฤติกรรมสุขภาพโดยรวม อยู่ในระดับดีมาก และการศึกษาของกลุ่มสุขภาพภาคประชาชนและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 5 (2565) ระดับความ



รอบรู้ด้านสุขภาพของ อสม. ในชุมชนต้นแบบอยู่ในระดับดีมาก และการศึกษาของพรรณนีย์ บุญม่น (2564) ที่อสม.ส่วนใหญ่ มีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับดี

2. ความรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอสิชล จังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่า ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านส่วนใหญ่มีความรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับสูง รองลงมาคือ ระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาของ เบญจวรรณ บัวชุม (2563) พบว่า อสม. มีความรอบรู้ในระดับดีมาก และการศึกษาของ อติพร สิทธิมงคล (2566) พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีค่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ทางสุขภาพจิตอยู่ในระดับมาก

3. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอสิชล จังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่า ระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.042$) และความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) ส่วนเพศ อายุ

สถานภาพ รายได้ และจำนวนครัวเรือนที่รับผิดชอบไม่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของอรชร จันตะกระักษ์ (2567) ความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวม และความรอบรู้ด้านสุขภาพรายด้าน ประกอบด้วย ทักษะด้านการเข้าใจข้อมูลสุขภาพ และทักษะด้านการประยุกต์ใช้ข้อมูลและการบริการสุขภาพ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. การนำผลการวิจัยปัจจัยที่สัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของ อสม. หมอประจำครอบครัว อำเภอสิชล จังหวัดนครศรีธรรมราช มาจัดทำหลักสูตรการจัดการองค์ความรู้สู่การสร้างความรู้ด้านสุขภาพของแกนนำสุขภาพในระดับอำเภอ

2. หน่วยบริการควรมีการสนับสนุนการปฏิบัติงานของ อสม. ควรมีการประเมินความรู้ความเข้าใจ ทักษะในเรื่องที่เกี่ยวกับการปฏิบัติงานอย่างสม่ำเสมอ

เอกสารอ้างอิง

- กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2561). *การเสริมสร้างและประเมินความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ กลุ่มเด็กวัยเรียน กลุ่มวัยทำงาน ฉบับปรับปรุง ปี 2561*. กรุงเทพฯ: บริษัท นิเวศมดา การพิมพ์ (ประเทศไทย) จำกัด.
- กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน. (2557). *ระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พ.ศ. 2554 พร้อมด้วยกฎ ระเบียบที่เกี่ยวข้องกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน*. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์การทหารผ่านศึก.
- ขวัญเมือง แก้วดำเกิง. (2561). *ความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพ เข้าถึง เข้าใจ และการนำไปใช้* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: บริษัท อมรินทร์พริ้นติ้ง แอนด์ พับลิชชิ่ง จำกัด (มหาชน).



- กัลยาณี ตันตรานนท์, อนนท์ วิสุทธิ์ธนานนท์, วีระพร ศุทธากรณ์, และคณะ. (2563). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชากรวัยทำงาน ตำบลหนองป่าครั่ง อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่. *วารสารสาธารณสุขล้านนา*, 16(2), 1-13.
- ทรศณีย์ บุญมั่น. (2564). ปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดสุโขทัย. สืบค้นเมื่อ 8 เมษายน 2567 จาก <https://nuir.lib.nu.ac.th/dspace/bitstream/123456789/3876/3/62060699.pdf>
- นพมาศ โกศล, และคณะ. (2562). ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. ของกลุ่มวัยทำงานสำหรับหมู่บ้านจัดการสุขภาพ: กรณีศึกษาชุมชนบ้านวังหิน อำเภอทุ่งใหญ่ จังหวัดนครศรีธรรมราช. ใน *เอกสารประกอบการประชุมมหาดใหญ่วิชาการระดับชาติและนานาชาติ ครั้งที่ 10* (น. 1-12).
- เบญจวรรณ บัวชุม. (2563). ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ตำบลป่าจี่ อำเภอเวียงป่าเป้า จังหวัดเชียงราย. *วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ*, 16(3), 49-58.
- วีระ กองสนั่น, และอมรศักดิ์ โพธิ์อำ. (2563). ความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เขตตำบลหนองใหญ่ อำเภอปราสาท จังหวัดสุรินทร์. *วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพและการสาธารณสุขชุมชน*, 3(1), 1-11.
- วิมล โรมา, มุกดา สำนวนกลาง, และสายชล คล้อยเอี่ยม. (2561). *โครงการสำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทย อายุ 15 ปีขึ้นไป พ.ศ. 2560 (ระยะที่ 1)*. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- อรชร จันดีะคะรักษ์. (2567). ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลหนองแก้ว อำเภอหางดง จังหวัดเชียงใหม่. สืบค้นเมื่อ 24 ธันวาคม 2567 จาก <https://www.chiangmaihealth.go.th/document/240620171888172527.pdf>

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่มีอิทธิพลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดสะสมของ
ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ตำบลโมคลาน อำเภอกำแพงแสน จังหวัดนครศรีธรรมราช

Health Belief Model Influencing Glycated Hemoglobin Control in
Diabetes Patients in Moklan Subdistrict, Tha Sala District,
Nakhon Si Thammarat Province.

วันเพ็ญ บุญรัตน์

Wanpen Boonrat

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านต้นเลียบ อำเภอกำแพงแสน จังหวัดนครศรีธรรมราช

(Received: January 31, 2025; Accepted: February 25, 2025)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive study) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และวิเคราะห์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่มีอิทธิพลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดสะสม (HbA1C) ในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ตำบลโมคลาน อำเภอกำแพงแสน จังหวัดนครศรีธรรมราช กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยเบาหวานจำนวน 171 คน ที่สุ่มเลือกโดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงและความเชื่อมั่น วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก (Logistic Regression)

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 74.85) มีอายุเฉลี่ย 47.41 ปี ระดับ HbA1C เฉลี่ยอยู่ที่ 6.41 โดยร้อยละ 69.59 ของกลุ่มตัวอย่างสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี สำหรับระดับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรคเบาหวานในระดับปานกลาง สิ่งชักนำให้ปฏิบัติอยู่ในระดับสูง และการรับรู้อุปสรรคส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูงเช่นกัน ผลการวิเคราะห์แบบพหุตัวแปรแสดงให้เห็นว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวานในระดับสูง (Adjusted OR = 2.71, $p < 0.001$) และสิ่งชักนำให้ปฏิบัติในระดับสูง (Adjusted OR = 2.22, $p < 0.001$) มีอิทธิพลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ขณะที่การรับรู้อุปสรรคและโอกาสเสี่ยงไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่าการเสริมสร้างการรับรู้ความรุนแรงของโรค และการส่งเสริมแรงสนับสนุนจากครอบครัวและบุคลากรสุขภาพ มีบทบาทสำคัญต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน จึงควรนำไปพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยในระดับชุมชนอย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ: แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ, การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดสะสม, ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2



Abstract

This research employed a cross-sectional descriptive study design with the objectives of examining the levels of health belief model (HBM) constructs and analyzing the influence of these constructs on glycated hemoglobin (HbA1C) control among patients with type 2 diabetes mellitus in Moklan Subdistrict, Tha Sala District, Nakhon Si Thammarat Province. The sample consisted of 171 diabetic patients selected through simple random sampling. The research instrument was a validated and reliable questionnaire. Data were analyzed using descriptive statistics and logistic regression analysis.

The results revealed that the majority of the participants were female (74.85%) with an average age of 47.41 years. The mean HbA1C level was 6.41%, and 69.59% of the participants were able to maintain good glycemic control. Regarding HBM constructs, most participants had moderate levels of perceived susceptibility and severity, high levels of cues to action, and high levels of perceived barriers. Multivariate logistic regression analysis showed that a high level of perceived severity (Adjusted OR = 2.71, $p < 0.001$) and a high level of cues to action (Adjusted OR = 2.22, $p < 0.001$) were significantly associated with effective HbA1C control. In contrast, perceived susceptibility and perceived barriers were not statistically significant predictors. These findings indicate that enhancing patients' awareness of the severity of diabetes and promoting supportive cues from family members and healthcare personnel are key factors in effective blood sugar control. The results suggest that community-based diabetes care models should integrate strategies to strengthen health beliefs and social support systems.

Keywords : Health Belief Model, Glycated Hemoglobin Control, Type 2 Diabetes Patients

บทนำ

สถานการณ์ผู้ป่วยโรคเบาหวานในประเทศไทยถือเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยโรคเบาหวานเป็นภาวะเรื้อรังที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอย่างมาก และยังเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่นำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนรุนแรง เช่น โรคหัวใจ โรคไตวาย และการตัดขา จากข้อมูลของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) รายงานว่าจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานในประเทศไทยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ โดยในปี 2562 ประเมินการณว่ามีผู้ป่วยเบาหวานประมาณ 4.8 ล้านคน ซึ่งคิดเป็นประมาณ 8.3% ของประชากรวัยผู้ใหญ่ทั้งหมดของประเทศ (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2562) ปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่ส่งผลต่อการเกิดโรคเบาหวานในประเทศไทย ได้แก่ พฤติกรรมการกินอาหารที่มีปริมาณน้ำตาลและไขมันสูง การขาดการออกกำลังกาย ภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน รวมถึงการเพิ่มขึ้นของประชากรสูงอายุ ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคเบาหวาน ผู้ป่วยโรคเบาหวานในประเทศไทยมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรง เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคไตวาย โรคตับอ่อน และภาวะแทรกซ้อนทางตา เช่น โรคจอตาเบาหวาน ซึ่งทั้งหมดนี้สามารถลดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้อย่างมาก และยังเพิ่มภาระค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ทั้งในระดับบุคคลและระดับประเทศ (สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย, 2561)

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model: HBM) เป็นทฤษฎีที่ถูกพัฒนาขึ้นเพื่ออธิบายและทำนายพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล โดยเฉพาะการป้องกันโรคและการส่งเสริมสุขภาพ แนวคิดนี้พัฒนาโดยกลุ่มนักจิตวิทยาสังคมของสถาบันสุขภาพแห่งชาติของสหรัฐอเมริกาในช่วงทศวรรษ 1950 (Rosenstock, I. M., 1974) แบบแผนความเชื่อด้าน

สุขภาพประกอบด้วยองค์ประกอบหลัก 6 ประการ ได้แก่ 1) การรับรู้ถึงความไวต่อการเป็นโรค (Perceived Susceptibility) หมายถึง ความเชื่อของบุคคลเกี่ยวกับโอกาสในการเป็นโรคหรือปัญหาสุขภาพ 2) การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค (Perceived Severity) ความเชื่อของบุคคลเกี่ยวกับความรุนแรงของโรคหรือผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการไม่รักษาสุขภาพ 3) การรับรู้ถึงประโยชน์ของการกระทำ (Perceived Benefits) ความเชื่อเกี่ยวกับประโยชน์ของการกระทำที่ช่วยลดความเสี่ยงหรือความรุนแรงของโรค 4) การรับรู้ถึงอุปสรรคในการกระทำ (Perceived Barriers) ความเชื่อเกี่ยวกับอุปสรรคหรือปัญหาที่ขัดขวางไม่ให้บุคคลทำการป้องกันหรือรักษาสุขภาพ 5) การกระตุ้นให้เกิดการกระทำ (Cues to Action) ปัจจัยหรือเหตุการณ์ที่กระตุ้นให้บุคคลตัดสินใจทำการป้องกันหรือรักษาสุขภาพ เช่น การแนะนำจากแพทย์ หรือการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรค 6) การรับรู้ถึงความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy) ความเชื่อของบุคคลในความสามารถของตนในการดำเนินการเพื่อป้องกันหรือรักษาสุขภาพ (Glanz, K., Rimer, B. K., & Viswanath, K., 2008) แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพถูกนำมาใช้ในหลายๆ การศึกษาและโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพ เนื่องจากสามารถช่วยให้ผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพเข้าใจถึงสาเหตุที่บุคคลไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำเพื่อการป้องกันโรคหรือการส่งเสริมสุขภาพ

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ จึงถูกนำมาใช้ในการศึกษาและพัฒนาการจัดการพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานอย่างแพร่หลาย เนื่องจากแบบแผนนี้ช่วยในการทำความเข้าใจเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจของผู้ป่วยในการจัดการโรคเบาหวานของตนเอง เช่น การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์ โดยมีกร

ประยุกต์ใช้ได้แก่ 1) การรับรู้ถึงความไวต่อการเป็นโรค (Perceived Susceptibility) ผู้ป่วยเบาหวานต้องมีความเชื่อว่าตนเองมีโอกาสในการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน เช่น โรคหัวใจ โรคไต หรือโรคเส้นเลือดสมอง ถ้าหากไม่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอย่างเหมาะสม 2) การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค (Perceived Severity) ผู้ป่วยต้องรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคเบาหวานและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น เช่น การสูญเสียการมองเห็น การตัดขา หรือการเกิดโรคเรื้อรังอื่นๆ ซึ่งจะกระทบต่อคุณภาพชีวิต 3) การรับรู้ถึงประโยชน์ของการกระทำ (Perceived Benefits) ผู้ป่วยจะต้องมีความเชื่อว่าการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษา เช่น การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการทานยา จะช่วยลดความเสี่ยงและป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานได้ 4) การรับรู้ถึงอุปสรรคในการกระทำ (Perceived Barriers) ผู้ป่วยอาจพบอุปสรรคในการปฏิบัติตามแผนการรักษา เช่น ความยากลำบากในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การกิน การออกกำลังกาย หรือความเข้าใจในการจัดการยา 5) การกระตุ้นให้เกิดการกระทำ (Cues to Action) 6) สิ่งกระตุ้นที่ทำให้ผู้ป่วยเริ่มหรือรักษาพฤติกรรมที่ดีต่อสุขภาพ เช่น การให้คำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์ การสนับสนุนจากครอบครัวหรือเพื่อน การเข้าร่วมกลุ่มสนับสนุน หรือการได้รับข้อมูลทางสื่อเกี่ยวกับโรคเบาหวาน 7) การรับรู้ถึงความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy) ผู้ป่วยต้องมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการจัดการโรคเบาหวาน เช่น การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย หรือการติดตามระดับน้ำตาลในเลือดอย่างสม่ำเสมอ (Bond, G. E., Burr, R. L., Wolf, F. M., & Feldt, K., 2002) ซึ่งจากการทบทวนวิจัยที่เกี่ยวข้องในประเทศไทย พบว่าแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพนั้น มีความสัมพันธ์ต่อการ

ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน เช่น การศึกษาโดย Khumkaew et al. (2012) ได้สำรวจปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรม的自我จัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในประเทศไทย โดยใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเป็นกรอบแนวคิด พบว่าผู้ป่วยที่มีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองและรับรู้ถึงประโยชน์ของการจัดการตนเองมักจะมีพฤติกรรมที่ดีและสุขภาพที่ดีกว่า และการศึกษาโดย Pongmesa et al. (2019) ได้ศึกษาเกี่ยวกับผลของการให้ความรู้และสนับสนุนด้านสุขภาพต่อพฤติกรรม的自我จัดการตนเองในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเป็นแนวทาง พบว่าการเพิ่มความรู้และการสนับสนุนจากครอบครัวมีผลให้ผู้ป่วยมีการปรับปรุงพฤติกรรม的自我จัดการตนเองอย่างมีนัยสำคัญ

สำหรับในพื้นที่ อำเภอบ้านลาด จังหวัดนครศรีธรรมราช ในปี 2567 พบว่ามีผู้ป่วยเบาหวานทั้งสิ้น 7,209 ราย ได้รับการตรวจน้ำตาลในเลือดสะสมจำนวน 5,290 (73.38%) พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด (HbA1c ต่ำกว่า 7%) ได้อยู่ที่ 34.01% และในพื้นที่ตำบลโมคลาน ในปี 2567 พบว่ามีผู้ป่วยเบาหวานทั้งสิ้น 764 ราย ได้รับการตรวจน้ำตาลในเลือดสะสมจำนวน 548 (71.73%) พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด (HbA1c ต่ำกว่า 7%) ได้อยู่ที่ 30.50 % ซึ่งยังน้อยกว่าเกณฑ์ที่กำหนด ทั้งนี้ผู้วิจัยมีแนวคิดในการนำแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมาใช้เป็นแนวคิดในการนำไปเสริมสร้างและกระตุ้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยเบาหวานต่อไปในอนาคต สามารถที่จะนำข้อมูลมาเป็นแบบแผนในการจัดกิจกรรมต่าง ๆ รวมถึงพัฒนาทักษะต่าง ๆ ให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ดีในกลุ่มตัวอย่างได้ต่อไป



วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาระดับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ตำบลโมคลาน อำเภอนาทวี จังหวัดนครศรีธรรมราช
2. เพื่อศึกษาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่มีอิทธิพลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดสะสมของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ตำบลโมคลาน อำเภอนาทวี จังหวัดนครศรีธรรมราช

กรอบแนวคิดของการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่มีอิทธิพลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดสะสมของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ตำบลโมคลาน อำเภอนาทวี จังหวัดนครศรีธรรมราช โดยผู้วิจัยได้อาศัยแนวความคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรู้ความรุนแรงต่อการเกิดโรค สิ่งชักนำให้ปฏิบัติการดูแลสุขภาพตนเองในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน และการรับรู้อุปสรรคของการดูแลสุขภาพตนเองในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน มาสร้างเป็นกรอบแนวคิดการวิจัย ดังนี้

ตัวแปรต้น

ตัวแปรต้น

1. ปัจจัยส่วนบุคคล (อายุ เพศ การศึกษา ระยะเวลาการป่วย)
2. แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ
 1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค
 2. การรับรู้ความรู้ความรุนแรงต่อการเกิดโรค
 3. สิ่งชักนำให้ปฏิบัติการดูแลสุขภาพตนเองในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน
 4. การรับรู้อุปสรรคของการดูแลสุขภาพตนเองในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน

ตัวแปรตาม

ตัวแปรตาม

การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดเฉลี่ยสะสม (HbA1C)

- สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ (HbA1C < 7)
- ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ (HbA1C > 7)

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive study)

ประชากรที่ศึกษาและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในพื้นที่ ตำบลโมคลาน อำเภอบำเหน็จณรงค์ จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 310 คน

กลุ่มตัวอย่างและการสุ่ม

ผู้วิจัยได้ทำการกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษานี้ ซึ่งขนาดของกลุ่มตัวอย่างได้มาจากการคำนวณหาขนาดกลุ่มตัวอย่างจากตารางสำเร็จรูปของเครจซี่และมอร์แกน (Krejcie & Morgan) จะได้กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษานี้ทั้งสิ้น จำนวน 171 คน ใช้การสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple Random Sampling) โดยการจับฉลากรายชื่อของผู้ป่วยโรคเบาหวาน แบบไม่คืน

กลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับการศึกษา

1. เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria)

(1) กลุ่มตัวอย่างมีความสมัครใจในการให้ข้อมูล โดยไม่ได้ถูกบังคับจากผู้บังคับบัญชาในหน่วยงาน ซึ่งผู้วิจัยจะดำเนินการสุ่มตัวอย่าง และเมื่อกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่ถูกสุ่มได้ จะดำเนินการถามความสมัครใจในการให้ข้อมูล

(2) กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ที่สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้ด้วยตนเอง

(3) กลุ่มตัวอย่างไม่มีการเจ็บป่วยรุนแรงที่เป็นอุปสรรคต่อการให้ข้อมูล

2. เกณฑ์การคัดออกกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion criteria)

(1) ผู้ที่ไม่สามารถตอบแบบสอบถามได้ครบถ้วน

(2) เป็นผู้อ่านภาษาไทยด้วยตนเองไม่ได้

(3) ไม่ยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย

เครื่องมือในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่มีอิทธิพลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดสะสมของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ตำบลโมคลาน อำเภอบำเหน็จณรงค์ จังหวัดนครราชสีมา โดยอาศัยการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล การรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรคเบาหวาน และสิ่งชักนำให้ปฏิบัติ การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรคของการดูแลสุขภาพตนเองในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความชัดเจนครอบคลุมและความเหมาะสมของภาษาความเหมาะสมของกิจกรรม โดยผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 ท่าน ผู้วิจัยนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มอย่าง แต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คนที่ เพื่อนำมาประเมินค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) แบ่งออกเป็น 3 ตอน ดังนี้

(1) ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม จำนวน 8 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ รายได้ ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน และค่าระดับน้ำตาลในเลือดสะสม (HbA1C)

(2) ตอนที่ 2 การรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรคเบาหวาน จำนวน 10 ข้อ ในแต่ละข้อใช้มาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ และให้น้ำหนักคะแนนในแต่ละระดับ โดยกำหนด ดังนี้

5	หมายถึง	เห็นด้วยอย่างยิ่ง
4	หมายถึง	เห็นด้วย
3	หมายถึง	ไม่แน่ใจ



- | | | |
|---|---------|----------------------|
| 2 | หมายถึง | ไม่เห็นด้วย |
| 1 | หมายถึง | ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง |

(3) ตอนที่ 3 สิ่งชักนำให้ปฏิบัติ การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรคของการดูแลสุขภาพตนเองในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน จำนวน 10 ข้อ ในแต่ละข้อใช้มาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ และให้มิน้ำหนักคะแนนในแต่ละระดับ โดยกำหนด ดังนี้

- | | | |
|---|---------|----------------------|
| 5 | หมายถึง | เห็นด้วยอย่างยิ่ง |
| 4 | หมายถึง | เห็นด้วย |
| 3 | หมายถึง | ไม่แน่ใจ |
| 2 | หมายถึง | ไม่เห็นด้วย |
| 1 | หมายถึง | ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง |

การแปลผลคะแนนที่ได้จากการตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยได้แบ่งการแปลผลออกเป็น 3 ระดับ โดยวิธีการกำหนดเกณฑ์ตามช่วงคะแนนตามแนวคิดของเบสท์ (Best, 1977 อ้างถึงใน ทฤษฎี ขวัญชัยสิทธิ์และคณะ, 2555: 30) ดังนี้

ได้ช่วงคะแนนและความหมายดังนี้

3.68-5.00 คะแนน หมายถึง การรับรู้อยู่ในระดับสูง

2.34-3.67 คะแนน หมายถึง การรับรู้อยู่ในระดับปานกลาง

1.00-2.33 คะแนน หมายถึง การรับรู้อยู่ในระดับต่ำ

การรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

1. ก่อนเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้ดำเนินการขออนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมในคนของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช

2. ภายหลังผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมในคนของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

นครศรีธรรมราชแล้ว ผู้วิจัยจัดทำหนังสือเพื่อขอความอนุเคราะห์กับสาธารณสุขอำเภอกำแพงแสน เพื่อการขอเข้าเก็บข้อมูลในการทำวิจัย

3. ผู้วิจัยดำเนินงานประสานงานกับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อนัดหมายเข้าเก็บข้อมูล โดยกำหนดเป็นวันนัดของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการในแต่ละหน่วยบริการ

4. ทีมผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลภาคสนาม โดยจะแนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่างเพื่อทำความรู้จักและขอความร่วมมือในการทำแบบประเมิน พร้อมชี้แจงวัตถุประสงค์และวิธีการตอบแบบประเมิน

5. ทีมผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์ตามแบบสอบถาม ใช้เวลาประมาณ 30 –45 นาที

6. หลังจากเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้อง ความครบถ้วนของข้อมูลเพื่อทำการวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป สำหรับแบบประเมินที่กลุ่มตัวอย่างตอบไม่สมบูรณ์จะไม่นำไปวิเคราะห์ต่อ

การวิเคราะห์ข้อมูล

(1) ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) อธิบายคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ใช้ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)

(2) อธิบายระดับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ตำบลโมคลาน อำเภอกำแพงแสน จังหวัดนครศรีธรรมราช โดยวิเคราะห์หาค่าเฉลี่ยและนำผลการวิเคราะห์มาเทียบกับเกณฑ์ และแปลความหมายของค่าเฉลี่ย

(3) อธิบายแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่มีอิทธิพลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดสะสมของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ตำบลโมคลาน อำเภอกำแพงแสน จังหวัดนครศรีธรรมราช โดยใช้การถดถอยโลจิสติก (Logistic Regression)

จริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยชิ้นนี้ได้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช เอกสารรับรองเลขที่ 156/2567 รหัสโครงการ NSTPH 156/2567 วันที่รับรอง 3 ตุลาคม 2567

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 128 คน (ร้อยละ 74.85) มากกว่าเพศชายซึ่งมีจำนวน 43 คน (ร้อยละ 25.15) ช่วงอายุของกลุ่มตัวอย่างอยู่ระหว่าง 30-66 ปี โดยมีอายุเฉลี่ย (M) 47.41 ปี และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) 8.91 ปี กลุ่มอายุที่มีจำนวนมากที่สุดคือ 51-60 ปี จำนวน 71 คน (ร้อยละ 41.52) รองลงมาคือช่วงอายุ 41-50 ปี จำนวน 62 คน (ร้อยละ 36.26) ด้านสถานภาพสมรส กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสหรือมีคู่ จำนวน 84 คน (ร้อยละ 49.12) รองลงมาคือโสด จำนวน 49 คน (ร้อยละ 28.66)

สำหรับระดับการศึกษาสูงสุด พบว่าส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา จำนวน 65 คน (ร้อยละ 38.01) รองลงมาคือระดับมัธยมศึกษาตอนต้น จำนวน 57 คน (ร้อยละ 33.33) ด้านอาชีพ กลุ่มตัวอย่างประกอบอาชีพค้าขายมากที่สุด จำนวน 54 คน (ร้อยละ 31.58) รองลงมาคืออาชีพเกษตรกร จำนวน 49 คน (ร้อยละ 28.65) และไม่ได้ประกอบอาชีพ จำนวน 29 คน (ร้อยละ 16.96) รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในช่วง 1,000-17,500 บาท โดยมีรายได้เฉลี่ย 7,166.57 บาท (SD = 3,552.71 บาท) ส่วนใหญ่มีรายได้อยู่ในช่วง 5,001-10,000 บาท จำนวน 83 คน (ร้อยละ 48.54) ระยะเวลาการเป็นโรคเบาหวานเฉลี่ยอยู่ที่ 3.95 ปี (SD = 2.36 ปี) โดยส่วนใหญ่เป็นโรคเบาหวานมาแล้ว 1-5 ปี จำนวน 103 คน (ร้อยละ 60.23) ด้านระดับน้ำตาลในเลือดสะสม (HbA1C) พบว่ามีค่าอยู่ในช่วง 4.98-9.84 โดยมีค่าเฉลี่ย 6.41 (SD = 1.59) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี (HbA1C < 7) จำนวน 119 คน (ร้อยละ 69.59) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n = 171)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	43	25.15
หญิง	128	74.85
อายุ	Range=30-66, M=47.41, SD=8.91	
31-40 ปี	24	14.04
41-50 ปี	62	36.26
51-60 ปี	71	41.52
60 ปีขึ้นไป	14	8.19
สถานภาพสมรส		
โสด	49	28.66
คู่	84	49.12

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
หม้าย	12	7.02
หย่าร้าง/แยกกันอยู่	26	15.20
ระดับศึกษาสูงสุด		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	14	8.19
ประถมศึกษา	65	38.01
มัธยมศึกษาตอนต้น	57	33.33
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	16	9.36
อนุปริญญา/ปวส.	15	8.77
ปริญญาตรีขึ้นไป	4	2.34
อาชีพ		
ไม่มีอาชีพ	29	16.96
ค้าขาย	54	31.58
รับจ้าง	24	14.04
เกษตรกรรม	49	28.65
ธุรกิจส่วนตัว	15	8.77
รายได้ต่อเดือนโดยประมาณ (บาท)	Range=1,000-17,500, M=7,166.57, SD=3,552.71	
1,000-5,000	36	21.05
5,001-10,000	83	48.54
10,001-15,000	34	19.88
มากกว่า 15,000	18	10.53
ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน	Range=1-10, M=3.95, SD=2.36	
1-5 ปี	103	60.23
มากกว่า 5 ปี	68	39.77
ค่าระดับน้ำตาลในเลือดสะสม (HbA1C)	Range=4.98-9.84, M=6.41, SD=1.59	
ควบคุมได้ (HbA1C < 7)	119	69.59
ควบคุมไม่ได้ (HbA1C ≥ 7)	52	30.41

2. การรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรคเบาหวาน

การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้อยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 111 คน (ร้อยละ 64.91) รองลงมาคือระดับสูง จำนวน 57 คน (ร้อยละ 33.33) และมีเพียง 3

คน (ร้อยละ 1.76) ที่มีการรับรู้อยู่ในระดับต่ำ ในส่วนของการรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวาน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้อยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 92 คน (ร้อยละ 53.80) รองลงมาคือระดับสูง จำนวน 71 คน (ร้อยละ 41.52) ขณะที่ไม่มีเพียง 8 คน (ร้อยละ 4.68) เท่านั้นที่มีการรับรู้อยู่ในระดับต่ำ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรคเบาหวาน (n = 171)

ระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรคเบาหวาน	จำนวน	ร้อยละ
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค		
การรับรู้อยู่ในระดับต่ำ	3	1.76
การรับรู้อยู่ในระดับปานกลาง	111	64.91
การรับรู้อยู่ในระดับสูง	57	33.33
การรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดโรค		
การรับรู้อยู่ในระดับต่ำ	8	4.68
การรับรู้อยู่ในระดับปานกลาง	92	53.80
การรับรู้อยู่ในระดับสูง	71	41.52

3. สิ่งชักนำให้ปฏิบัติ การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรคของการดูแลสุขภาพตนเองในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับสิ่งชักนำให้ปฏิบัติในการดูแลสุขภาพตนเองอยู่ในระดับสูง จำนวน 118 คน (ร้อยละ 69.01) รองลงมาคือระดับปานกลาง จำนวน 53 คน (ร้อยละ 30.99) โดยไม่มีผู้ใดที่มีสิ่งชักนำ

ให้ปฏิบัติอยู่ในระดับต่ำ (ร้อยละ 0.00) ด้านการรับรู้อุปสรรคของการดูแลสุขภาพตนเอง พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้อุปสรรคอยู่ในระดับสูง จำนวน 84 คน (ร้อยละ 49.72) รองลงมาคืออยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 80 คน (ร้อยละ 46.78) ขณะที่เพียง 7 คน (ร้อยละ 4.09) เท่านั้นที่มีการรับรู้อุปสรรคในระดับต่ำ ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 สิ่งชักนำให้ปฏิบัติ การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรคของการดูแลสุขภาพตนเองในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน (n = 171)

ระดับสิ่งชักนำให้ปฏิบัติ การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรคของการดูแลสุขภาพตนเองในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน	จำนวน	ร้อยละ
สิ่งชักนำให้ปฏิบัติในการดูแลสุขภาพตนเองในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน		
การรับรู้อยู่ในระดับต่ำ	0	0.00
การรับรู้อยู่ในระดับปานกลาง	53	30.99
การรับรู้อยู่ในระดับสูง	118	69.01
การรับรู้อุปสรรคของการดูแลสุขภาพตนเองในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน		
การรับรู้อยู่ในระดับต่ำ	7	4.09
การรับรู้อยู่ในระดับปานกลาง	80	46.78
การรับรู้อยู่ในระดับสูง	84	49.72

4. การวิเคราะห์อย่างหยาบแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่มีอิทธิพลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดสะสมของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ตำบลโมคลาน อำเภอนาทวี จังหวัดนครศรีธรรมราช

การวิเคราะห์เชิงเดี่ยว (Univariate Analysis) เกี่ยวกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่มีอิทธิพลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดสะสม (HbA1C) ของผู้ป่วยโรคเบาหวานในตำบลโมคลาน อำเภอนาทวี จังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่าองค์ประกอบทุกด้านของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่ศึกษามีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ($p\text{-value} < 0.001$) โดยการวิเคราะห์อัตราส่วนความเสี่ยงสัมพัทธ์ (Odds Ratio: OR) และช่วงความเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95 (95% Confidence Interval: 95%CI) ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน พบว่า ผู้ป่วยที่มีการรับรู้ใน

ระดับสูงมีโอกาสควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดสะสมได้ดีกว่าผู้ที่มีการรับรู้ในระดับปานกลาง 2.11 เท่า (OR = 2.11, 95%CI = 1.87–4.86) การรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวาน พบว่า ผู้ป่วยที่มีการรับรู้ในระดับสูงมีโอกาสควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีกว่าผู้ที่มีการรับรู้ในระดับปานกลาง 2.64 เท่า (OR = 2.64, 95%CI = 1.68–3.04) สำหรับสิ่งชักนำให้ปฏิบัติในการดูแลสุขภาพตนเอง พบว่า ผู้ป่วยที่มีสิ่งชักนำในระดับสูงมีโอกาสควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีเพิ่มขึ้น 2.15 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ที่มีสิ่งชักนำในระดับปานกลาง (OR = 2.15, 95%CI = 1.59–5.54) ในส่วนของการรับรู้อุปสรรคในการดูแลสุขภาพตนเอง พบว่า ผู้ป่วยที่มีการรับรู้อุปสรรคในระดับสูงกลับมีแนวโน้มสัมพันธ์กับโอกาสควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีเพิ่มขึ้น 1.78 เท่า (OR = 1.78, 95%CI = 1.12–2.94) ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การวิเคราะห์อย่างหยาบแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่มีอิทธิพลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดสะสมของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ตำบลโมคลาน อำเภอนาทวี จังหวัดนครศรีธรรมราช

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ	OR	95%CI	p-value
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน			
ปานกลาง	Ref.		<0.001
สูง	2.11	1.87-4.86	
การรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดโรคเบาหวาน			
ปานกลาง	Ref.		<0.001
สูง	2.64	1.68-3.04	
สิ่งชักนำให้ปฏิบัติในการดูแลสุขภาพตนเองในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน			
ปานกลาง	Ref.		<0.001
สูง	2.15	1.59-5.54	
การรับรู้อุปสรรคของการดูแลสุขภาพตนเองในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน			
ปานกลาง	Ref.		<0.001
สูง	1.78	1.12-2.94	

5. การวิเคราะห์หาค่าตัวแปรแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่มีอิทธิพลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดสะสมของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ตำบลโมคลาน อำเภอบ้านลาด จังหวัดนครศรีธรรมราช

การวิเคราะห์อัตราส่วนความเสี่ยงสัมพัทธ์ (Odds Ratio: OR) พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานในระดับสูง มีค่า Adjusted OR เท่ากับ 3.18 (95% CI = 0.97-4.11, $p = 0.084$) แสดงว่าผู้ที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงในระดับสูงมีแนวโน้มควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีกว่า อย่างไรก็ตาม เนื่องจากค่า $p > 0.05$ จึงไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ สำหรับการรับรู้ความรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวานในระดับสูง มีค่า Adjusted OR เท่ากับ 2.71 (95% CI = 1.78-3.55, $p < 0.001$) บ่งชี้ว่าผู้ที่ตระหนักถึงความรุนแรงของโรคในระดับสูง

สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดสะสมได้ดีกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในส่วนของสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพตนเองในระดับสูง มีค่า Adjusted OR เท่ากับ 2.22 (95% CI = 1.87-5.01, $p < 0.001$) สะท้อนให้เห็นว่าแรงจูงใจหรือสิ่งสนับสนุนจากภายนอก เช่น การให้ความรู้ การสนับสนุนจากครอบครัว หรือบุคลากรทางการแพทย์ มีอิทธิพลอย่างมีนัยสำคัญต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และการรับรู้อุปสรรคในการดูแลสุขภาพตนเองในระดับสูง มีค่า Adjusted OR เท่ากับ 1.55 (95% CI = 0.96-1.63, $p = 0.126$) แม้จะมีแนวโน้มว่าการรับรู้อุปสรรคระดับสูงอาจส่งผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาล แต่ผลการศึกษาไม่พบนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 การวิเคราะห์หาค่าตัวแปรแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่มีอิทธิพลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดสะสมของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ตำบลโมคลาน อำเภอบ้านลาด จังหวัดนครศรีธรรมราช

ปัจจัย	OR Crude	OR Adjust	95%CI	p-value
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน				
ปานกลาง	Ref.	Ref.		0.084
สูง	2.11	3.18	0.97-4.11	
การรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดโรคเบาหวาน				
ปานกลาง	Ref.	Ref.		<0.001
สูง	2.64	2.71	1.78-3.55	
สิ่งชักนำให้ปฏิบัติดูแลสุขภาพตนเองในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน				
ปานกลาง	Ref.	Ref.		<0.001
สูง	2.15	2.22	1.87-5.01	
การรับรู้อุปสรรคของการดูแลสุขภาพตนเองในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน				
ปานกลาง	Ref.	Ref.		
สูง	1.78	1.55	0.96-1.63	0.126

อภิปรายผล

จากผลการวิจัยเรื่องแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่มีอิทธิพลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดสะสมของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ตำบลโมคลาน อำเภอนาทวี จังหวัดนครศรีธรรมราช มีประเด็นที่น่าสนใจ อภิปรายไว้ดังนี้

1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรคเบาหวาน ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 64.91 รองลงมาคือระดับสูง ร้อยละ 33.33 และมีเพียงส่วนน้อยที่รับรู้อยู่ในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 1.76 ในทำนองเดียวกับการรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวาน ผู้ป่วยส่วนใหญ่รับรู้อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 53.80 รองลงมาคือระดับสูง ร้อยละ 41.52 และมีเพียงร้อยละ 4.68 ที่รับรู้อยู่ในระดับต่ำ ข้อค้นพบนี้แสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานส่วนใหญ่มีความตระหนักรู้เกี่ยวกับความเสี่ยงและความรุนแรงของโรคในระดับที่เหมาะสม ซึ่งถือเป็นปัจจัยสำคัญที่จะกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองอย่างเหมาะสม การรับรู้ความเสี่ยง (Perceived Susceptibility) และการรับรู้ความรุนแรง (Perceived Severity) นับเป็นองค์ประกอบหลักของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model: HBM) ซึ่งมีอิทธิพลต่อการตัดสินใจของบุคคลในการแสดงพฤติกรรมเพื่อป้องกันหรือควบคุมโรค (Rosenstock, 1974) เมื่อบุคคลตระหนักว่าตนเองมีความเสี่ยงสูง และรับรู้โรคที่เป็นอยู่มีความรุนแรง มักจะเกิดแรงจูงใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในทิศทางที่ดียิ่งขึ้น

ผลการศึกษาสอดคล้องกับงานวิจัยของเพชรรัตน์ เกิดดอนแฝก และคณะ (2553) ที่ศึกษาการรับรู้ความเสี่ยงในญาติสายตรงของผู้ป่วยเบาหวาน ซึ่งพบว่า

กลุ่มที่มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคในระดับสูงมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติตนเพื่อดูแลสุขภาพมากกว่า นอกจากนี้ การศึกษาของภัทรวดี สมบูรณ์ และคณะ (2562) ยังพบว่า การรับรู้ภาวะเสี่ยงและความรุนแรงมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับความรู้จากบุคลากรสาธารณสุข งานวิจัยของจันทนา จิตต์อารี (2563) ในจังหวัดราชบุรี ได้รายงานผลในทิศทางเดียวกันว่า ผู้ป่วยเบาหวานที่รับรู้ความรุนแรงของโรคในระดับสูง มีพฤติกรรมการควบคุมอาหารและออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอมากกว่ากลุ่มที่มีการรับรู้ในระดับต่ำ ในขณะเดียวกัน การศึกษาของสมนึก เกษตรโยธิน (2560) พบความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความเสี่ยงสูงในผู้ป่วยเบาหวานกับความสม่ำเสมอในการมาตรวจสุขภาพและการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอย่างมีนัยสำคัญ รวมถึงการศึกษาของธนิดา ทองแสง (2561) และสุนิสา แซ่ลิ่ม (2565) ได้ยืนยันว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคมีอิทธิพลโดยตรงต่อแรงจูงใจภายในของผู้ป่วย ซึ่งส่งผลต่อการดูแลสุขภาพตนเอง โดยเฉพาะในด้านการรับประทานอาหาร การควบคุมระดับน้ำตาล และการมาตรวจตามนัด สิ่งเหล่านี้แสดงให้เห็นถึงความเชื่อมโยงอย่างชัดเจนระหว่างการรับรู้กับการปฏิบัติตนของผู้ป่วย อย่างไรก็ตาม แม้ว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จะมีการรับรู้ในระดับปานกลางถึงสูง แต่ยังคงมีกลุ่มที่มีการรับรู้ในระดับต่ำ ซึ่งอาจเกิดจากการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพที่ถูกต้องได้ไม่เพียงพอ มีความรู้เกี่ยวกับโรคที่จำกัด หรือยังไม่เคยมีประสบการณ์ตรงกับภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน ปัจจัยเหล่านี้ล้วนเป็นประเด็นสำคัญที่ควรได้รับความใส่ใจในการพัฒนาโปรแกรมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง โดยมุ่งเน้นการเสริมสร้างความรู้ ความเข้าใจ และสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต



2. สิ่งชักนำให้ปฏิบัติ และการรับรู้อุปสรรคของการดูแลสุขภาพตนเองในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน จากการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับสิ่งชักนำให้ปฏิบัติในการดูแลสุขภาพตนเองอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 69.01) รองลงมาคือระดับปานกลาง และไม่มีผู้ใดที่มีระดับสิ่งชักนำอยู่ในระดับต่ำ ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับแรงจูงใจและแรงสนับสนุนที่เหมาะสม ไม่ว่าจะเป็นจากครอบครัว เพื่อน บุคลากรสาธารณสุข หรือแหล่งข้อมูลสุขภาพอื่น ๆ โดยแรงสนับสนุนเหล่านี้มีบทบาทสำคัญในการกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนัก และพร้อมที่จะดูแลตนเอง อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับการรับรู้อุปสรรคในการดูแลสุขภาพตนเองในระดับสูง (ร้อยละ 49.72) รองลงมาคือระดับปานกลาง และมีเพียงส่วนน้อยที่มีระดับการรับรู้อุปสรรคในระดับต่ำ สะท้อนให้เห็นว่าแม้จะมีแรงสนับสนุนที่ดี แต่ผู้ป่วยเบาหวานยังคงเผชิญกับอุปสรรคหลายด้าน เช่น การขาดเวลา ความรู้ที่ไม่เพียงพอ ปัญหาเศรษฐกิจ หรือข้อจำกัดด้านสุขภาพร่างกาย ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ขัดขวางการปฏิบัติตนอย่างเหมาะสม

ผลการศึกษาที่สอดคล้องกับงานวิจัยของสมนึก เกษตรโยธิน (2560) ซึ่งพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับสูงมีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่เหมาะสมมากกว่าผู้ที่ได้รับแรงสนับสนุนน้อย โดยเฉพาะในด้านการควบคุมอาหาร ออกกำลังกาย และการมาตรวจสุขภาพตามนัด ซึ่งเป็นกลไกสำคัญในการควบคุมโรคเบาหวานอย่างมีประสิทธิภาพ ขณะเดียวกัน การรับรู้อุปสรรคที่สูงก็เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญ ดังที่จันทนา จิตต์อารี (2563) พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานที่มีการรับรู้อุปสรรคในระดับสูงมักมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่ไม่ต่อเนื่อง เช่น การไม่ควบคุมอาหาร ขาดความ

สม่ำเสมอในการออกกำลังกาย หรือไม่มาตรวจตามนัด ดังนั้น แม้จะมีแรงจูงใจหรือแรงสนับสนุนที่ดี หากไม่สามารถจัดการกับอุปสรรคที่เผชิญอยู่ได้ ก็ยังอาจส่งผลต่อคุณภาพการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วย และงานวิจัยของ เพชรรัตน์ เกิดตอนแฝก และคณะ (2553) พบว่าปัจจัยด้านแรงสนับสนุนจากครอบครัวและบุคลากรสุขภาพมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับการตัดสินใจดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วย ขณะที่การขาดความรู้และการสนับสนุนด้านเวลา เป็นอุปสรรคหลักที่ผู้ป่วยต้องเผชิญอย่างต่อเนื่อง ในส่วนของการศึกษาของสมบุรณ์ เกษมสันต์ (2561) ยังระบุว่า การส่งเสริมสิ่งชักนำเชิงบวก เช่น การให้คำปรึกษาอย่างใกล้ชิด การจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพในชุมชน และการติดตามผลอย่างต่อเนื่อง มีผลอย่างมากต่อการลดอุปสรรคและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพที่ดีในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน ดังนั้น การพัฒนาแผนการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนควรมุ่งเน้นทั้งการเสริมแรงจูงใจและการลดอุปสรรคในการปฏิบัติตนอย่างเป็นระบบ โดยเฉพาะการให้ความรู้ที่เหมาะสม การสนับสนุนจากครอบครัว และการเข้าถึงบริการสุขภาพที่สะดวกและต่อเนื่อง ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินพฤติกรรมดูแลสุขภาพได้อย่างยั่งยืน

3. แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่มีอิทธิพลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดสะสมของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ตำบลโมคลาน อำเภอนาทวี จังหวัดนครศรีธรรมราช จากการศึกษาพบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวานและสิ่งชักนำให้ปฏิบัติในการดูแลสุขภาพตนเองเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดสะสม (HbA1C) ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยผู้ที่รับรู้ถึงความรุนแรงของโรคในระดับสูงมีโอกาสควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ การได้รับแรงสนับสนุนจากภายนอก เช่น ข้อมูลสุขภาพและการส่งเสริมจาก

ครอบครัวหรือบุคลากรทางการแพทย์ ยังมีบทบาทสำคัญในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วย

ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยของชนิตยา พวงมาลี และพรพิมล ชูพานิช (2561) พบว่าโปรแกรมการดูแลตนเองแบบผสมผสานช่วยเพิ่มความรู้และพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ได้อย่างมีนัยสำคัญ การวิจัยของพรพิมล อุติผล (2561) ที่ใช้โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโดยประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและทฤษฎีการรับรู้ความสามารถในตนเอง พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมมีพฤติกรรมสุขภาพดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนี้ วนิดา คู่เคียงบุญ และคณะ (2566) ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาพเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพดีขึ้นและระดับน้ำตาลในเลือดลดลงอย่างมีนัยสำคัญ และการศึกษาของศิริกุล ศรีหนา (2564) ที่พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยใช้การสื่อสารทาง Line พบว่าผู้ป่วยมีความรู้และพฤติกรรมดูแลตนเองดีขึ้น และค่า HbA1C ลดลงอย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนี้ การวิจัยของจิตติพร ศรีสะเกตุ และคณะ (2560) ที่ทบทวนแนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหารเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานไทย พบว่าการใช้กระบวนการกลุ่มและแรงสนับสนุนทางสังคมช่วยให้ผู้ป่วยปรับพฤติกรรมการรับประทานอาหารได้ดีขึ้น รวมถึงการศึกษาของสุรากรีนุสนธ์ และคณะ (2559) พบว่าการใช้กระบวนการกลุ่มและแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพส่งผลให้กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานมีพฤติกรรมดูแลตนเองในการป้องกันโรคเบาหวานดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ จากผลการวิจัยดังกล่าว สะท้อนให้เห็นว่าการรับรู้ความรุนแรงของโรคและการได้รับแรงสนับสนุนจากภายนอก

เป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ดังนั้น ควรมีการส่งเสริมความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับความรุนแรงของโรค รวมถึงการสร้างแรงสนับสนุนจากครอบครัวและบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วย

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. พัฒนากิจกรรมให้ความรู้ด้านสุขภาพที่เน้นการสร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับความรุนแรงของโรคเบาหวานอย่างต่อเนื่อง ควรจัดให้มีการอบรมหรือให้ความรู้แบบเข้มข้นเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน เช่น โรคไต เบาหวานขึ้นตา หรือแผลเรื้อรัง เพื่อให้ผู้ป่วยตระหนักถึงผลกระทบในระยะยาว ซึ่งจะช่วยกระตุ้นให้เกิดความเข้าใจใน “ความรุนแรงของโรค” มากยิ่งขึ้น ซึ่งจากผลวิจัยพบว่าผู้ที่มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคในระดับสูงจะสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2. เสริมสร้างแรงสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชน เพื่อเพิ่มสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ควรมีการส่งเสริมให้สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย เช่น การให้กำลังใจในการควบคุมอาหาร การออกกำลังกายร่วมกัน หรือช่วยในการติดตามการใช้ยาและมาตรวัดระดับน้ำตาลในเลือด ซึ่งผลการวิจัยพบว่า ผู้ที่มีสิ่งชักนำหรือแรงสนับสนุนจากภายนอกในระดับสูง จะมีโอกาสควบคุมระดับน้ำตาลสะสมได้ดีกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3. พัฒนาระบบสนับสนุนเพื่อลดอุปสรรคในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย โดยเฉพาะในประเด็นเรื่องเวลา ความรู้ และการเข้าถึงทรัพยากรสุขภาพ ควรออกแบบกิจกรรมการดูแลสุขภาพที่มีความยืดหยุ่น เช่น

การให้คำปรึกษาผ่านช่องทางออนไลน์ การนัดหมายที่เหมาะสมกับเวลาในการทำงานของผู้ป่วย หรือการจัดชุดความรู้ที่เข้าใจง่ายและนำไปใช้ได้จริงในชีวิตประจำวัน เนื่องจากผลการวิจัยพบว่า แม้ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีแรงจูงใจในการดูแลตนเอง แต่ยังคงรับรู้อุปสรรคในระดับสูง ซึ่งเป็นปัจจัยที่อาจขัดขวางพฤติกรรมสุขภาพในระยะยาว

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรขยายกลุ่มตัวอย่างให้หลากหลายมากขึ้นในด้านพื้นที่และบริบททางสังคม งานวิจัยนี้มุ่งศึกษาเฉพาะผู้ป่วยเบาหวานในตำบลโมคลาน อำเภอบำเหน็จณรงค์ จังหวัดนครราชสีมา ซึ่งอาจไม่ครอบคลุมถึงความแตกต่างด้านวัฒนธรรม เศรษฐฐานะ หรือระบบบริการสุขภาพในพื้นที่อื่น ดังนั้นการวิจัยในอนาคตควรศึกษาจากหลายชุมชนหรือหลายจังหวัดเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างและเพิ่มความน่าเชื่อถือของผลลัพธ์

เอกสารอ้างอิง

- ชนัตยา พวงมาลี, & พรพิมล ชูพานิช. (2561). ประสิทธิภาพของโปรแกรมการดูแลตนเองแบบผสมผสานต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอนองแสง จังหวัดอุดรธานี. *วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 11(4), 92-104.
- จันทนา จิตต์อารี. (2563). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน จังหวัดราชบุรี. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า*, 31(1), 45-56.
- จันทนา จิตต์อารี. (2563). พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลละแม จังหวัดชุมพร. *วารสารสุขภาพศึกษา*, 43(1), 45-56.
- จิตติพร ศรีชะเกตุ, พรพิมล ชัยสา, อศนี วันชัย, เยาวลักษณ์ มีบุญมาก, & วิริยา โพธิ์ขวาง ยุสท์. (2560). แนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหารเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานไทย: การสังเคราะห์งานวิจัยอย่างเป็นระบบ. *วารสารมรดกวัฒนธรรมและวิทยาศาสตร์เทคโนโลยี มหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเซีย*, 11(2), 156-168.
- ธนิดา ทองแสง. (2561). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงของโรคกับพฤติกรรมการควบคุมอาหารในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. *วารสารสุขภาพศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์*, 4(2), 101-113.

2. ควรใช้วิธีวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Methods) เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึก การใช้เฉพาะแบบสอบถามอาจไม่สามารถสะท้อนแรงจูงใจ ความเชื่อหรืออุปสรรคของผู้ป่วยได้อย่างครบถ้วน การวิจัยครั้งต่อไปควรเสริมการเก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึกหรือสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) เพื่อให้เข้าใจเจตคติ พฤติกรรม และบริบทการใช้ชีวิตของผู้ป่วยในมิติที่หลากหลายยิ่งขึ้น

3. ควรศึกษาปัจจัยเพิ่มเติมที่อาจมีอิทธิพลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด เช่น การรับรู้ความสามารถในตนเอง หรือความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) จากผลการศึกษาในครั้งนี้พบว่าแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมีอิทธิพลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด แต่ยังมีปัจจัยด้านจิตวิทยาและสังคมอื่นๆ ที่อาจมีผลเช่นกัน การวิจัยในอนาคตจึงควรศึกษาในประเด็นเสริมเหล่านี้ เพื่อสร้างองค์ความรู้ที่ครอบคลุมยิ่งขึ้นในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน

- พรพิมล อุลิตผล. (2561). การใช้โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานโดยใช้กรอบแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและทฤษฎีการรับรู้ความสามารถในตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลเขาพนม อำเภเขาพนม จังหวัดกระบี่. *วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 3(3), 441-452.
- ภัทรวดี สมบูรณ์. (2562). การรับรู้ความเสี่ยงและความรุนแรงของโรคเบาหวานที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. *วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา*, 14(3), 67-75.
- เพชรรัตน์ เกิดดอนแฝก, & คณะ. (2553). การรับรู้ความเสี่ยงและการป้องกันโรคเบาหวานในญาติสายตรงของผู้ป่วยเบาหวาน. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 28(2), 30-42.
- วนิดา คู่เคียงบุญ, นันทยา นนเลาพล, พิธิษฐ์ เสรีธรรมะพิทักษ์, สิโรณี พองแก้ว, & ไชพร อุ่นเทียน. (2566). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาพต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 32(1), 80-91.
- ศิริกุล ศรีหนา. (2564). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยใช้การสื่อสารทาง Line ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดอุดรธานี. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข*, 35(2), 10-23.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช. (2566). *รายงานสถานการณ์โรคเบาหวานในจังหวัดนครศรีธรรมราช ปี 2566*. นครศรีธรรมราช: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช.
- สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย. (2561). *การจัดการโรคเบาหวานในประเทศไทย: ผลกระทบและความท้าทาย*. *วารสารการแพทย์ไทย*, 98(1), 12-18.
- สมบูรณ์ เกษมสันต์. (2561). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. *วารสารสาธารณสุขชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 14(2), 22-34.
- สมนึก เกษตรโยธิน. (2560). การรับรู้ความเสี่ยงของผู้ป่วยเบาหวานกับพฤติกรรมการมาตรวจสุขภาพ. *วารสารสุขภาพชุมชน*, 23(2), 115-124.
- สมนึก เกษตรโยธิน. (2560). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2. *วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 10(2), 1-12.
- สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. (2562). *รายงานสถานการณ์โรคเบาหวานในประเทศไทย*. เข้าถึงจาก <https://www.hsri.or.th>
- สุกัญญา แซ่ลี. (2551). การประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุและเหงือกอักเสบของนักเรียน. *วารสารสาธารณสุขชุมชน*, 14(1), 23-35.
- สุนิสา แซ่ลิ้ม. (2565). การรับรู้ความรุนแรงของโรคและความงุนใจภายในที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน. *วารสารสุขศึกษา*, 46(1), 22-33.
- สุรารักษ์ หนูแบน, สุภาภรณ์ แสงนุ่น, & วัชรพร จันทร์แจ่ม. (2559). ผลของโปรแกรมการป้องกันโรคเบาหวานโดยใช้กระบวนการกลุ่มและแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน. *วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 9(2), 22-33.



- Bond, G. E., Burr, R. L., Wolf, F. M., & Feldt, K. (2002). The effects of a web-based intervention on the physical activity and nutrition behaviors of persons with type 2 diabetes: A randomized trial. *Preventive Medicine, 34*(1), 45–52. <https://doi.org/10.1006/pmed.2001.0951>
- Glanz, K., Rimer, B. K., & Viswanath, K. (2008). *Health behavior and health education: Theory, research, and practice* (4th ed.). John Wiley & Sons.
- Khumkaew, P., Pongmesa, T., & Sritabut, B. (2012). Factors affecting self-management behaviors among Thai patients with type 2 diabetes. *Journal of Nursing and Health Sciences, 4*(2), 120–128.
- Pongmesa, T., Khumkaew, P., & Sritabut, B. (2019). Effect of health education and support on self-management behaviors among type 2 diabetic patients in Thailand. *Journal of Public Health and Development, 17*(1), 80–92.
- Rosenstock, I. M. (1974). Historical origins of the health belief model. *Health Education Monographs, 2*(4), 328–335. <https://doi.org/10.1177/109019817400200403>

ประสิทธิผลของสื่ออินโฟกราฟิกแบบโต้ตอบตามแนวคิดแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ
ต่อความรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกในกลุ่มวัยทำงาน

The Effectiveness of Interactive Infographics Based on the
Health Belief Model on Knowledge and Dengue
Prevention Behaviors Among Working-Age Adults.

สุเมธ จริงจิตร

Sumet Jingjit

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองตรุด จังหวัดตรัง

(Received: January 30, 2025; Accepted: February 26, 2025)

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) เปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคไข้เลือดออกของกลุ่มวัยทำงานก่อนและหลังการใช้สื่ออินโฟกราฟิกแบบโต้ตอบ 2) เปรียบเทียบระดับการรับรู้ตามองค์ประกอบของแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพก่อนและหลังการใช้สื่อ 3) เปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกก่อนและหลังการใช้สื่อ และ 4) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างระดับการรับรู้ตามองค์ประกอบของแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียว วัดผลก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างคือประชาชนวัยทำงาน อายุ 20-59 ปี ในตำบลหนองตรุด อำเภอเมือง จังหวัดตรัง จำนวน 60 คน เลือกโดยวิธีเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์คัดเข้า เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 1) สื่ออินโฟกราฟิกแบบโต้ตอบตามแนวคิดแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ 2) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป 3) แบบทดสอบความรู้ 4) แบบสอบถามการรับรู้ตามองค์ประกอบของแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ และ 5) แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา การทดสอบที่แบบจับคู่ และสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการวิจัยพบว่า หลังการใช้สื่ออินโฟกราฟิกแบบโต้ตอบ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้เพิ่มขึ้นจาก 8.92 เป็น 13.05 คะแนน ($p < 0.001$) การรับรู้ตามองค์ประกอบของแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นจากระดับปานกลาง (3.33) เป็นระดับสูง (3.94) ในทุกองค์ประกอบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยการรับรู้โอกาสเสี่ยงเพิ่มขึ้นมากที่สุด (1.23) และการรับรู้อุปสรรคลดลง (0.79) พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกเพิ่มขึ้นจากระดับปานกลาง (2.40) เป็นระดับสูง (3.28) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพฤติกรรมการป้องกันยังกีดเพิ่มขึ้นมากที่สุด (0.93) นอกจากนี้ ยังพบความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางระหว่างการรับรู้กับพฤติกรรมการป้องกันโรค ($r = 0.665$, $p < 0.01$) โดยการรับรู้ความสามารถของตนเองมีความสัมพันธ์สูงสุด ($r = 0.712$, $p < 0.01$)

คำสำคัญ: สื่ออินโฟกราฟิกแบบโต้ตอบ, แบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ, โรคไข้เลือดออก

Abstract

This research aimed to: 1) compare knowledge about dengue prevention among working-age adults before and after using interactive infographics, 2) compare perception levels based on the Health Belief Model components before and after using the media, 3) compare dengue prevention behaviors before and after using the media, and 4) study the relationship between perception levels based on the Health Belief Model components and dengue prevention behaviors. This study employed a quasi-experimental research design with a one-group pretest-posttest approach. The sample consisted of 60 working-age adults aged 20-59 years in Nong Trut Subdistrict, Mueang District, Trang Province, selected by purposive sampling according to inclusion criteria. The research instruments included: 1) interactive infographics based on the Health Belief Model, 2) a general information questionnaire, 3) a knowledge test, 4) a questionnaire on perceptions based on the Health Belief Model components, and 5) a questionnaire on dengue prevention behaviors. Data were analyzed using descriptive statistics, paired t-test, and Pearson's correlation coefficient.

The results showed that after using the interactive infographics, the sample group's knowledge scores increased from 8.92 to 13.05 points ($p < 0.001$). Perceptions based on the Health Belief Model components increased from a moderate level (3.33) to a high level (3.94) in all components with statistical significance. The perception of susceptibility showed the highest increase (1.23), while the perception of barriers decreased (0.79). Dengue prevention behaviors increased from a moderate level (2.40) to a high level (3.28) with statistical significance, with mosquito bite prevention behaviors showing the highest increase (0.93). Additionally, a moderate positive correlation was found between perceptions and disease prevention behaviors ($r = 0.665$, $p < 0.01$), with self-efficacy showing the highest correlation ($r = 0.712$, $p < 0.01$).

Keywords: Interactive Infographics, Health Belief Model, Dengue Fever

บทนำ

โรคไข้เลือดออกเป็นปัญหาสาธารณสุขเรื้อรังในประเทศไทย โดยเฉพาะในพื้นที่จังหวัดตรังที่พบการระบาดเป็นวัฏจักรทุก 2-3 ปี จากข้อมูลของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง (2567) พบว่า ตำบลหนองตรุดมีอัตราป่วย 19.44 ต่อประชากรแสนคน โดยกลุ่มวัยทำงาน (20-59 ปี) เป็นกลุ่มเสี่ยงสูงสุด เนื่องจากลักษณะอาชีพที่ต้องทำงานกลางแจ้ง และมีพฤติกรรมป้องกันโรคที่ไม่ต่อเนื่อง เช่น การไม่กำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายรอบบ้านอย่างสม่ำเสมอ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง, 2567; ชนิตา มัททวงกูร และคณะ, 2560) งานวิจัยก่อนหน้านี้ในพื้นที่พบว่า ประชาชนส่วนใหญ่ยังขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับวงจรชีวิตยุงลาย และมีความเข้าใจว่าโรคไข้เลือดออกเป็นโรคที่เกิดกับเด็กเป็นหลัก (ทิพย์รัตน์ วรรัตน์และคณะ, 2567) นอกจากนี้ มีเพียงร้อยละ 20 ของประชากรวัยทำงานที่ปฏิบัติตามมาตรการป้องกันอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากมองว่าเป็นภาระในชีวิตประจำวัน (กรมควบคุมโรค, 2566)

ข้อมูลดังกล่าวสะท้อนถึงช่องว่างสำคัญ 2 ประการ ได้แก่ การรับรู้ความเสี่ยงต่ำ (Low Perceived Susceptibility) โดยกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 65 เชื่อว่าตนเองมีโอกาสติดเชื้อมาก และการรับรู้ผลกระทบไม่เพียงพอ (Low Perceived Severity) โดยร้อยละ 78 ไม่ทราบว่าภาวะช็อกจากไข้เลือดออกอาจทำให้เสียชีวิตได้ภายใน 24-48 ชั่วโมง (World Health Organization, 2019) การศึกษาของ Featherstone (2014) และ Visually (2010) ชี้ให้เห็นว่า สื่ออินโฟกราฟิกแบบโต้ตอบมีศักยภาพในการแก้ไขปัญหาดังกล่าว ผ่านการออกแบบที่ตอบสนององค์ประกอบหลักของแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model: HBM) 6 ด้าน ได้แก่ การรับรู้ความเสี่ยง โดยใช้แผนที่แสดงจุด

ระบาดในชุมชน การรับรู้ความรุนแรง ผ่านอินโฟกราฟิกเคลื่อนไหวแสดงภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ประโยชน์ด้วยข้อมูลเปรียบเทียบอัตราป่วยก่อนและหลังการจัดแหล่งเพาะพันธุ์ การลดอุปสรรค โดยสาธิตวิธีป้องกันแบบใช้เวลาน้อยกว่า 10 นาทีต่อวัน สิ่งกระตุ้นการปฏิบัติ ผ่านระบบแจ้งเตือนบนสมาร์ตโฟน และการเสริมสร้างความเชื่อมั่น ด้วยแบบทดสอบเชิงโต้ตอบ

หลักฐานจากงานวิจัยในพื้นที่ใกล้เคียงแสดงให้เห็นว่า การใช้สื่ออินโฟกราฟิกตามแนวคิด HBM ช่วยเพิ่มคะแนนความรู้จาก 40.04 เป็น 75.52 คะแนน ($p < .01$) และลดดัชนีลูกน้ำยุงลาย (House Index) จากร้อยละ 100 เหลือร้อยละ 0 ภายใน 4 สัปดาห์ (วรรัตน์ ทิพย์รัตน์ และคณะ, 2564) นอกจากนี้ กลุ่มที่ได้รับสื่อแบบโต้ตอบมีอัตราการปฏิบัติตนถูกต้องสูงกว่ากลุ่มควบคุม 2.5 เท่า (ภาวิณี มนตรี และคณะ, 2565) ข้อมูลเหล่านี้บ่งชี้ว่าการใช้สื่ออินโฟกราฟิกแบบโต้ตอบที่ออกแบบตามทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพมีประสิทธิภาพในการเพิ่มความรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชน

การวิจัยครั้งนี้จึงมีความสำคัญทั้งในแง่วิชาการและการปฏิบัติ เนื่องจากเป็นครั้งแรกที่มีการพัฒนาสื่อป้องกันโรคไข้เลือดออกโดยผสมผสานทฤษฎี HBM ร่วมกับเทคโนโลยีอินโฟกราฟิกแบบโต้ตอบเฉพาะพื้นที่ซึ่งตอบโจทย์บริบทการทำงานของประชากรวัยทำงานในตำบลหนองตรุด อันจะส่งผลต่อการลดอัตราป่วยและสร้างแนวทางป้องกันโรคอย่างยั่งยืน อีกทั้งยังเป็นต้นแบบในการพัฒนาสื่อสุขภาพที่มีประสิทธิภาพสำหรับกลุ่มเป้าหมายเฉพาะที่มีข้อจำกัดด้านเวลาและความตระหนักรู้ต่อความเสี่ยง ซึ่งสามารถประยุกต์ใช้กับโรคติดต่ออื่นโดยแมลงและโรคระบาดอื่น ๆ ต่อไปในอนาคต

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคไข้เลือดออกของกลุ่มวัยทำงานก่อนและหลังการใช้สื่ออินโฟกราฟิกแบบโต้ตอบ
2. เพื่อเปรียบเทียบระดับการรับรู้ตามองค์ประกอบของแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพของกลุ่มวัยทำงานก่อนและหลังการใช้สื่ออินโฟกราฟิกแบบโต้ตอบ
3. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของกลุ่มวัยทำงานก่อนและหลังการใช้สื่ออินโฟกราฟิกแบบโต้ตอบ
4. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างระดับการรับรู้ตามองค์ประกอบของแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของกลุ่มวัยทำงาน

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) แบบกลุ่มเดียว วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (One-group Pretest-Posttest Design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ประชาชนวัยทำงาน อายุ 20-59 ปี ที่อาศัยหรือทำงานในตำบลหนองตาด อำเภอมะนัง จังหวัดตรัง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ประชาชนวัยทำงานอายุ 20-59 ปี ที่อาศัยหรือทำงานในตำบลหนองตาด อำเภอมะนัง จังหวัดตรัง จำนวน 60 คน การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างใช้โปรแกรม G*Power โดยกำหนดค่าพารามิเตอร์ ดังนี้ ค่าขนาดอิทธิพล (Effect size) เท่ากับ 0.4 (ขนาดอิทธิพลระดับปานกลาง) ค่าความคลาดเคลื่อนชนิดที่ 1 (α) เท่ากับ

0.05 และค่าอำนาจการทดสอบ (Power of test) เท่ากับ 0.8

การทดสอบทางสถิติใช้การทดสอบที (Paired t-test) เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย 2 กลุ่มที่สัมพันธ์กันจากการคำนวณได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างขั้นต่ำ 52 คน และเพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลระหว่างการทดลอง (Drop out) จึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 15 รวมเป็นกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 60 คน

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria) ประกอบด้วย บุคคลที่มีอายุระหว่าง 20-59 ปี อาศัยหรือทำงานในตำบลหนองตาด อำเภอมะนัง จังหวัดตรังมาแล้วไม่น้อยกว่า 3 เดือน มีโทรศัพท์มือถือสมาร์ทโฟนหรือแท็บเล็ตที่สามารถเข้าถึงอินเทอร์เน็ตได้และมีทักษะในการใช้งานพื้นฐาน สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้ และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ส่วนเกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) คือ ผู้เข้าร่วมวิจัยจะถูกคัดออกจากการศึกษาหากมีแผนที่จะย้ายที่อยู่หรือที่ทำงานออกนอกพื้นที่ในช่วงระยะเวลาการวิจัย ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ตลอดระยะเวลาการวิจัย หรือไม่สามารถใช้สื่ออินโฟกราฟิกแบบโต้ตอบได้อย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ สื่ออินโฟกราฟิกแบบโต้ตอบตามแนวคิดแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพสำหรับป้องกันโรคไข้เลือดออกในกลุ่มวัยทำงาน ซึ่งพัฒนาขึ้นจากการศึกษาข้อมูลโรคไข้เลือดออกวิเคราะห์องค์ประกอบของแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพทั้ง 5 ด้าน ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยง ความรุนแรง ประโยชน์ อุปสรรค และความสามารถของตนเอง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษาสูงสุด อาชีพหลัก รายได้เฉลี่ย ต่อเดือน สถานภาพสมรส จำนวนสมาชิกในครัวเรือน ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกของตนเองและสมาชิกในครอบครัว ลักษณะที่อยู่อาศัย สภาพแวดล้อมรอบที่อยู่อาศัย ลักษณะสถานที่ทำงาน และการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก

2.2 แบบทดสอบความรู้เป็นแบบ เลือกตอบ 4 ตัวเลือก จำนวน 15 ข้อ ครอบคลุมเนื้อหา ด้านความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรค สาเหตุและการติดต่อ อาการและอาการแสดง การป้องกันยุงกัด และการกำจัด แหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย (ด้านละ 3 ข้อ) โดยตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน และแปลผลคะแนนเป็น 3 ระดับ คือ ระดับต่ำ (0-7 คะแนน) ระดับปานกลาง (8-11 คะแนน) และระดับสูง (12-15 คะแนน)

2.3 แบบสอบถามการรับรู้ตาม องค์ประกอบของแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ เป็น แบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่เห็นด้วย อย่างยิ่ง (5 คะแนน) ถึงไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1 คะแนน) แบ่งเป็น 5 ด้าน ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรค ไข้เลือดออก ด้านละ 5 ข้อ รวมทั้งสิ้น 25 ข้อ โดยข้อ คำถามเชิงลบจะมีการกลับคะแนน และแปลผลคะแนน เฉลี่ยรายด้านเป็น 3 ระดับ คือ การรับรู้ระดับต่ำ (1.00-2.33) ระดับปานกลาง (2.34-3.67) และระดับสูง (3.68-5.00)

2.4 แบบสอบถามพฤติกรรม การป้องกันโรคไข้เลือดออกเป็นแบบสอบถามความถี่ของ การปฏิบัติพฤติกรรม มาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ

จำนวน 15 ข้อ แบ่งเป็น 3 ด้าน ได้แก่ พฤติกรรมการ ป้องกันยุงกัด พฤติกรรมการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ ยุงลาย และพฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรค ไข้เลือดออกในชุมชนและที่ทำงาน (ด้านละ 5 ข้อ) โดยมี เกณฑ์การให้คะแนนตั้งแต่ปฏิบัติเป็นประจำ (4 คะแนน) จนถึงไม่เคยปฏิบัติเลย (1 คะแนน) และแปลผลคะแนน เฉลี่ยเป็น 3 ระดับ คือ พฤติกรรมระดับต่ำ (1.00-2.00) ระดับปานกลาง (2.01-3.00) และระดับสูง (3.01-4.00)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. การเตรียมการก่อนเก็บข้อมูล

1.1 ขออนุมัติโครงการวิจัยจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากวิทยาลัย การสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา

1.2 จัดเตรียมสื่ออินโฟกราฟิกแบบโต้ตอบ เครื่องมือเก็บข้อมูล สถานที่ อุปกรณ์ และอบรม ผู้ช่วยวิจัย

1.3 ประชาสัมพันธ์โครงการ คัดกรอง ผู้สนใจตามเกณฑ์ ชี้แจงรายละเอียด ขอความยินยอม และจัดทำรายชื่อพร้อมรหัสประจำตัว

2. ระยะดำเนินการ

2.1 การเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการ ทดลอง (Pretest) จัดกิจกรรมกลุ่มเพื่อแนะนำ โครงการวิจัยและสร้างความคุ้นเคยกับกลุ่มตัวอย่าง ให้ กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบทดสอบ ความรู้ แบบสอบถามการรับรู้ และแบบสอบถาม พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก (O₁) พร้อมทั้ง ตรวจสอบความครบถ้วนของการตอบแบบสอบถาม

2.2 การดำเนินการทดลองใช้สื่ออินโฟ กราฟิกแบบโต้ตอบ (X) การทดลองใช้สื่ออินโฟกราฟิก แบบโต้ตอบตามแนวคิดแบบจำลองความเชื่อด้าน สุขภาพ ดำเนินการเป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ โดยมี กิจกรรมดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรง

การดำเนินกิจกรรมในสัปดาห์แรกมุ่งเน้นการสร้าง ความเข้าใจเกี่ยวกับการรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรคไข้เลือดออก โดยเริ่มจากการจัดกิจกรรมกลุ่มเพื่อแนะนำสื่อและวิธีการใช้งาน พร้อมทั้งสาธิตการใช้สื่อในส่วนของการรับรู้โอกาสเสี่ยงและการรับรู้ความรุนแรง จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างได้ทดลองใช้สื่อในส่วนดังกล่าวและร่วมแลกเปลี่ยนความคิดเห็น โดยมีการมอบหมายให้กลุ่มตัวอย่างใช้สื่อด้วยตนเองอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์

สัปดาห์ที่ 2 การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรค

การดำเนินกิจกรรมจะเน้นที่การส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์และการเข้าใจอุปสรรคในการป้องกันโรคไข้เลือดออก โดยมีการส่งข้อความเตือนให้กลุ่มตัวอย่างใช้สื่อในส่วนของการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรค และเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างได้แชร์ประสบการณ์การใช้สื่อและการนำไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันผ่านกลุ่มไลน์ พร้อมทั้งมีการตอบข้อซักถามและให้คำแนะนำเพิ่มเติมเพื่อส่งเสริมความเข้าใจที่ถูกต้อง

สัปดาห์ที่ 3 การรับรู้ความสามารถของตนเอง

กิจกรรมในสัปดาห์ที่สามมุ่งเน้นการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคไข้เลือดออก โดยผู้วิจัยจะส่งข้อความเตือนให้กลุ่มตัวอย่างใช้สื่อในส่วนของการรับรู้ความสามารถของตนเอง มีการกระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบฝึกหัดและเกมโต้ตอบในสื่อเพื่อเสริมสร้างความมั่นใจ รวมถึงการให้กลุ่มตัวอย่างได้ตั้งเป้าหมายและวางแผนการปฏิบัติ พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกที่เป็นรูปธรรม

สัปดาห์ที่ 4 การประยุกต์ใช้และแลกเปลี่ยนประสบการณ์

กิจกรรมเป็นการบูรณาการความรู้และทักษะที่ได้รับตลอดระยะเวลาการทดลอง โดยมีการจัดกิจกรรมกลุ่มเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์การใช้สื่อและการนำไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวัน ให้กลุ่มตัวอย่างได้นำเสนอวิธีการป้องกันโรคไข้เลือดออกที่ได้นำไปปฏิบัติ และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น พร้อมทั้งมีการสรุปประเด็นสำคัญและเน้นย้ำพฤติกรรม การป้องกันโรคไข้เลือดออกที่ควรปฏิบัติอย่างต่อเนื่องเพื่อความยั่งยืนของพฤติกรรมสุขภาพ

2.3 การติดตามและกระตุ้นการใช้สื่อ
การติดตามและกระตุ้นการใช้สื่อประกอบด้วย การจัดตั้งกลุ่มไลน์สำหรับการติดต่อสื่อสาร การส่งข้อความเตือนและกระตุ้นการใช้สื่อทุกวัน การตอบข้อซักถามและให้คำแนะนำเพิ่มเติมเมื่อมีปัญหา รวมถึงการติดตามความก้าวหน้าในการใช้สื่อของกลุ่มตัวอย่างผ่านระบบติดตามการใช้งานที่ติดตั้งไว้ในสื่อ

2.4 การเก็บรวบรวมข้อมูลหลังการทดลอง (Posttest) การเก็บรวบรวมข้อมูลหลังการทดลองดำเนินการโดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบทดสอบความรู้ แบบสอบถามการรับรู้ และแบบสอบถาม พฤติกรรม การป้องกันโรคไข้เลือดออก ซึ่งเป็นชุดเดียวกับที่ใช้ในการเก็บข้อมูลก่อนการทดลอง (O₂) นอกจากนี้ ยังมีการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างบางส่วน (จำนวน 10 คน) เกี่ยวกับความคิดเห็นและข้อเสนอแนะต่อสื่ออินโฟกราฟิกแบบโต้ตอบ และมีการมอบของที่ระลึกแก่กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการวิจัยตัวอย่างเพื่อแสดงความขอบคุณที่เข้าร่วมการวิจัย

3. ระยะประเมินผล

3.1 การจัดการข้อมูล ขั้นตอนการจัดการข้อมูลประกอบด้วย การตรวจสอบความสมบูรณ์และความถูกต้องของข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้ การบันทึกข้อมูลลงในโปรแกรมคอมพิวเตอร์เพื่อการวิเคราะห์

ข้อมูล และการตรวจสอบความถูกต้องของการบันทึก
ข้อมูล (Data Cleaning)

3.2 การวิเคราะห์ข้อมูล การวิเคราะห์
ข้อมูลดำเนินการตามวิธีทางสถิติที่กำหนดไว้ในแผนการ
วิจัย มีการประมวลผลตามตัวแปรต่างๆ และตีความ
สรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั้งในด้านความรู้ การรับรู้
และพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก

3.3 การสรุปและรายงานผล การสรุป
และรายงานผลเป็นการนำข้อมูลที่วิเคราะห์แล้วมาสรุป
ผลการวิจัยและอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ การจัดทำ
รายงานการวิจัยฉบับสมบูรณ์ และการนำเสนอ
ผลการวิจัยแก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องและชุมชนเพื่อ
นำไปสู่การประยุกต์ใช้ต่อไป

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics)

1.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง
วิเคราะห์ตัวแปรเชิงคุณภาพ (เพศ การศึกษา อาชีพ)
ด้วยความถี่และร้อยละ ส่วนตัวแปรเชิงปริมาณ (อายุ
รายได้ จำนวนสมาชิกในครัวเรือน) ด้วยค่าเฉลี่ย ส่วน
เบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด

1.2 ระดับความรู้ การรับรู้ และ
พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก วิเคราะห์คะแนน
ด้วยค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และ
ค่าสูงสุด ส่วนการแจกแจงระดับวิเคราะห์ด้วยความถี่
และร้อยละ

2. สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics)

2.1 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยก่อน
และหลังการทดลอง - เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้
การรับรู้ และพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกก่อน
และหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Paired t-test

2.2 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์
ระหว่างระดับการรับรู้ตามองค์ประกอบของแบบจำลอง

ความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรค
ไข้เลือดออก วิเคราะห์โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน
(Pearson's Correlation Coefficient)

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยเรื่องนี้ ได้รับการอนุมัติรับรอง
จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรม
การวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธรจังหวัด
ยะลา

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้เป็นประชาชนวัย
ทำงานในตำบลหนองตรุด อำเภอเมือง จังหวัดตรัง
จำนวน 60 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 58.3) มี
อายุระหว่าง 30-39 ปี (ร้อยละ 36.7) อายุเฉลี่ย 36.5 ปี
จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา/ปวช. (ร้อยละ 35.0)
ประกอบอาชีพค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว (ร้อยละ 25.0) มี
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 10,000-20,000 บาท (ร้อยละ
43.3) รายได้เฉลี่ย 17,852.5 บาท ส่วนใหญ่มีสถานภาพ
สมรส (ร้อยละ 65.0) ไม่เคยป่วยเป็นโรคไข้เลือดออก
(ร้อยละ 78.3) แต่มีสมาชิกในครอบครัวเคยป่วยเป็นโรค
ไข้เลือดออก (ร้อยละ 40.0) อาศัยอยู่ในบ้านเดี่ยว (ร้อย
ละ 65.0) และส่วนใหญ่ทำงานในร่ม (ร้อยละ 53.3)

2. ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคไข้เลือดออก

ผลการศึกษาพบว่า ก่อนการใช้สื่ออินโฟกราฟิก
แบบโต้ตอบ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับการ
ป้องกันโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ
51.7) โดยมีคะแนนเฉลี่ย 8.92 คะแนน (S.D. = 2.76)
ภายหลังการใช้สื่อ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้เพิ่ม
ขึ้นอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 76.7) โดยมีคะแนนเฉลี่ย
เพิ่มขึ้นเป็น 13.05 คะแนน (S.D. = 1.84) เมื่อวิเคราะห์

ด้วยสถิติ Paired t-test พบว่า คะแนนความรู้หลังการใช้สื่อสูงกว่าก่อนการใช้สื่ออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -17.42, p < 0.001$) ดังแสดงในตารางที่ 1 และ 2

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคไข้เลือดออกก่อนและหลังการใช้สื่ออินโฟกราฟิกแบบโต้ตอบ ($n = 60$)

ระดับความรู้	ก่อนการใช้สื่อ		หลังการใช้สื่อ	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับต่ำ (0-7 คะแนน)	15	25.0	2	3.3
ระดับปานกลาง (8-11 คะแนน)	31	51.7	12	20.0
ระดับสูง (12-15 คะแนน)	14	23.3	46	76.7
รวม	60	100.0	60	100.0

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคไข้เลือดออกก่อนและหลังการใช้สื่ออินโฟกราฟิกแบบโต้ตอบ ($n = 60$)

ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคไข้เลือดออก	M	S.D.	t	df	p-value
ก่อนการใช้สื่อ	8.92	2.76	-17.42	59	<0.001
หลังการใช้สื่อ	13.05	1.84			

*M=ค่าเฉลี่ย

3. การรับรู้ตามองค์ประกอบของแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ

การศึกษาพบว่า ก่อนการใช้สื่ออินโฟกราฟิกแบบโต้ตอบ กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ตามองค์ประกอบของแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 3.33, S.D. = 0.65$) โดยองค์ประกอบที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคไข้เลือดออก ($M = 3.75, S.D. = 0.68$) ซึ่งอยู่ในระดับสูง ดังแสดงในตารางที่ 3

ภายหลังการใช้สื่ออินโฟกราฟิกแบบโต้ตอบ กลุ่มตัวอย่างมีระดับการรับรู้โดยรวมเพิ่มขึ้นจากระดับ

ปานกลางเป็นระดับสูง ($M = 3.94, S.D. = 0.48$) โดยองค์ประกอบที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคไข้เลือดออก ($M = 4.52, S.D. = 0.46$)

เมื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยก่อนและหลังการใช้สื่อพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้แตกต่างจากก่อนการใช้สื่ออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกองค์ประกอบ ($p < 0.001$) โดยการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้ความสามารถของตนเองเพิ่มขึ้น ในขณะที่การรับรู้อุปสรรคลดลง ($t = 8.93, p < 0.001$) ซึ่งเป็นไปในทิศทางที่พึงประสงค์ เนื่องจากการ



รับรู้อุปสรรคที่ลดลงแสดงว่ากลุ่มตัวอย่างรู้สึกว่ามีอุปสรรคในการป้องกันโรคไข้เลือดออกน้อยลง ดังแสดงในตารางที่ 4

4. พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก

ก่อนการใช้สื่ออินโฟกราฟิกแบบโต้ตอบ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 58.3) มีคะแนนเฉลี่ย 2.40 (S.D. = 0.71) โดยด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ พฤติกรรมการจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย (M = 2.63, S.D. = 0.79) ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง ดังแสดงในตารางที่ 3

หลังการใช้สื่ออินโฟกราฟิกแบบโต้ตอบ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการป้องกันโรค

ไข้เลือดออกเพิ่มขึ้นอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 66.7) มีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 3.28 (S.D. = 0.48) โดยด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดยังคงเป็นพฤติกรรมการจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย (M = 3.52, S.D. = 0.48) ซึ่งเพิ่มขึ้นอยู่ในระดับสูง

ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมก่อนและหลังการใช้สื่อ พบว่า หลังการใช้สื่อ กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกทั้งในภาพรวม ($t = -12.83, p < 0.001$) และรายด้านทุกด้านสูงกว่าก่อนการใช้สื่ออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้ตามองค์ประกอบของแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกก่อนและหลังการใช้สื่ออินโฟกราฟิกแบบโต้ตอบ (n = 60)

ตัวแปร	ก่อนการใช้สื่อ			หลังการใช้สื่อ		
	M	S.D.	ระดับ	M	S.D.	ระดับ
การรับรู้ตามองค์ประกอบของแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ						
1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออก	3.02	0.89	ปานกลาง	4.25	0.62	สูง
2. การรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออก	3.48	0.76	ปานกลาง	4.37	0.54	สูง
3. การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคไข้เลือดออก	3.75	0.68	สูง	4.52	0.46	สูง
4. การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคไข้เลือดออก	3.21	0.85	ปานกลาง	2.42	0.78	ปานกลาง
5. การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคไข้เลือดออก	3.18	0.79	ปานกลาง	4.15	0.58	สูง
ภาพรวมการรับรู้	3.33	0.65	ปานกลาง	3.94	0.48	สูง
พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก						
1. พฤติกรรมป้องกันยุงกัด	2.45	0.75	ปานกลาง	3.38	0.54	สูง



ตัวแปร	ก่อนการใช้สื่อ			หลังการใช้สื่อ		
	M	S.D.	ระดับ	M	S.D.	ระดับ
2. พฤติกรรมการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย	2.63	0.79	ปานกลาง	3.52	0.48	สูง
3. พฤติกรรมมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชนและที่ทำงาน	2.12	0.86	ปานกลาง	2.95	0.67	ปานกลาง
ภาพรวมพฤติกรรม	2.40	0.71	ปานกลาง	3.28	0.48	สูง

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบการรับรู้ และพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกก่อนและหลังการใช้สื่ออินโฟกราฟิกแบบโต้ตอบ (n = 60)

ตัวแปร	ก่อนการใช้		หลังการใช้		ผลต่าง	t	df	p-value
	สื่อ		สื่อ					
	M	S.D.	M	S.D.				
การรับรู้ตามองค์ประกอบของแบบจำลองความเชื่อ								
ด้านสุขภาพ								
1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออก	3.02	0.89	4.25	0.62	-1.23	-14.28	59	<0.001
2. การรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออก	3.48	0.76	4.37	0.54	-0.89	-10.65	59	<0.001
3. การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคไข้เลือดออก	3.75	0.68	4.52	0.46	-0.77	-9.48	59	<0.001
4. การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคไข้เลือดออก	3.21	0.85	2.42	0.78	0.79	8.93	59	<0.001
5. การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคไข้เลือดออก	3.18	0.79	4.15	0.58	-0.97	-11.69	59	<0.001
ภาพรวมการรับรู้	3.33	0.65	3.94	0.48	-0.61	-11.01	59	<0.001
พฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก								
1. พฤติกรรมการป้องกันยุงกัด	2.45	0.75	3.38	0.54	-0.93	-13.46	59	<0.001
2. พฤติกรรมการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย	2.63	0.79	3.52	0.48	-0.89	-11.98	59	<0.001
3. พฤติกรรมมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชนและที่ทำงาน	2.12	0.86	2.95	0.67	-0.83	-9.73	59	<0.001
ภาพรวมพฤติกรรม	2.40	0.71	3.28	0.48	-0.88	-12.83	59	<0.001

หมายเหตุ: ค่าผลต่างที่เป็นลบ แสดงว่าค่าเฉลี่ยหลังการใช้สื่อสูงกว่าก่อนใช้สื่อ ยกเว้นในด้านกเว้นในด้านการรับรู้อุปสรรคที่มีค่าเป็นบวก เนื่องจากการแปลผลในทิศทางตรงกันข้าม (คะแนนน้อยหมายถึงการรับรู้อุปสรรคน้อย)

5. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ตามองค์ประกอบของแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก

การรับรู้ตามองค์ประกอบของแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพในภาพรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกในภาพรวม ($r = 0.665, p < 0.01$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคไข้เลือดออกมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกในภาพรวม ($r = 0.712, p < 0.01$) รองลงมาคือ การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคไข้เลือดออก ($r = 0.613, p < 0.01$) ส่วนการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคไข้เลือดออกมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกในภาพรวม ($r = -0.538, p < 0.01$) ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ตามองค์ประกอบของแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกหลังการใช้สื่ออินโฟกราฟิกแบบโต้ตอบ ($n = 60$)

การรับรู้ตามองค์ประกอบของแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ	พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก			
	การป้องกันยุงกัด	การกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์	การมีส่วนร่วม	ภาพรวม
1. การรับรู้โอกาสเสี่ยง	0.452**	0.477**	0.375**	0.482**
2. การรับรู้ความรุนแรง	0.398**	0.412**	0.328*	0.425**
3. การรับรู้ประโยชน์	0.585**	0.627**	0.418**	0.613**
4. การรับรู้อุปสรรค	-0.492**	-0.525**	-0.429**	-0.538**
5. การรับรู้ความสามารถของตนเอง	0.673**	0.689**	0.543**	0.712**
ภาพรวม	0.624**	0.652**	0.498**	0.665**

อภิปรายผล

1. ประสิทธิผลของสื่ออินโฟกราฟิกแบบโต้ตอบต่อความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคไข้เลือดออก ผลการวิจัยพบว่า หลังการใช้สื่ออินโฟกราฟิกแบบโต้ตอบ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคไข้เลือดออกสูงกว่าก่อนการใช้สื่ออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เพิ่มขึ้น

จาก 8.92 คะแนน (ระดับปานกลาง) เป็น 13.05 คะแนน (ระดับสูง) และสัดส่วนของกลุ่มตัวอย่างที่มีความรู้ระดับสูงเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 23.3 เป็นร้อยละ 76.7 ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยก่อนหน้า (สิโรตม มณีแอต และ สิริญญา เชื้อทอง, 2563; Kong et al., 2024) การศึกษาของ Kong และคณะ (2024) พบว่าจากการทบทวนงานวิจัย 81 เรื่อง มี 71 การศึกษา

(ร้อยละ 87.7) รายงานว่าอินโฟกราฟิกมีประสิทธิผลในการเพิ่มพูนความรู้และเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม โดยอินโฟกราฟิกมักได้รับความพึงพอใจมากกว่าสื่อประเภทอื่น เช่น ข้อความล้วน เช่นเดียวกับงานวิจัยของ Baxter (2022) ที่พบว่าอินโฟกราฟิกที่ใช้หลักการออกแบบอย่างเหมาะสมช่วยให้ผู้ใช้สามารถค้นหาและจดจำข้อมูลได้ดีขึ้น นอกจากนี้ Tan และคณะ ยังพบว่าการใช้สื่อที่มีการปฏิสัมพันธ์ เช่น เกมที่มีเป้าหมายจริงจัง (serious game) มีประสิทธิผลในการเพิ่มความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติในการป้องกันโรคไข้เลือดออกเทียบเท่ากับการใช้สื่อเว็บไซต์แบบดั้งเดิม

การเพิ่มขึ้นของความรู้สามารถอธิบายได้ผ่านสามองค์ประกอบหลักของแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ ได้แก่ 1) การรับรู้ความเสี่ยง โดยสื่อแสดงสถิติการระบาดเฉพาะพื้นที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างตระหนักถึงโอกาสติดเชื้อมากขึ้น 2) การรับรู้ประโยชน์ ผ่านการใช้กราฟิกเปรียบเทียบอัตราป่วยก่อนและหลังการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ และ 3) ความเชื่อมั่นในตนเอง ซึ่งเสริมสร้างผ่านแบบทดสอบเชิงโต้ตอบในสื่อ อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้มีข้อจำกัดด้านระยะเวลาการทดลองที่สั้น (12 สัปดาห์) ซึ่งอาจไม่เพียงพอที่จะประเมินความคงทนของความรู้ในระยะยาว และการวัดความรู้ด้วยแบบสอบถามอาจมีโอกาสดักคิจากการตอบตามความคาดหวัง

2. ประสิทธิผลของสื่ออินโฟกราฟิกแบบโต้ตอบต่อการรับรู้ตามองค์ประกอบของแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ ผลการวิจัยพบว่า หลังการใช้สื่ออินโฟกราฟิกแบบโต้ตอบ กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ตามองค์ประกอบของแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพทุกด้านเปลี่ยนแปลงในทิศทางที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยการรับรู้ในภาพรวมเพิ่มขึ้นจากระดับปานกลาง ($M = 3.33$) เป็นระดับสูง ($M = 3.94$) การเปลี่ยนแปลง

ที่เห็นได้ชัดเจนที่สุด คือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออก (เพิ่มขึ้น 1.23) รองลงมาคือ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคไข้เลือดออก (เพิ่มขึ้น 0.97) และการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคไข้เลือดออกลดลง (ลดลง 0.79) สอดคล้องกับแนวคิดของ Rosenstock (1974) ที่อธิบายว่าการรับรู้ความเสี่ยงเป็นปัจจัยขั้นต้นในการกระตุ้นพฤติกรรมป้องกันโรค การใช้แผนที่แสดงจุดระบาดแบบเรียลไทม์ในสื่อช่วยให้กลุ่มตัวอย่างตระหนักว่า "ตนเองอยู่ในพื้นที่เสี่ยง" ซึ่งเป็นกลไกสำคัญที่ส่งเสริมให้เกิดการเปลี่ยนแปลง นอกจากนี้ การเพิ่มขึ้นของการรับรู้ความสามารถของตนเองสะท้อนว่า แบบทดสอบเชิงโต้ตอบและวิดีโอสาธิตวิธีป้องกันโรคในสื่อช่วยเสริมความมั่นใจให้กลุ่มตัวอย่างนำความรู้ไปปฏิบัติได้จริง ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีของ Bandura (2004) ที่ระบุว่าการเรียนรู้ผ่านประสบการณ์เสมือนและการฝึกปฏิบัติเป็นปัจจัยหลักในการสร้างความเชื่อมั่นในตนเอง (Wong et al., 2020)

ขณะเดียวกัน การรับรู้อุปสรรคลดลง สะท้อนประสิทธิภาพของสื่อในการให้คำแนะนำที่ปฏิบัติได้จริง เช่น การใช้วิธีป้องกันโรคที่ใช้เวลาน้อยกว่า 10 นาทีต่อวัน หรือการใช้วัสดุในครัวเรือนแทนสารเคมี ซึ่งลดความเชื่อเดิมว่าการป้องกันโรคเป็นเรื่องยุ่งยาก (Janz & Becker, 1984) นอกจากนี้ ตัวอย่างและขั้นตอนที่ชัดเจนในสื่อช่วยลดความรู้สึกลัวว่าการป้องกันโรคเป็นภาระหนัก ทำให้กลุ่มตัวอย่างมองเห็นความเป็นไปได้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สิโรตม มณีแสด และ สิริธัญญา เชื้อทอง (2563) ที่พบว่าการลดการรับรู้อุปสรรคเป็นปัจจัยสำคัญในการเพิ่มการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพ

3. ประสิทธิผลของสื่ออินโฟกราฟิกแบบโต้ตอบต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก ผลการวิจัยพบว่า หลังการใช้สื่ออินโฟกราฟิกแบบโต้ตอบ กลุ่ม

ตัวอย่างมีพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกสูงกว่า
ก่อนการใช้สื่ออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยคะแนน
เฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกในภาพรวม
เพิ่มขึ้นจาก 2.40 (ระดับปานกลาง) เป็น 3.28 (ระดับสูง)
และสัดส่วนของกลุ่มตัวอย่างที่มีพฤติกรรมระดับสูง
เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 21.7 เป็นร้อยละ 66.7 ด้านที่มีการ
เปลี่ยนแปลงมากที่สุด คือ พฤติกรรมการป้องกันยุงกัด
(เพิ่มขึ้น 0.93) รองลงมาคือ พฤติกรรมการกำจัดแหล่ง
เพาะพันธุ์ยุงลาย (เพิ่มขึ้น 0.89) และพฤติกรรมการมี
ส่วนร่วมในการป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชนและที่
ทำงาน (เพิ่มขึ้น 0.83) ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับ
แนวคิดของ Janz และ Becker (1984) ที่ระบุว่า การ
ปรับการรับรู้ตามแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพส่งผล
โดยตรงต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เมื่อพิจารณาแยก
ตามด้าน พบว่าพฤติกรรมการป้องกันยุงกัดเพิ่มขึ้นสูงสุด
ซึ่งอธิบายได้จากการที่สื่อสร้างการรับรู้โอกาสเสี่ยงและ
ความเชื่อมั่นในตนเองผ่านเทคนิคแบบโต้ตอบ เช่น แผน
ที่แสดงจุดกักยุงแบบเรียลไทม์และวิดีโอสาธิตการใช้สาร
ไล่ยุงจากธรรมชาติ สอดคล้องกับการศึกษาของกรม
ควบคุมโรค (2565) ที่พบว่า การใช้สื่ออินโฟกราฟิกแบบ
เปรียบเทียบช่วยเพิ่มอัตราการใช้สารไล่ยุงจากร้อยละ
35 เป็นร้อยละ 78 และปรับพฤติกรรมกำจัดแหล่ง
เพาะพันธุ์ยุงลาย โดยดัชนีลูกน้ำยุงลายลดลงอย่างมี
นัยสำคัญภายใน 8 สัปดาห์

นอกจากนี้ การออกแบบสื่อให้ผู้ใช้งานสามารถแชร์
ผลลัพธ์การทำแบบทดสอบผ่านโซเชียลมีเดียและร่วม
ลงทะเบียนกิจกรรมรณรงค์ได้ ส่งผลให้พฤติกรรมการมี
ส่วนร่วมในชุมชนเพิ่มขึ้น ซึ่งสะท้อนถึงบทบาทของ "สิ่ง
กระตุ้นการปฏิบัติ" ในแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ
ที่ช่วยสร้างวัฒนธรรมการป้องกันโรคในวงกว้าง (กรม
ควบคุมโรค, 2565; Glanz et al., 2015) องค์การ
อนามัยโลก (WHO, 2020) ยืนยันว่าการใช้ภาพ

เปรียบเทียบในสื่อสุขภาพ เช่น กราฟแสดงการลดลงของ
ยุงยุงหลังกำจัดแหล่งน้ำขัง หรือข้อมูลเปรียบเทียบความ
เสี่ยงก่อนและหลังการปฏิบัติตามคำแนะนำ ช่วยเพิ่ม
แรงจูงใจในการปฏิบัติได้มากกว่าสื่อข้อความธรรมดาถึง
ร้อยละ 40 ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่า การ
รับรู้ประโยชน์ของมาตรการป้องกันโรคเพิ่มขึ้นอย่างมี
นัยสำคัญ การศึกษาของ Wong และคณะ (2020) ใน
มาเลเซีย พบว่าการใช้อินโฟกราฟิกแบบโต้ตอบช่วยเพิ่ม
คะแนนการมีส่วนร่วมถึง 0.88 คะแนน ซึ่งสูงกว่าสื่อ
แบบไม่มีการโต้ตอบถึง 1.9 เท่า เนื่องจากกลไกการมี
ส่วนร่วม เช่น แบบทดสอบเชิงโต้ตอบและระบบแจ้ง
เตือนแบบเรียลไทม์ ที่ช่วยกระตุ้นให้ผู้ใช้งานมีปฏิบัต
ตามคำแนะนำอย่างต่อเนื่อง อย่างไรก็ตาม Yakasaem
และคณะ (2025) เสนอให้มีการติดตามพฤติกรรม
ป้องกันโรคในระยะยาว เพื่อประเมินความยั่งยืนของ
ผลลัพธ์ พร้อมพัฒนาแพลตฟอร์มตั้งเป้าหมายส่วน
บุคคล โดยใช้เทคนิคเกมมิฟิเคชันและปัญญาประดิษฐ์
เพื่อปรับเนื้อหาให้สอดคล้องกับความเสี่ยงเฉพาะบุคคล
ซึ่งจะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการป้องกันโรคในระยะยาว

4. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ตาม
องค์ประกอบของแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพกับ
พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก ผลการวิจัยพบว่า
การรับรู้ตามองค์ประกอบของแบบจำลองความเชื่อด้าน
สุขภาพในภาพรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปาน
กลางกับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกใน
ภาพรวม ($r = 0.665, p < 0.01$) โดยองค์ประกอบที่มี
ความสัมพันธ์สูงสุด คือ การรับรู้ความสามารถของ
ตนเองในการป้องกันโรคไข้เลือดออก ($r = 0.712, p < 0.01$) รองลงมาคือ การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกัน
โรคไข้เลือดออก ($r = 0.613, p < 0.01$) ผลการศึกษานี้
สอดคล้องกับงานวิจัยของ Tan และคณะ ที่พบว่า การ
รับรู้ความสามารถของตนเองเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อ

พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก โดยเฉพาะในกลุ่มที่ได้รับการส่งเสริมผ่านสื่อที่มีการโต้ตอบ เช่น เกมที่มีเป้าหมายจริงจัง (serious game) ซึ่งช่วยเพิ่มความมั่นใจในทักษะการป้องกันโรค เช่น การใช้สารไล่ยุง และการตรวจสอบแหล่งน้ำขัง

การที่การรับรู้ความสามารถของตนเองมีความสัมพันธ์สูงสุดกับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกนั้นสอดคล้องกับแนวคิดของแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพที่เน้นว่าการรับรู้ความสามารถตนเองเป็นกลไกสำคัญในการเปลี่ยนความเชื่อให้เป็นพฤติกรรมปฏิบัติผ่านการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ นอกจากนี้ การรับรู้ประโยชน์ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคในระดับรองลงมานั้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Kong และคณะ (2024) ที่พบว่าการใช้อินโฟกราฟิกที่เน้นการสื่อสารประโยชน์ของการป้องกันโรคช่วยเพิ่มแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรค โดยเฉพาะเมื่อนำเสนอในรูปแบบที่เข้าใจง่าย ดึงดูดความสนใจ และมีการนำเสนอประโยชน์ที่เป็นรูปธรรม เช่น การลดค่าใช้จ่ายในการรักษา หรือการป้องกันการแพร่เชื้อสู่ครอบครัว ส่วนการรับรู้โอกาสเสี่ยงและการรับรู้ความรุนแรง แม้จะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในระดับที่ต่ำกว่า แต่ก็ยังคงเป็นองค์ประกอบสำคัญในแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพที่ช่วยกระตุ้นให้เกิดการตระหนักถึงภัยคุกคามของโรค ซึ่งเป็นจุดเริ่มต้นของกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ สอดคล้องกับงานวิจัยของ สิโรตม มณีแสด และ สิริธัญญา เชื้อทอง (2563) ที่พบว่าการใช้อินโฟกราฟิกที่นำเสนอข้อมูลเกี่ยวกับความเสี่ยงและความรุนแรงของโรคช่วยเพิ่มการรับรู้และกระตุ้นพฤติกรรมการป้องกันโรค

ผลการวิจัยนี้สนับสนุนแนวคิดที่ว่าแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพมีประสิทธิภาพในการทำนาย

พฤติกรรมป้องกันโรค และสื่ออินโฟกราฟิกแบบโต้ตอบสามารถส่งเสริมการรับรู้ตามองค์ประกอบของแบบจำลองดังกล่าว ซึ่งจะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 หน่วยงานสาธารณสุขในระดับท้องถิ่น เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ควรนำสื่ออินโฟกราฟิกแบบโต้ตอบที่พัฒนาขึ้นไปใช้ในการรณรงค์ป้องกันโรคไข้เลือดออกในกลุ่มวัยทำงาน

1.2 ควรปรับเนื้อหาสื่อให้สอดคล้องกับบริบทของแต่ละพื้นที่ เช่น ข้อมูลสถานการณ์การระบาดของพื้นที่เสี่ยง และแหล่งทรัพยากรในชุมชน

1.3 ควรให้ความสำคัญกับการเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเองและการรับรู้ประโยชน์ ซึ่งเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์สูงกับพฤติกรรมการป้องกันโรค

1.4 ควรมีกิจกรรมในการลดการรับรู้อุปสรรค โดยการให้ข้อมูลและวิธีการแก้ไขปัญหาที่อาจเกิดขึ้นในการป้องกันโรค

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาผลของสื่ออินโฟกราฟิกแบบโต้ตอบต่อความรู้ การรับรู้ และพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกในระยะยาว เพื่อประเมินความยั่งยืนของการเปลี่ยนแปลง เช่น ทุก 3 เดือน 6 เดือน และ 1 ปี หลังการใช้สื่อ

2.2 ควรมีการวิจัยแบบทดลองที่มีกลุ่มควบคุม (Randomized Controlled Trial) เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิผลของสื่ออินโฟกราฟิกแบบ

โต้ตอบกับวิธีการให้ความรู้แบบดั้งเดิมหรือสื่อประเภท
อื่นๆ

2.3 ควรมีการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการใช้
สื่อดิจิทัลในกลุ่มวัยทำงาน เช่น ทักษะการใช้เทคโนโลยี

ความสะดวกในการเข้าถึง รูปแบบการนำเสนอที่ต้องการ
เพื่อนำมาใช้ในการออกแบบสื่อให้เหมาะสมยิ่งขึ้น

2.4 ควรมีการเปรียบเทียบประสิทธิผลของ
สื่อในโรคที่มีลักษณะแตกต่างกัน เพื่อหาแนวทางการ
พัฒนาสื่อที่เหมาะสมกับแต่ละโรค

เอกสารอ้างอิง

- กรมควบคุมโรค. (2562). รายงานผลการดำเนินงานโครงการรณรงค์ป้องกันโรคไข้เลือดออก ปี 2562. สืบค้นจาก <https://ddc.moph.go.th/dvb/pagecontent.php?dept=dvb&page=17>
- ชนิดา มัทททางกูร, ปรียานุช พลอยแก้ว, อโนทัย ถวัลย์เสรีวัฒนา, อำพร สิทธิจิต, และ อารงเดช น้อยสิริวัฒนา. (2560). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสายสี จังหวัดสมุทรสาคร. *วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม*, 18(34), 34–48.
- ทิพย์รัตน์ วรารัตน์, รอดเนียม จรูญรัตน์, ไกรนรา พอเพ็ญ, และ วรธนะพงษ์ อรจิรา. (2567). การวิจัยเชิงปฏิบัติการเสริมสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพด้านการป้องกันโรคไข้เลือดออก ตำบลหนองตรุด อำเภอเมือง จังหวัดตรัง. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 12(1), e273857. <https://www.tci-thaijo.org/index.php/scnet/index>
- ภาวิณี มนตรี, เดชา สุคนธ์, ยุทธนา กลิ่นจันทร์, อุดมลักษณ์ ทองหล่อ, และ อภิวรรณ เหลืองเทียมทอง. (2565). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคที่มีุงลายเป็นพาหะของแกนนำครัวเรือนในพื้นที่จังหวัดปทุมธานี. *วารสารควบคุมโรค*, 48(3), 514–524. <https://doi.org/10.14456/dcj.2022.44>
- วรารัตน์ ทิพย์รัตน์, กนกพรรณ พรหมทอง, และ มนตรี รักภักดี. (2564). ประสิทธิผลของโปรแกรมการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก และค่าดัชนีลูกน้ำยุงลาย จังหวัดตรัง. *วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม*, 40(5), 72–84.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง. (2567). สถานการณ์โรคไข้เลือดออกในจังหวัดตรัง. สืบค้นจาก <https://www.prd.go.th/th/content/page/index/id/127950>
- สิโรตม มณีแฮด, และ สิริธัญญา เชื้อทอง. (2563). การสื่อสารสุขภาพของกรมควบคุมโรคโดยใช้เรื่องเล่าอินโฟกราฟิกในสถานการณ์โควิด-19. *วารสารการสื่อสารมวลชน*, 8(2), 91–111.
- Bandura, A. (2004). Health promotion by social cognitive means. *Health Education & Behavior*, 31(2), 143–164.
- Baxter, M. (2022). *Improving the effectiveness of public health infographics through design principle application* (Doctoral dissertation, University of Leeds). University of Leeds Repository.

- Featherstone, J. D. (2014). Visual communication and health behavior: The role of infographics in promoting health literacy. *Journal of Visual Communication in Medicine*, 37(2), 56–64. <https://doi.org/10.3109/17453054.2014.898752>
- Janz, N. K., & Becker, M. H. (1984). The Health Belief Model: A decade later. *Health Education Quarterly*, 11(1), 1–47.
- Kong, H. K., Zainab, F., Turner, A. M., Bekemeier, B., & Backonja, U. (2025). Trends in and effectiveness of infographics for health communication: A scoping review. *Health Communication*, 40(2), 222–232. <https://doi.org/10.1080/10410236.2024.2342595>
- Pan American Health Organization. (2019). *Epidemiological update: Dengue*. Retrieved from <https://www.paho.org/sites/default/files/2019-10/2019-sept-13-phe-dengue-epi-update.pdf>
- Rosenstock, I. M. (1974). Historical origins of the Health Belief Model. *Health Education Monographs*, 2(4), 328–335.
- Tan, A., Koh, E., Sankari, U., Tang, J., Goh, C. K., & Tan, N. C. (2022). Effects of a serious game on knowledge, attitude and practice in vector control and dengue prevention among adults in primary care: A randomised controlled trial. *Digital Health*, 8, 20552076221129099. <https://doi.org/10.1177/20552076221129099>
- Wong, L. P., et al. (2020). Interactive infographics for dengue prevention: A randomized controlled trial in Malaysia. *PLOS Neglected Tropical Diseases*, 14(8), e0008470. <https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0008470>
- World Health Organization. (2019). *Dengue and severe dengue*. Retrieved from <https://www.who.int/health-topics/dengue-and-severe-dengue>
- World Health Organization. (2023). *Combating dengue outbreak and addressing overlapping challenges with COVID-19*. Retrieved from <https://www.who.int/thailand/news/detail/30-06-2023-combating-dengue-outbreak-and-addressing-overlapping-challenges-with-covid-19>
- Yakasaem, T., et al. (2025). Seroprevalence and preventive practices of dengue and chikungunya among school children in Bangkok. *medRxiv*. <https://doi.org/10.1101/2025.04.03.25325161>

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน
ตำบลบ้านโพธิ์ อำเภอเมือง จังหวัดตรัง

Factors Associated with Blood Glucose Control in Diabetic Patients,
Ban Pho Subdistrict, Mueang District, Trang Province.

สำรวย ว่องไวยุทธ์

Sumruay Wongwaiyut

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโพธิ์ อำเภอเมือง จังหวัดตรัง

(Received: January 31, 2025; Accepted: February 25, 2025)

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความรู้ การรับรู้ความสามารถในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด พฤติกรรมสุขภาพ และปัจจัยที่สัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลสะสม (HbA1c) ในผู้ป่วยเบาหวาน กลุ่มตัวอย่างจำนวน 199 ราย ที่รับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโพธิ์ จังหวัดตรัง ใช้การวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง โดยเก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (IOC) และมีค่าความเชื่อมั่น (Cronbach's alpha) เท่ากับ 0.88 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและ Chi-square test ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย 64 ปี ระดับการศึกษาประถมศึกษา รายได้เฉลี่ย 5,000 บาทต่อเดือน และส่วนใหญ่อยู่ในเกณฑ์น้ำหนักเกินถึงอ้วน ร้อยละ 66.3 ไม่สามารถควบคุมระดับ HbA1c ได้ (มากกว่า 7%) ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานอยู่ในระดับมาก (ร้อยละ 77.9) ส่วนการรับรู้ความสามารถและพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 62.3 และ 67.8 ตามลำดับ) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับ HbA1c อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ได้แก่ อาชีพ การมีโรคประจำตัว และการมีโรคความดันโลหิตสูง ส่วนปัจจัยอื่น ๆ เช่น เพศ อายุ รายได้ ดัชนีมวลกาย ระยะเวลาการป่วย ความรู้ การรับรู้ และพฤติกรรมสุขภาพ ไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญ ข้อค้นพบสะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นในการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เน้นการเพิ่มพูนความรู้ ทักษะการดูแลตนเอง และการจัดการกับปัจจัยเสี่ยง โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ที่มีโรคร่วมและข้อจำกัดด้านเศรษฐกิจหรืออาชีพ เพื่อให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

คำสำคัญ: เบาหวาน, ปัจจัยที่สัมพันธ์, ระดับน้ำตาลในเลือด



Abstract

This study aimed to examine the level of knowledge, perceived self-efficacy in blood sugar control, health behaviors, and factors associated with glycosylated hemoglobin (HbA1c) control among patients with diabetes. A total of 199 participants receiving services at Ban Pho SubDistrict Health Promoting Hospital, Trang Province, were selected using a cross-sectional analytical research design. Data were collected using a questionnaire that had been validated for content validity (IOC) and reliability (Cronbach's $\alpha = 0.88$). Descriptive statistics and Chi-square tests were employed for data analysis. The results revealed that most participants were female, with an average age of 64 years, primary education, and an average monthly income of 5,000 baht. Most had a body mass index (BMI) in the overweight to obese range. A total of 66.3% were unable to control their HbA1c ($\text{HbA1c} > 7\%$). Diabetes-related knowledge was at a high level (77.9%), while perceived self-efficacy and health behaviors were at moderate levels (62.3% and 67.8%, respectively). The factors significantly associated with HbA1c control ($p < 0.05$) included occupation, presence of comorbidities, and hypertension. Other factors such as gender, age, income, BMI, duration of illness, knowledge, perceived self-efficacy, and health behaviors showed no significant association. The findings highlight the necessity of comprehensive health promotion interventions that enhance knowledge, self-care skills, and risk factor management particularly for patients with comorbid conditions and limitations in occupation or socioeconomic status to achieve better glycemic control and reduce long-term complications.

Keywords: Associated factors, Diabetes mellitus, HbA1c

บทนำ

โรคเบาหวาน (Diabetes Mellitus) เป็นกลุ่มของโรคเรื้อรังที่มีลักษณะเด่นคือระดับน้ำตาลในเลือดสูงผิดปกติอย่างต่อเนื่อง ซึ่งเกิดจากความบกพร่องในการผลิตหรือการออกฤทธิ์ของฮอร์โมนอินซูลิน จำแนกได้เป็นหลักสองชนิด ได้แก่ เบาหวานชนิดที่ 1 ซึ่งร่างกายไม่สามารถผลิตอินซูลินได้ และเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งร่างกายไม่สามารถใช้อินซูลินได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีความสัมพันธ์กับวิถีชีวิต เช่น การขาดกิจกรรมทางกายและภาวะโภชนาการเกิน ปัจจุบันโรคเบาหวานยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญทั่วโลก โดยในปี พ.ศ. 2564 มีผู้ป่วยเบาหวานทั่วโลกประมาณ 529 ล้านคน และคาดว่าจะเพิ่มขึ้นเป็น 1.31 พันล้านคนในปี พ.ศ. 2593 ซึ่งร้อยละ 96 เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 โดยเฉพาะในภูมิภาคแอฟริกาเหนือและตะวันออกกลางที่มีอัตราสูงสุด¹²³

ในประเทศไทย ผลสำรวจสุขภาพประชาชน พ.ศ. 2562–2563 พบความชุกของโรคเบาหวานในประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 8.9 ในปี พ.ศ. 2557 เป็นร้อยละ 9.5 ในปี พ.ศ. 2563⁴ การวินิจฉัยโรคเบาหวานส่วนใหญ่ใช้ค่าระดับน้ำตาลสะสม (HbA1c) โดยผู้ป่วยที่มีค่า HbA1c $\geq 6.5\%$ ถือว่าเป็นเบาหวาน⁵⁶⁷⁸ ทั้งนี้ ค่าระดับ HbA1c ยังใช้เป็นตัวชี้วัดสำคัญของการควบคุมโรค โดยกระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดเป้าหมายว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานในพื้นที่ต้องควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี (HbA1c $< 7\%$ หรือ $< 8\%$ สำหรับผู้มีโรคร่วม) อย่างน้อยร้อยละ 40 ของผู้ป่วยทั้งหมด⁹

อย่างไรก็ตาม ผลการดำเนินงานในพื้นที่จังหวัดตรังและตำบลบ้านโพธิ์ อำเภอเมือง จังหวัดตรัง ยังคงต่ำกว่าเกณฑ์เป้าหมายอย่างต่อเนื่อง โดยในช่วงปี พ.ศ. 2562–2566 อัตราการควบคุมระดับ HbA1c ของผู้ป่วยเบาหวานในตำบลบ้านโพธิ์อยู่ระหว่างร้อยละ 17.43–28.14 ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์เป้าหมายระดับจังหวัด⁹ สถานการณ์ดังกล่าวสะท้อนถึงความจำเป็นในการศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับระดับ HbA1c ในผู้ป่วยโรคเบาหวาน เพื่อใช้เป็นข้อมูลประกอบในการกำหนดมาตรการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ ทั้งในเชิงการส่งเสริมสุขภาพ การเฝ้าระวัง และการลดผลกระทบจากภาวะแทรกซ้อนของโรค

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาลักษณะทางประชากรสังคม ความรู้ การรับรู้ความสามารถในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ตำบลบ้านโพธิ์ อำเภอเมือง จังหวัดตรัง
2. เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ตำบลบ้านโพธิ์ อำเภอเมือง จังหวัดตรัง

สมมติฐานของการวิจัย

ปัจจัยทางประชากรสังคม ความรู้ การรับรู้ความสามารถในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และพฤติกรรมสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ตำบลบ้านโพธิ์ อำเภอเมือง จังหวัดตรัง



กรอบแนวคิดของการวิจัย

ตัวแปรต้น

- 1.ลักษณะทางประชากรและสังคม
 - 1.1 เพศ
 - 1.2 อายุ
 - 1.3 สถานภาพสมรส
 - 1.4 ระดับการศึกษา
 - 1.5 อาชีพ
 - 1.6 รายได้
 - 1.7 BMI
 - 1.8 ระยะเวลาการป่วยเป็นเบาหวาน
 - 1.9 โรคประจำตัวอื่นๆ
 - 1.10 การติดตามระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเอง
- 2.ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน
- 3.การรับรู้ความสามารถของตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด
- 4.พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน

ตัวแปรตาม

การควบคุมระดับ
น้ำตาลในเลือด

วิธีดำเนินการวิจัย

1. รูปแบบการศึกษา

เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์ภาคตัดขวาง

(Cross-sectional study)

2. ประชากรที่ศึกษา

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้างนี้เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานในพื้นที่ตำบลบ้านโพธิ์ ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ และขึ้นทะเบียนรักษาที่โรงพยาบาลศูนย์ตรัง และมีผลการตรวจ HbA1C ในปี 2566 จำนวน 409 ราย

3. การคำนวณขนาดตัวอย่าง (Sample size estimation)

คำนวณขนาดตัวอย่างที่ทราบจำนวนประชากรโดยใช้สูตรของ Wayne W.,D. (1975)¹⁰ ดังนี้

$$n = \frac{Np(1-p)z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2}{d^2(N-1) + p(1-p)z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2}$$

$$n = \frac{409 \times 0.5(1-0.5)1.96^2}{(0.05)^2(409-1) + 0.5(1-0.5)1.96^2}$$

$$= 199$$

ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 199

รายชื่อ

4. การเลือกกลุ่มตัวอย่าง

เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria)

- 1.) เป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อายุตั้งแต่ 30 ปี ขึ้นไป มีภูมิลำเนาในพื้นที่ตำบลบ้านโพธิ์ อำเภอเมือง จังหวัดตรัง



2.) ได้รับการส่งต่อเพื่อรับการรักษาต่อเนื่องที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโพธิ์ อำเภอเมือง จังหวัดตรัง ซึ่งเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่

3.) มีผลการตรวจระดับ HbA1c อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง

4.) เป็นผู้ที่มีใจเข้าร่วมการศึกษานี้และให้ความยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษร

5.) สนใจเข้าร่วมโครงการ

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

1.) การตั้งครรภ์หรือตั้งครรภ์ภายใน 6 เดือนที่ผ่านมา

2.) ผู้ที่มีภาวะทางจิตเวชหรือภาวะความบกพร่องในการสื่อสารที่รุนแรงซึ่งอาจรบกวนการให้ข้อมูล

การสุ่มตัวอย่าง

เลือกกลุ่มตัวอย่าง 199 ราย โดยการสุ่มแบบง่าย (Simple Random Sampling) เพื่อให้ประชากร 409 ราย

มีโอกาสเท่ากันในการถูกเลือก โดยดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

1.) กำหนดหมายเลขให้ประชากรทั้งหมด เริ่มต้นด้วยการกำหนดหมายเลขให้กับประชากรทั้ง 409 คน โดยให้แต่ละคนมีหมายเลขเฉพาะของตัวเองตั้งแต่ 1 ถึง 409

2.) ใช้เว็บไซต์สำหรับการสุ่มตัวเลข เช่น [Random.org](https://www.random.org) ซึ่งสามารถกำหนดขอบเขตของหมายเลข 1-409 ได้

3.) สุ่มหมายเลขจำนวน 199 หมายเลข จาก 1 ถึง 409 โดยไม่ซ้ำกัน

4.) หลังจากได้หมายเลข 199 หมายเลขแล้ว ให้ใช้หมายเลขกับรายชื่อประชากรทั้งหมดและดึงข้อมูล

ของบุคคลที่มีหมายเลขตรงกับที่สุ่มได้มาเป็นกลุ่มตัวอย่าง

5. เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

แบบสอบถาม

ผู้วิจัยใช้แบบสอบถาม (Questionnaires) เป็นเครื่องมือในการเก็บข้อมูล ซึ่งผู้วิจัยได้ทำการศึกษาค้นคว้าข้อมูลจากเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อการวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ตำบลบ้านโพธิ์ อำเภอเมือง จังหวัดตรังแบบสอบถามประกอบด้วยส่วนต่างๆ ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบ

แบบสอบถาม ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา การประกอบอาชีพ รายได้ ส่วนสูง น้ำหนัก เส้นรอบเอว/รอบสะโพก ระยะเวลาการป่วยเป็นเบาหวาน โรคประจำตัวอื่นๆ การติดตามระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเอง และระดับ HbA1c จำนวน 13 ข้อ

ส่วนที่ 2 ด้านความรู้เกี่ยวกับ

โรคเบาหวาน จำนวน 20 ข้อ คำตอบเป็นแบบถูก-ผิด ออกแบบข้อคำถามตามทฤษฎีการเรียนรู้ของเบนจามิน บลูม¹¹ แบ่งระดับคะแนนความรู้เป็น 3 ระดับ ตามแนวคิดของแดเนียล¹² คือ น้อย ปานกลาง และมากดังนี้

ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน อยู่ในระดับน้อย (0.00-6.67 คะแนน)

ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน อยู่ในระดับปานกลาง (6.68-13.35 คะแนน)

ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน อยู่ในระดับมาก (13.36-20.00 คะแนน)

ส่วนที่ 3 ด้านการรับรู้ความสามารถของ

ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีข้อคำถามทั้งหมด 13 ข้อ เป็นมาตรวัดแบบลิเคิร์ท (Likert rating scales)¹³ จำนวน 5 ตัวเลือก แบ่ง

ระดับคะแนนทัศนคติ เป็น 3 ระดับ ตามแนวคิดของแดเนียล¹² ดังนี้

การรับรู้ความสามารถของ
ผู้ป่วยโรคเบาหวานอยู่ในระดับน้อย (13.00-30.33
คะแนน)

การรับรู้ความสามารถของ
ผู้ป่วยโรคเบาหวานอยู่ในระดับปานกลาง (30.34-47.67
คะแนน)

การรับรู้ความสามารถของ
ผู้ป่วยโรคเบาหวานอยู่ในระดับมาก (47.68-65.0
คะแนน)

ส่วนที่ 4 ด้านพฤติกรรมสุขภาพของ
ผู้ป่วยเบาหวานมีข้อคำถาม 21 เป็นมาตรวัดแบบลิเคิร์ต
(Likert rating scales)¹³ จำนวน 4 ตัวเลือก แบ่งระดับ
คะแนนพฤติกรรม เป็น 3 ระดับ ตามแนวคิดของแดเนียล¹²
ดังนี้

พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย
เบาหวานอยู่ในระดับน้อย (21.00-49.00 คะแนน)

พฤติกรรมสุขภาพของ
ผู้ป่วยเบาหวานอยู่ในระดับปานกลาง (49.01-77.00
คะแนน)

พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย
เบาหวานอยู่ในระดับมาก (77.01-105.00 คะแนน)

6. การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปหาคุณภาพของ
เครื่องมือโดยการหาความเที่ยงตรงตามเนื้อหา
(Content Validity) และความเชื่อมั่น (Reliability)

ความเที่ยงตรงของเนื้อหา (Content
Validity) โดยการนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญ ช่วยตรวจสอบ
ความถูกต้องและความครอบคลุมของเนื้อหาที่ต้องการ
ศึกษา จำนวน 3 ท่าน แล้วนำมาหาค่าดัชนี ความ
สอดคล้อง (Index of item objective congruence:

IOC) ของข้อคำถามแต่ละข้อ ผู้วิจัยนำข้อคำถาม ที่
คำนวณได้มีค่าตั้งแต่ 0.5-1.00 จึงมีค่าความเที่ยงตรง
ใช้ได้ ใช้ในแบบสอบถาม

ความเชื่อมั่น (Reliability Test) ผู้วิจัยนำ
แบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไข จากข้อแนะนำของ
ผู้เชี่ยวชาญนำไปทดลองใช้ (Try Out) กับประชากรที่
ไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน แล้วนำมาตรวจ
ให้คะแนนเพื่อหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha
coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.88

7. การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างและการเก็บ รวบรวมข้อมูล

เก็บรวบรวมโดยผู้วิจัย โดยมีขั้นตอนการ
ดำเนินการดังนี้

เก็บรวบรวมโดยผู้วิจัย โดยมีขั้นตอนการ
ดำเนินการดังนี้

7.1 ทำหนังสือขออนุญาตจริยธรรมการวิจัยต่อ
คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา โดยได้รับ
การรับรอง เมื่อวันที่ 29 พฤศจิกายน 2567 รหัส
จริยธรรมการวิจัย SCPHYLIB-2567/412

7.2 ขออนุมัติหนังสือลงพื้นที่ทำวิจัยและ
เก็บข้อมูล จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้าน
โพธิ์ อำเภอเมือง จังหวัดตรัง เพื่อขอทดสอบเครื่องมือ
และขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มตัวอย่าง โดย
ข้อมูลส่วนหนึ่งเก็บจากแหล่งข้อมูลที่มีอยู่แล้ว
(secondary data) เช่น ค่า HbA1c อีกส่วนหนึ่งเก็บ
จากแบบสัมภาษณ์ในการมารับบริการที่หน่วยบริการ
และการเยี่ยมบ้าน

7.3 หลังจากได้รับการอนุมัติให้เก็บข้อมูล
ในพื้นที่ ผู้วิจัยแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย
รวมถึงการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง โดยผู้วิจัยจะเข้าถึง
ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างได้เมื่อได้รับความยินยอม และ



กลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวเมื่อใดก็ได้โดยไม่เสียสิทธิ์ใดๆ ซึ่งการเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างอาจจะมีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคระบบทางเดินหายใจในระหว่างเก็บรวบรวมข้อมูล แก้ไขโดยการใส่หน้ากากอนามัย และเว้นระยะห่าง โดยจะรบกวนเวลาในการตอบคำถามให้น้อยที่สุดประมาณ 15 นาที และมีสิทธิในการปฏิเสธที่จะไม่ตอบข้อใดก็ได้ รวมถึงข้อมูลส่วนตัวที่อาจถูกเปิดเผยต่อผู้วิจัยโดยไม่ตั้งใจ ผู้วิจัยจึงมีแนวทางการป้องกันรักษาข้อมูลโดยใช้รหัสแทนชื่อ-สกุลจริง ในการบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลรายบุคคลที่ได้จะเป็นความลับ เผยแพร่และตีพิมพ์ในภาพรวมโดยไม่ปรากฏชื่อของผู้เข้าร่วมวิจัย ในกรณีที่ผู้เข้าร่วมวิจัยต้องการข้อมูลเพิ่มเติมที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัย บุคคลที่ท่านสามารถติดต่อได้ตลอด 24 ชั่วโมง คือ นางสาววย ว่องไวยุทธ ผู้วิจัย หมายเลขโทรศัพท์ 089 725 3391 หลังจากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมให้เก็บข้อมูล

7.4 เก็บรวบรวมข้อมูลตามแบบสัมภาษณ์

7.5 ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลก่อนการวิเคราะห์ทางสถิติ

8. การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติที่ใช้

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistic) ได้แก่ วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ใช้ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าสูงสุดต่ำสุด

2. สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics)

วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านประชากรสังคม ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน การรับรู้ความสามารถในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน กับการควบคุมระดับ

น้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ตำบลบ้านโพธิ์ อำเภอเมือง จังหวัดตรัง โดยใช้ Chi-square test ในการทดสอบทางสถิติเพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรเชิงกลุ่ม (categorical variables) อธิบายด้วยค่า p-value ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 หากข้อมูลในตาราง 2x2 มีค่าคาดหวังน้อยกว่า 5 หรือเกิน 20% พิจารณาใช้สถิติ Fisher's Exact Test

ผลการศึกษา

1. ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ประกอบด้วยประชาชนจำนวน 199 คน โดยเป็นเพศชาย 62 คน (ร้อยละ 31.2) และเพศหญิง 137 คน (ร้อยละ 68.8) มีช่วงอายุระหว่าง 38-92 ปี ค่ามัธยฐานอายุอยู่ที่ 64 ปี กลุ่มอายุที่พบมากที่สุดคือ 55-72 ปี (ร้อยละ 54.3) รองลงมาคือกลุ่มอายุน้อยกว่า 55 ปี (ร้อยละ 23.6) และมากกว่า 72 ปี (ร้อยละ 22.1)

ในด้านสถานภาพสมรส พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคู่สมรส (ร้อยละ 65.3) รองลงมาคือหม้าย (ร้อยละ 20.6) โสด (ร้อยละ 12.1) และหย่าร้าง (ร้อยละ 2.0) ระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 76.9) มัธยมศึกษาตอนต้น (ร้อยละ 7.0) มัธยมศึกษาตอนปลายหรือเทียบเท่า (ร้อยละ 7.5) และระดับอนุปริญญาขึ้นไป (ร้อยละ 5.0) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม (ร้อยละ 34.2) รองลงมาคือรับจ้างทั่วไป (ร้อยละ 16.6) พ่อบ้านแม่บ้าน (ร้อยละ 10.1) ภาวะพึ่งพิง (ร้อยละ 9.0) ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว (ร้อยละ 12.1) และข้าราชการ (ร้อยละ 1.5) รายได้เฉลี่ยอยู่ที่ 5,000 บาทต่อเดือน โดยรายได้ส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 2,000-8,000 บาท (ร้อยละ 57.8) รองลงมาคือน้อยกว่า 2,000 บาท (ร้อยละ 22.1) และมากกว่า 8,000 บาท (ร้อยละ 20.1) ช่วงของรายได้มี



ความแปรปรวนมาก (0–200,000 บาท) ในด้านค่าดัชนีมวลกาย (BMI) ค่ามัธยฐานอยู่ที่ 25.81 โดยช่วงค่าระหว่าง 11.24–54.40 กลุ่มที่มีภาวะน้ำหนักเกิน (BMI 23.38–28.69) มีมากที่สุด (ร้อยละ 50.8) รองลงมาคือกลุ่ม BMI ต่ำกว่า 23.37 และมากกว่า 28.70 อย่างละร้อยละ 24.6 ระยะเวลาการเป็นโรคเบาหวานมีค่ามัธยฐานอยู่ที่ 7 ปี ช่วงระหว่าง 1–30 ปี โดยกลุ่มที่ป่วยระหว่าง 3–15 ปีมีมากที่สุด (ร้อยละ 61.3) รองลงมาคือกลุ่มป่วยนานกว่า 15 ปี (ร้อยละ 19.6) และกลุ่มป่วย 1–2 ปี (ร้อยละ 19.1) โรคร่วมที่พบมากที่สุดคือความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 60.3) และไขมันในเลือดสูง (ร้อยละ 59.3) ขณะที่โรคหัวใจ หลอดเลือดสมอง และมะเร็งรวมกันคิดเป็นร้อยละ 11.1 พฤติกรรมด้านการติดตามระดับน้ำตาลในเลือด พบว่าร้อยละ 64.3 ของกลุ่มตัวอย่างมีการเจาะเลือดปลายนิ้วเพื่อตรวจระดับน้ำตาลด้วยตนเอง ส่วนที่เหลือ (ร้อยละ 35.7) ไม่ได้ติดตามด้วยวิธีดังกล่าว ระดับ HbA1c ของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระดับที่ควบคุมได้ไม่ดี โดยร้อยละ 66.3 มีค่า HbA1c มากกว่า 7 ค่ามัธยฐานอยู่ที่ 7.8 (ช่วง 5.2–18.0) ขณะที่ร้อยละ 33.2 สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม ($HbA1c \leq 7$)

จากข้อมูลทั้งหมดข้างต้น แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีภาวะน้ำหนักเกินหรืออ้วน มีโรคร่วมเรื้อรัง และควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดี ซึ่งสะท้อนถึงปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพที่สำคัญในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานในพื้นที่ศึกษา

2. ความรู้เรื่องโรคเบาหวานของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ได้ประเมินระดับความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้แบบสอบถามที่ครอบคลุมหัวข้อสำคัญ ได้แก่ สาเหตุ อาการ ผลกระทบ แนวทางการดูแลรักษา และการป้องกันโรคเบาหวาน จากผลการวิเคราะห์พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับ

ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 77.9 ขณะที่ร้อยละ 22.1 มีความรู้ในระดับปานกลาง และไม่มีผู้ที่มีความรู้ในระดับน้อย ค่ามัธยฐานของคะแนนความรู้เท่ากับ 16.0 โดยมีคะแนนต่ำสุดที่ 9.0 และคะแนนสูงสุดที่ 19.0 จากคะแนนเต็ม 20 คะแนน ตามตารางที่ 1 เมื่อพิจารณาความรู้รายข้อ พบว่ามีหลายประเด็นที่กลุ่มตัวอย่างสามารถตอบได้ถูกต้องในสัดส่วนที่สูง ได้แก่ ความเชื่อมโยงระหว่างการบริโภคน้ำตาลและอาหารหวานกับการเกิดโรคเบาหวาน (ร้อยละ 92.0), ความเข้าใจว่าหากไม่ได้รับการรักษาจะทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดเพิ่มขึ้น (ร้อยละ 96.0), การรับรู้วาระระดับน้ำตาลในเลือดหลังดอาหาร 200 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ถือว่าสูงมาก (ร้อยละ 96.5), ความเข้าใจเกี่ยวกับผลกระทบของโรคเบาหวานต่ออวัยวะต่าง ๆ ของร่างกาย (ร้อยละ 94.5), การรับรู้ผู้ป่วยเบาหวานมักมีบาดแผลหายช้ากว่าคนทั่วไป (ร้อยละ 95.0) และการทราบเป้าหมายของการรักษาโรคเบาหวานในการควบคุมระดับ HbA1c ให้ต่ำกว่าร้อยละ 7 (ร้อยละ 95.0) อย่างไรก็ตาม ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างบางส่วนมีความเข้าใจที่คลาดเคลื่อนในบางประเด็น โดยเฉพาะเรื่องกลไกการทำงานของอินซูลิน ซึ่งมีเพียงร้อยละ 19.6 ที่ตอบถูกต้องเกี่ยวกับความเข้าใจว่าการออกฤทธิ์ของอินซูลินไม่ได้เกิดจากการรับประทานอาหารมากเกินไป นอกจากนี้ ยังมีเพียงร้อยละ 40.7 ที่ทราบว่าอาหารและการออกกำลังกายมีบทบาทสำคัญไม่แพ้การใช้ยาในการควบคุมโรคเบาหวาน และร้อยละ 58.8 ตอบถูกต้องเกี่ยวกับวิธีที่แม่นยำที่สุดในการตรวจวินิจฉัยโรคเบาหวาน ซึ่งไม่ใช่การตรวจปัสสาวะ ผลการประเมินดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่า แม้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จะมีระดับความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานในระดับสูง แต่ยังมีประเด็นบางส่วนที่ควรส่งเสริมความรู้เพิ่มเติม โดยเฉพาะความเข้าใจเกี่ยวกับกลไกของอินซูลิน บทบาทของพฤติกรรมสุขภาพ และวิธีการตรวจวินิจฉัยที่

เหมาะสม ซึ่งสามารถใช้เป็นแนวทางในการวางแผนการให้ความรู้สุขภาพในชุมชนอย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

ตารางที่ 1 ระดับความรู้เรื่องโรคเบาหวานของกลุ่มตัวอย่าง (n=199)

จัดกลุ่มความรู้เรื่องโรคเบาหวาน	จำนวน	ร้อยละ
น้อย	0	0
ปานกลาง	44	22.1
มาก	155	77.9
Median (min-max)	16.0 (9.0-19.0)	

3. การรับรู้ความสามารถในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มตัวอย่าง

จากการศึกษาระดับการรับรู้ความสามารถในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าผู้เข้าร่วมการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 62.3 ขณะที่กลุ่มที่มีระดับการรับรู้ในระดับมากมีร้อยละ 30.7 และระดับน้อยมีเพียงร้อยละ 7.0 โดยค่ามัธยฐานของคะแนนการรับรู้อยู่ที่ 42.0 จากคะแนนเต็ม 65 คะแนน (ช่วงคะแนนระหว่าง 13.0–65.0) ตามตารางที่ 2 เมื่อวิเคราะห์รายข้อ พบว่าด้านที่กลุ่มตัวอย่างมีความมั่นใจสูง ได้แก่ การไปพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง (ค่ามัธยฐาน 4.25 คะแนน, ร้อยละ 53.8 ตอบว่ามั่นใจมากที่สุด), การปรับการใช้ยาเมื่อมีอาการเจ็บป่วย (ค่ามัธยฐาน 3.80 คะแนน), การสังเกตอาการทางสายตา เช่น ตาพร่ามัว (ค่ามัธยฐาน 3.53 คะแนน) และการตรวจผิวหนังบริเวณเท้า (ค่ามัธยฐาน 3.44 คะแนน) ซึ่งสะท้อนถึงความสามารถในการดูแลตนเอง

ในด้านพื้นฐาน ในขณะที่ด้านที่มีระดับการรับรู้ต่ำ ได้แก่ การตรวจระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเอง (ค่ามัธยฐาน 2.58 คะแนน, ร้อยละ 29.1 ตอบว่าไม่มั่นใจ), การจัดการภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ (ค่ามัธยฐาน 3.11 คะแนน), และการเลือกอาหารที่เหมาะสมในงานเลี้ยง (ค่ามัธยฐาน 3.09 คะแนน) ซึ่งแสดงถึงความไม่มั่นใจในการจัดการสถานการณ์เฉพาะที่อาจเกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน โดยสรุป กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับการรับรู้ความสามารถในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในระดับปานกลาง โดยมีจุดแข็งด้านการดูแลตนเองทั่วไป เช่น การพบแพทย์และสังเกตอาการผิดปกติ อย่างไรก็ตาม ด้านที่เกี่ยวข้องกับทักษะเฉพาะ เช่น การตรวจน้ำตาลด้วยตนเองหรือการจัดการภาวะฉุกเฉินยังเป็นจุดที่ควรได้รับการส่งเสริมเพิ่มเติม ซึ่งข้อมูลนี้สามารถนำไปใช้ในการวางแผนพัฒนาศักยภาพผู้ป่วยให้สามารถดูแลตนเองได้ดียิ่งขึ้นในอนาคต

ตารางที่ 2 ระดับการรับรู้ความสามารถในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด (n = 199)

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
น้อย	14	7.0
ปานกลาง	124	62.3
มาก	61	30.7
Median (min-max)	42.0 (13.0-65.0)	

4. พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน

จากการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มิ่ พฤติกรรมสุขภาพในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 67.8 รองลงมาคือระดับดี (ร้อยละ 32.2) โดยไม่มีผู้ป่วยที่อยู่ในระดับพฤติกรรมสุขภาพต่ำ ค่ามัธยฐานของคะแนน พฤติกรรมสุขภาพอยู่ที่ 73.0 (ช่วงคะแนน 56.0–97.0) แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มิ่แนวโน้มปฏิบัติตามคำแนะนำทางการแพทย์ในระดับปานกลางถึงดี ตามตารางที่ 3 เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า

4.1 พฤติกรรมการบริโภคอาหาร

ผู้ป่วยยังมีแนวโน้มเลือกรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสม ในสัดส่วนที่น่ากังวล โดยร้อยละ 51.8 ยังคงบริโภคอาหารที่มีรสหวาน ร้อยละ 52.8 รับประทานอาหารที่มีไขมันสูง และร้อยละ 47.7 บริโภคอาหารที่มีรสเค็มจัด อย่างไรก็ตาม ร้อยละ 73.4 งดดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งถือเป็น พฤติกรรมที่ดีต่อสุขภาพ

4.2 พฤติกรรมการรับประทานยา

ผู้ป่วยส่วนใหญ่รับประทานยาตามคำแนะนำของแพทย์ โดยร้อยละ 31.2 รับประทานยาตรงเวลา และร้อยละ 71.9 ไม่ปรับยาดด้วยตนเอง อย่างไรก็ตาม พบว่าร้อยละ 56.3 มี

การใช้ยาสมุนไพรหรืออาหารเสริมร่วมด้วย ซึ่งอาจมีผลต่อ ประสิทธิภาพของการรักษา

4.3 พฤติกรรมการออกกำลังกาย

การออกกำลังกายยังอยู่ในระดับต่ำ โดยมีเพียงร้อยละ 23.1 ที่ ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ (30–60 นาทีต่อวัน) และร้อยละ 12.6 ที่ปฏิบัติตามคำแนะนำให้ออกกำลังกายหลังอาหาร 2 ชั่วโมง สะท้อนถึงความจำเป็นในการส่งเสริมกิจกรรมทาง ภายในกลุ่มผู้ป่วย

4.4 การจัดการความเครียดและภาวะ

ทางจิตใจ ผู้ป่วยจำนวนมาก (ร้อยละ 58.3) มีความรู้สึก เศร้า หดหู่ หรือท้อแท้ โดยมีเพียงร้อยละ 36.7 ที่สามารถ พุดคุยระบายความเครียดกับผู้อื่นได้ อย่างไรก็ตาม ร้อยละ 42.2 สามารถยอมรับภาวะของโรคเบาหวานและไตเรื้อรังได้ ดี ซึ่งถือเป็นแนวโน้มที่ดีต่อการปรับตัวในการดูแลสุขภาพ

สรุป พฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง โดยมีจุดแข็งในเรื่องการ รับประทานยาและการงดแอลกอฮอล์ แต่ยังมีจุดที่ควร พัฒนาเพิ่มเติมในด้านโภชนาการ การออกกำลังกาย และ การจัดการภาวะทางจิตใจ ซึ่งควรเป็นเป้าหมายสำคัญของ การส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน

ตารางที่ 3 ระดับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน (n = 199)

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
น้อย	0	0
ปานกลาง	135	67.8
มาก	64	32.2
Median (min-max)	73.0 (56.0-97.0)	

5. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับระดับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน

จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า อาชีพของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.013$) โดยผู้ที่ประกอบอาชีพเกษตรกรรมสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ 25 คน และควบคุมไม่ได้ 43 คน ขณะที่กลุ่มที่ประกอบอาชีพค้าขาย นักธุรกิจ และข้าราชการ ควบคุมได้ 7 คน และควบคุมไม่ได้ 20 คน ส่วนกลุ่มรับจ้างทั่วไปมีแนวโน้มควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ในอัตราสูง โดยควบคุมได้เพียง 3 คน และควบคุมไม่ได้ 30 คน แสดงให้เห็นว่าอาชีพอาจส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพและการจัดการโรคเบาหวานของผู้ป่วย

ในด้านการมีโรคประจำตัว พบว่าผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ 63

คน และควบคุมไม่ได้ 111 คน ขณะที่ผู้ที่ไม่มีโรคประจำตัว ควบคุมได้ 4 คน และควบคุมไม่ได้ 21 คน การทดสอบทางสถิติพบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ($p\text{-value} = 0.046$) บ่งชี้ว่าการมีโรคร่วมมีแนวโน้มส่งผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง นอกจากนี้ เมื่อพิจารณาโรคประจำตัวที่พบบ่อยที่สุดคือ โรคความดันโลหิตสูง พบว่าผู้ป่วยที่มีโรคนี้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ 48 คน และควบคุมไม่ได้ 72 คน ขณะที่กลุ่มที่ไม่มีโรคความดันโลหิตสูงควบคุมได้ 19 คน และควบคุมไม่ได้ 60 คน ผลการทดสอบไคสแควร์ให้ค่า $p\text{-value}$ ต่ำกว่า 0.05 ซึ่งมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่าโรคความดันโลหิตสูงอาจมีบทบาทต่อประสิทธิภาพในการควบคุมระดับน้ำตาลของผู้ป่วยเบาหวาน ตามตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับระดับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน (n = 199)

ปัจจัย	ระดับน้ำตาลในเลือด		X ²	df	p-value
	ควบคุมได้	ควบคุมไม่ได้			
อาชีพ					
รับจ้างทั่วไป	3	30	14.48	5	0.013
ภาวะพึ่งพิง	8	10			
พ่อบ้าน แม่บ้าน	8	12			
ค้าขาย นักธุรกิจ ข้าราชการ	7	20			
เกษตรกร	25	43			
อื่นๆ	16	17			
การมีโรคประจำตัว					
มี	63	111	3.99	1	0.046
ไม่มี	4	21			
โรคประจำตัว เป็นโรคความดันโลหิตสูง					
มี	48	72	5.42	1	0.020
ไม่มี	19	60			

สรุปผลการศึกษา

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความรู้ การรับรู้ความสามารถในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด พฤติกรรมสุขภาพ และปัจจัยที่สัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลสะสม (HbA1c) ในผู้ป่วยเบาหวาน จำนวน 199 ราย ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุเฉลี่ย 64 ปี ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 55-72 ปี มีระดับการศึกษาระดับประถมศึกษา รายได้เฉลี่ย 5,000 บาทต่อเดือน และมีดัชนีมวลกายในเกณฑ์น้ำหนักเกินถึงอ้วน โดยมากกว่าครึ่งมีโรคร่วม โดยเฉพาะโรคความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดสูง ค่าระดับน้ำตาลสะสม (HbA1c) เผยให้เห็นว่าผู้ป่วยร้อยละ 66.3 ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ (HbA1c > 7) ขณะที่ร้อยละ 33.7 ควบคุมได้อยู่ในเกณฑ์ดี ในด้านความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน กลุ่ม

ตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก (ร้อยละ 77.9) โดยตอบคำถามได้ถูกต้องในประเด็นเกี่ยวกับอาการและผลกระทบของโรค แต่ยังมีความเข้าใจที่คลาดเคลื่อนในบางหัวข้อ เช่น กลไกของอินซูลิน และวิธีการวินิจฉัยโรคที่ต้อง ระดับการรับรู้ความสามารถในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 62.3) ผู้ป่วยมีความมั่นใจในด้านการพบแพทย์และการใช้ยา แต่ขาดความมั่นใจในการตรวจน้ำตาลด้วยตนเอง และการรับมือกับภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ขณะที่พฤติกรรมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 67.8) ผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่เหมาะสมในเรื่องการรับประทานยาและการงดแอลกอฮอล์ แต่ยังมีพฤติกรรมไม่เหมาะสมในด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย รวมถึงยังประสบปัญหาทางอารมณ์ เช่น ความเครียดและความหดหู่ ซึ่งส่งผลต่อการดูแลตนเอง

จากการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับ HbA1c อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อาชีพ การมีโรคประจำตัว และการมีโรคความดันโลหิตสูง ขณะที่ปัจจัยอื่น เช่น เพศ อายุ รายได้ ดัชนีมวลกาย ระยะเวลาการป่วย ระดับความรู้ การรับรู้ และพฤติกรรมสุขภาพ ไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญ

การอภิปรายผล

1. อาชีพกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

ผลการศึกษาพบว่า อาชีพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด (HbA1c) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.013$) โดยกลุ่มผู้ป่วยที่ประกอบอาชีพแตกต่างกันมีความแตกต่างอย่างชัดเจนในด้านความสามารถในการควบคุมระดับ HbA1c ให้ต่ำกว่าเกณฑ์ ($< 7\%$) ผลลัพธ์นี้สอดคล้องกับงานวิจัยก่อนหน้านี้ในประเทศไทยที่พบว่า ผู้ที่ไม่ได้ประกอบอาชีพมีแนวโน้มควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีกว่าผู้ที่มีอาชีพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹⁴ สามารถอภิปรายได้ดังนี้

(1) ภาระหน้าที่ทางสังคมและข้อจำกัดด้านเวลา กลุ่มผู้ที่ทำงานประจำมักมีตารางเวลาที่แน่นอน ขาดเวลารับประทานอาหารและยาอย่างเหมาะสม หรือไม่สามารถออกกำลังกายได้สม่ำเสมอ ซึ่งอาจรบกวนการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด โดยเฉพาะในกลุ่มที่ต้องทำงานเกิน 40 ชั่วโมงต่อสัปดาห์หรือทำงานกะกลางคืน ซึ่งอาจส่งผลต่อระบบนาฬิกาชีวิต (circadian rhythm) และเมตาบอลิซึมของร่างกาย¹⁵

(2) ฐานะทางเศรษฐกิจและการเข้าถึงทรัพยากรสุขภาพ แม้อาชีพบางประเภทจะสะท้อนรายได้และความสามารถในการเข้าถึงบริการสุขภาพได้ดีขึ้น แต่หากลักษณะงานมีความเครียดสูงหรือขาดเวลา

ว่าง ก็อาจเป็นอุปสรรคต่อการดูแลตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้น อาชีพจึงมีผลกระทบทั้งเชิงบวกและลบต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย ตามแนวคิดของปัจจัยทางสังคมที่กำหนดสุขภาพ (social determinants of health)¹⁶

(3) วิถีชีวิตและพฤติกรรมสุขภาพ

ลักษณะของงานมีผลต่อรูปแบบการดำเนินชีวิต เช่น งานที่นั่งโต๊ะตลอดวันอาจจำเป็นต้องมีการออกกำลังกายนอกเวลางานเพิ่มเติม ในขณะที่งานใช้แรงกายอาจช่วยเผาผลาญพลังงานได้แต่ก็มักมาพร้อมกับความเหนื่อยล้าและภาวะเครียดซึ่งอาจกระทบต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสม¹⁴

สรุปการศึกษานี้ให้หลักฐานสนับสนุนว่าอาชีพเป็นตัวแปรทางสังคมเศรษฐกิจที่มีบทบาทสำคัญต่อการควบคุมโรคเบาหวาน แม้จะไม่สามารถชี้เหตุและผลได้โดยตรงเนื่องจากลักษณะการศึกษาแบบภาคตัดขวาง (cross-sectional) แต่ข้อมูลที่ได้สามารถใช้เป็นแนวทางในการออกแบบแผนการดูแลผู้ป่วยเบาหวานอย่างเหมาะสมกับลักษณะงานและเวลาของแต่ละบุคคล โดยควรคำนึงถึงเงื่อนไขของผู้ป่วยแต่ละกลุ่มอาชีพ เช่น การปรับตารางการใช้ยา การให้คำแนะนำด้านสุขภาพในสถานที่ทำงาน หรือการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ยืดหยุ่นและเหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยในแต่ละอาชีพ

2. การมีโรคประจำตัวและโรคความดันโลหิตสูงกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า การมีโรคประจำตัวเป็นโรคความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด (HbA1c) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีโรคความดันโลหิตสูงสามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ 48 คน และควบคุมไม่ได้ 72 คน ขณะที่กลุ่มที่ไม่มีโรคความดันโลหิต



สูงควบคุมได้ 19 คน และควบคุมไม่ได้ 60 คน ผลดังกล่าวชี้ให้เห็นว่า ผู้ป่วยเบาหวานที่มีโรคความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดีเมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่มีโรคร่วม ข้อค้นพบนี้สอดคล้องกับวรรณกรรมทางการแพทย์ที่ชี้ว่าโรคความดันโลหิตสูงมีความเกี่ยวข้องกับกลไกทางสรีรวิทยาที่ส่งผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด เช่น การเกิดภาวะดื้ออินซูลิน (insulin resistance) การอักเสบระดับเซลล์ และความผิดปกติของหลอดเลือด ซึ่งล้วนเป็นปัจจัยเสี่ยงที่มีบทบาทในการทำให้ระดับ HbA1c สูงขึ้น¹⁷ นอกจากนี้ การมีโรคความดันโลหิตสูงยังเพิ่มภาระการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย ทั้งในด้านการใช้ยา การเข้ารับบริการบ่อยครั้ง และข้อจำกัดด้านพฤติกรรม โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะแทรกซ้อน งานวิจัยก่อนหน้านี้ในประเทศไทยโดยคณะนุช แจงพรมา และ พัทธนันท์ คงทอง ยังรายงานผลลัพธ์ในทิศทางเดียวกันว่า ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีโรคร่วมโดยเฉพาะโรคความดันโลหิตสูง มีโอกาสควบคุมระดับ HbA1c ได้น้อยกว่าผู้ไม่มีโรคร่วมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹⁸ ขณะที่แนวทางเวชปฏิบัติของสมาคมเบาหวานแห่งสหรัฐอเมริกา (ADA, 2023) ก็ระบุว่า ผู้ป่วยเบาหวานที่มีโรคความดันโลหิตสูงมีความเสี่ยงเพิ่มขึ้นต่อภาวะแทรกซ้อนของโรคหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งส่งผลทางอ้อมต่อระดับน้ำตาลในเลือดและความยากลำบากในการควบคุมโรค^{19,205}

ดังนั้น การมีโรคประจำตัวโดยเฉพาะความดันโลหิตสูง ควรได้รับการพิจารณาเป็นปัจจัยร่วมสำคัญในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยเบาหวานอย่างครอบคลุม ทั้งในระดับนโยบายและระดับบริการสุขภาพรายบุคคล เพื่อส่งเสริมการควบคุมโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพและลดความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนในระยะยาว

ข้อเสนอแนะ

1.) ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและการปฏิบัติ

1.1) หน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ควรจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพแบบบูรณาการที่เน้นทั้งความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การสาธิตการเจาะน้ำตาลปลายนิ้วด้วยตนเอง การเลือกอาหารในสถานการณ์จริง และการควบคุมอารมณ์หรือความเครียด

1.2) ควรพัฒนารูปแบบการติดตามผู้ป่วยเบาหวาน ที่มีโรคร่วม เช่น ความดันโลหิตสูง และไขมันในเลือดสูง โดยเฉพาะกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงและควบคุม HbA1c ไม่ได้

1.3) ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ในการสนับสนุนการดูแลตนเองของผู้ป่วย โดยการจัดกิจกรรมกลุ่มหรือชมรมผู้ป่วยเบาหวานในพื้นที่

2.) ข้อเสนอแนะเชิงวิชาการ

2.1) ควรศึกษาวิจัยเพิ่มเติมแบบ Longitudinal Study เพื่อศึกษาการเปลี่ยนแปลงของระดับ HbA1c และปัจจัยที่มีผลต่อการควบคุมในระยะยาว

2.2) ศึกษาความเชื่อหรือเจตคติของผู้ป่วย ต่อการดูแลตนเองโดยเฉพาะในด้านการจัดการความมั่นใจ เช่น การควบคุมภาวะน้ำตาลต่ำ หรือการออกกำลังกาย ซึ่งอาจเป็นอุปสรรคที่มองไม่เห็น

2.3) พัฒนาแบบประเมินตนเองที่ง่ายและใช้ได้จริงในชุมชน เพื่อประเมินความพร้อมของผู้ป่วยในการควบคุมโรค และใช้ติดตามความก้าวหน้าได้อย่างต่อเนื่อง

3.) ข้อเสนอแนะสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน

ควรเข้าร่วมกิจกรรมให้ความรู้และฝึกปฏิบัติ ที่จัดโดยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หรือ



ชมรมผู้ป่วยเบาหวานในพื้นที่ ฝึกทักษะการดูแลตนเอง โดยเฉพาะการตรวจระดับน้ำตาลด้วยตนเอง และการเลือกอาหารอย่างเหมาะสม และดูแลสุขภาพจิต เช่น ฝึก

ผ่อนคลาย ลดความเครียด และหากมีอาการเหตุควรปรึกษาแพทย์หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

บรรณานุกรม

1. National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases. What Is Diabetes? Published online 2022. Accessed October 19, 2024. <https://www.niddk.nih.gov/health-information/diabetes/overview/what-is-diabetes>
2. Sun J, Hu W, Ye S, Deng D, Chen M. The Description and Prediction of Incidence, Prevalence, Mortality, Disability-Adjusted Life Years Cases, and Corresponding Age-Standardized Rates for Global Diabetes. J Epidemiol Glob Health. 2023;13(3):566-576. doi:10.1007/s44197-023-00138-9
3. Ong KL, Stafford LK, McLaughlin SA, et al. Global, regional, and national burden of diabetes from 1990 to 2021, with projections of prevalence to 2050: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2021. The Lancet. 2023;402(10397):203-234. doi:10.1016/S0140-6736(23)01301-6
4. วิชัย เอกพลากร, หทัยชนก พรหมเจริญ, วราภรณ์ เสถียรนพเก้า. รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562-2563. 1st ed. (วิชัย เอกพลากร, ed.). สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนดดีไซน์; 2564.
5. สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย ในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2566. 1st ed. บริษัทศรีเมืองการพิมพ์ จำกัด; 2566.
6. กมลทิพย์ วิจิตรสุนทรกุล, ศศิธร ตั้งสวัสดิ์, นิพา ศรีช้าง. การเฝ้าระวังโรคเบาหวาน: ผลการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บ พ.ศ. 2561. (กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, ed.); 2561.
7. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. สถิติสาธารณสุข 2565. 1st ed.; 2566.
8. World Health Organization. Use of Glycated Haemoglobin (HbA1c) in the Diagnosis of Diabetes Mellitus .; 2011. Accessed October 19, 2024. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/70523/WHO_NMH_CHP_CPM_11.1_eng.pdf
9. ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. รายงานตัวชี้วัดในระดับ NCD ClinicPlus จังหวัดตรัง . trg.hdc.moph.go.th/hdc/main/index.php.
10. Wayne W.D. Biostatistics: A Foundation of Analysis in the Health Sciences . 6th ed. John Wiley&Sons; 1995.
11. Bloom BS, Madaus GF, Hastings JT. Handbook on Formative and Summative Evaluate of Student Learning. McGraw-Hill; 1971.
12. Daniel W.W., Cross C.L. Biostatistics: A Foundation for Analysis in the Health Sciences. 10th ed. (Keohane E, ed.). John Wiley & Sons, Inc.; 2013.



13. Tanujaya B, Prahmana R C I, Mumu J. Likert Scale in Social Sciences Research: Problems and Difficulties. FWU Journal of Social Sciences. 2022;16(4):89-101. Accessed May 10, 2024.
https://www.researchgate.net/publication/366425620_Likert_Scale_in_Social_Sciences_Research_Problems_and_Difficulties
14. ธนวัฒน์ สุวัฒนกุล. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. 2561;12(3):515-522.
15. Allen A, Welch L, Kirkland K, Trout D, Baron S. Development of a Diabetes Mellitus Knowledge Resource for Clinical Decision Support Assisting Primary Care Physicians with Work-Related Issues. J Occup Environ Med. 2017;59(11):e236-e239. doi:10.1097/JOM.0000000000001181
16. วรณิกา พู่เฟื่อง. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดไม่ได้ ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอคลองหลวง จังหวัดเขียงราย ประเทศไทย . เขียงรายเวชสาร. 2562;11(2):42-51.
17. De Boer IH, Bangalore S, Benetos A, et al. Diabetes and hypertension: A position statement by the American diabetes association. Diabetes Care. 2017;40(9):1273-1284. doi:10.2337/dci17-0026
18. คณินนุช แจ้งพรมมา, พัทธนันท์ คงทอง. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับ HbA1c ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลพระยีน จังหวัดขอนแก่น. วารสารมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ (สาขาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี). 2561;10(19):1-13.
19. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน. 1st ed. ศรีเมืองการพิมพ์; 2566.
20. สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน. 6th ed.; 2564.

ผลของโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและควบคุมระดับ
ความดันโลหิตในกลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูงโรงพยาบาลบางขัน จังหวัดนครศรีธรรมราช

Effects of motivation program on self-care behavior and blood pressure
control in hypertensive patients at Bangkhan Hospital,

Nakhon Si Thammarat Province.

จूरีพร ทิพย์ประคอง

Jureeporn Tipprakhong

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

โรงพยาบาลบางขัน จังหวัดนครศรีธรรมราช

(Received: January 24, 2025; Accepted: February 26, 2025)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่ม (Quasi-Experimental Research) วัตถุประสงค์เพื่อ 1) เปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับความดันโลหิตก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมทั้งในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง และ 2) เปรียบเทียบความแตกต่างของพฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับความดันโลหิตระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันไม่ได้ จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 30 คน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา และการทดสอบสมมติฐานด้วย paired t-test และ independent t-test ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะในด้านการรับประทานอาหารและการใช้ยา นอกจากนี้ระดับความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวของกลุ่มทดลองลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมที่ใช้มีประสิทธิภาพในการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองและควบคุมความดันโลหิตในผู้ป่วย

คำสำคัญ: การสร้างแรงจูงใจ, พฤติกรรมการดูแลตนเอง, ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

Abstract

This quasi-experimental research employed a two-group pretest–posttest design. The objectives were: 1) to compare the differences in self-care behavior scores and blood pressure levels before and after the program within both the experimental and control groups, and 2) to compare the differences between the control group, which did not receive the program, and the experimental group, which did. The sample consisted of 60 patients with uncontrolled hypertension registered at the chronic disease clinic of Bang Khan Hospital, with 30 participants in each group. Data were analyzed using descriptive statistics, paired t-test for within-group comparisons, and independent t-test for between-group comparisons. The results showed statistically significant improvements in self-care behaviors among the experimental group, particularly in dietary habits and medication adherence. Furthermore, the systolic blood pressure of the experimental group significantly decreased after the intervention, indicating that the implemented program effectively promoted self-care behaviors and helped reduce blood pressure in hypertensive patients.

Keywords: Motivation enhancement, Self-care behavior, Hypertensive patients

บทนำ

โรคความดันโลหิตสูงเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของประชากร โดยข้อมูลจากองค์การอนามัยโลก (WHO) คาดว่าในปี พ.ศ. 2568 (ค.ศ. 2025) ประชากรกว่า 1.56 พันล้านคนจะเป็นโรคความดันโลหิตสูง แต่ละปีประชากรแถบเอเชียตะวันออกเฉียงใต้มีผู้เสียชีวิตจากโรคความดันโลหิตสูงประมาณ 1.5 ล้านคน สำหรับประเทศไทย พบว่าในปี 2554 มีผู้เสียชีวิตจากสาเหตุความดันโลหิตสูง จำนวน 3,665 คน เปรียบเทียบอัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงจากปี 2553 และปี 2554 พบว่ามีอัตราป่วยต่อประชากรแสนคนเพิ่มขึ้นถึง 5 เท่า โดยผู้ชายที่เป็นโรคนี้นั้นไม่ทราบว่าเป็นโรคถึงร้อยละ 60 ส่วนผู้หญิงไม่ทราบว่าเป็นโรคร้อยละ 40 และมักไม่แสดงอาการในระยะเริ่มต้น แต่สามารถตรวจวินิจฉัยได้ และยังพบว่าโรคความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดโรคอื่น ๆ เช่น โรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง โรคไต เป็นต้น ซึ่งเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร

โรคความดันโลหิตสูงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั้งในระดับโลกและระดับประเทศ ประชากรทั่วโลกมีภาวะความดันโลหิตสูงมากถึง 1 พันล้านคน จากรายงานของกองโรคไม่ติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข ปี 2561 ประชาชนไทยมีอัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงถึง 2,245.09 ต่อแสนประชากร และในปี 2563 มีจำนวนการตายด้วยโรคความดันโลหิตสูงถึง 9,303 คน คิดเป็นอัตรา 14.22 ต่อแสนประชากร ส่งผลต่อการทำให้เกิดความพิการ เกิดการเสียชีวิต ประชาชนไทยมีอัตราการเสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมอง อัตรา 52.80 ต่อแสนประชากร และโรคหัวใจขาดเลือด อัตรา 32.57 ต่อแสนประชากร อันมีสาเหตุมาจากความดันโลหิตสูง (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2561) แผนยุทธศาสตร์การป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อได้มีการ

กำหนดเป้าหมายและตัวชี้วัดระดับโลกในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ ภายใน พ.ศ. 2568 ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขได้มีนโยบายในการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิที่มีมาตรฐานและมีประสิทธิภาพ โดยกำหนดตัวชี้วัดการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โดยกำหนดไว้ว่าร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้ดี เป้าหมาย $\geq 60\%$ (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2562) ในภาพรวมระดับประเทศมีเพียงบางจังหวัดเท่านั้นที่สามารถบรรลุเป้าหมายได้ โดยพื้นที่ส่วนใหญ่ยังประสบปัญหาการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ยังไม่ได้ตามเกณฑ์ จนทำให้ในระยะยาวย่อมตามมาด้วยการเกิดโรคแทรกซ้อนต่าง ๆ

สถานการณ์โรคความดันโลหิตสูงในจังหวัดนครศรีธรรมราช พบผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้น ปี พ.ศ. 2563-2566 มีจำนวน 14,332, 16,380, 17,167 และ 19,624 คน ส่วนในโรงพยาบาลบางขัน พบผู้ป่วยรายใหม่ความดันโลหิตสูง ปี พ.ศ. 2563-2566 มีจำนวน 462, 349, 322, และ 462 คน ซึ่งร้อยละผู้ป่วยความดันโลหิตสูงควบคุมความดันได้ดี ($<140/90$ มม.ปรอท) ร้อยละ 52.17, 18.93, 51.01 และ 53.62 (Health Data Center จังหวัดนครศรีธรรมราช, 2566) ซึ่งยังถือว่าไม่บรรลุตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุขในการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงให้สามารถควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ ถือเป็นปัญหาที่สำคัญ

ดังนั้น เพื่อให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต่อการควบคุมระดับความดันโลหิตสูงและสามารถส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงได้อย่างมีประสิทธิภาพสามารถจัดกิจกรรมและจัดบริการได้อย่างเหมาะสมและส่งผลการควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ระดับที่ดีขึ้น รวมทั้งสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการ



ป้องกันตนเองในกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรังและโรคไม่ติดต่ออื่น ๆ ต่อไป

วัตถุประสงค์ของงานวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเอง และระดับความ

ดันโลหิต ก่อนและหลังเข้าโปรแกรมในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

2. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเอง และระดับความดันโลหิตระหว่างกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับโปรแกรม และกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรม

กรอบแนวคิดการวิจัย

โปรแกรมการสร้างแรงจูงใจ

1. การสนทนารายบุคคลเพื่อสร้างสัมพันธภาพ/ตกลง บริการ (Engagement)
2. การสนทนารายบุคคลเพื่อค้นหาสิ่งสำคัญ/แรงจูงใจ (Find out motivation)
3. การสนทนารายบุคคลเพื่อผลักดันแรงจูงใจให้แน่นแฟ้นมั่นคง (Strengthen motivation)
4. การให้คำแนะนำแบบมีตัวเลือกให้เขาได้ เลือกรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยตนเอง
5. การร่วมกันวางแผนและสรุป (making a solid plan)
6. การสนทนาแบบสร้างแรงจูงใจ ให้กำลังใจ ติดตามการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

- ระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง
 - พฤติกรรมการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง
1. อาหาร
 2. ออกกำลังกาย
 3. อารมณ์
 4. การงดสูบบุหรี่
 5. การงดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
 6. การรับประทานยา
 5. การงดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Two-Group Pretest-Posttest Design)

ประชากรที่ศึกษาและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา (Population)

ผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันไม่ได้ ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลบางขัน

จังหวัดนครศรีธรรมราช ระหว่างวันที่ 30 ตุลาคม 2566 ถึงวันที่ 30 พฤศจิกายน 2566 จำนวน 120 คน

กลุ่มตัวอย่างและการสุ่ม

กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ ตามทะเบียนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เข้ารับบริการในคลินิกโรคเรื้อรังโรงพยาบาลบางขัน กลุ่มทดลองจำนวน 30 คน กลุ่มควบคุมจำนวน 30 คน โดยมีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างดังนี้

เกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion Criteria)

1. อายุระหว่าง 35–60 ปี วินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง เข้ารับการรักษาตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป
2. ได้รับการรักษาโดยการรับประทานยา แต่มีประวัติการวัดระดับความดันโลหิตสองครั้งล่าสุดติดต่อกัน สูงกว่าหรือเท่ากับ 140/90 มิลลิเมตรปรอท
3. ไม่มีโรคร่วม
4. สติสัมปชัญญะดีและไม่มีปัญหาเรื่องการสื่อสาร สามารถอ่านและเขียน และสื่อสารภาษาไทยได้
5. ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria)

ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ เข้าร่วมกระบวนการไม่ครบทุกครั้ง หรือมีความต้องการออกจากโปรแกรม

เครื่องมือในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้แบ่งเป็น 2 ส่วน มีรายละเอียดดังนี้

1. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

1.1 แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยประยุกต์ใช้จากงานวิจัยของสุพัตรา สิทธิวัง (2560) แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา ประกอบอาชีพ ความเพียงพอของรายได้ ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง และความต่อเนื่องของการรักษา

ส่วนที่ 2 พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จำนวน 30 ข้อ แบบมาตราส่วน 3 ระดับ โดยแบ่งระดับการให้คะแนนดังนี้

ปฏิบัติเป็นประจำ ได้ 2 คะแนน

ปฏิบัติเป็นบางครั้ง ได้ 1 คะแนน

ไม่ได้ปฏิบัติ ได้ 0 คะแนน

โดยคะแนนเต็ม 60 คะแนน ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ ข้อคำถามจะมีทั้งด้านบวกและด้านลบ และมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ปฏิบัติเป็นประจำ 2 คะแนน 0 คะแนน

ปฏิบัติเป็นบางครั้ง 1 คะแนน 1 คะแนน

ไม่ปฏิบัติ 0 คะแนน 2 คะแนน

การแปลผลพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ใช้คะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน โดยคะแนนจะอยู่ในช่วง 30–60 คะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่

คะแนนต่ำ หมายถึง คะแนนที่อยู่ในช่วง 30–40

คะแนนปานกลาง หมายถึง คะแนนที่อยู่ในช่วง 41–50

คะแนนสูง หมายถึง คะแนนที่อยู่ในช่วง 51–60

1.2 แบบบันทึกค่าความดันโลหิตที่บ้าน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย

2.1 คู่มือการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ที่มีเนื้อหาในเรื่องของความหมายของโรคความดันโลหิตสูง สาเหตุ ภาวะแทรกซ้อน และการปฏิบัติตนในการดูแลตนเอง

2.2 โปรแกรมการสร้างแรงจูงใจสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ใช้เวลาดำเนินการ 8 สัปดาห์ ซึ่งเป็นโปรแกรมที่ผู้วิจัยใช้แนวคิดการสร้างแรงจูงใจด้วยวิธีการสนทนาแบบสร้างแรงจูงใจของเทอดศักดิ์ เดชคง (2560) ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน คือ

(1) Engagement การสร้างสัมพันธภาพ/ตกลงบริการ

(2) Find out motivation ค้นหาสิ่งสำคัญ/แรงจูงใจ

(3) Strengthen motivation การผลักดันแรงจูงใจให้แน่นแฟ้นมั่นคง

(4) การแนะนำแบบมีตัวเลือกให้เขาได้เลือกเอง

(5) Making a solid plan

การรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยโดยการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างวันที่ 30 ตุลาคม 2566 - 30 พฤศจิกายน 2566

1. ระยะเตรียมการ

- ผู้วิจัยดำเนินการประสานงานกับพื้นที่

- เตรียมผู้ช่วยวิจัยจำนวน 2 คน โดยชี้แจง

วัตถุประสงค์ของการวิจัย อธิบายวิธีการดำเนินการ ขั้นตอนการดำเนินการตามโปรแกรม

2. ระยะดำเนินการ แบ่งการดำเนินการเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

2.1 กลุ่มทดลอง ใช้เวลาดำเนินการ 8 สัปดาห์ รวบรวมข้อมูลก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ดังนี้

(1) ในวันที่ผู้ป่วยเข้ารับบริการการตรวจตามแพทย์นัด โดยผู้วิจัยทำการแนะนำตัวเอง อธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย ประโยชน์ของการวิจัย อธิบายข้อมูลตามหนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย (Informed Consent Form) ขอความร่วมมือในการทำวิจัย

(2) ในวันที่ผู้ป่วยมาตรวจตามนัด ผู้ช่วยวิจัยวัดความดันโลหิตพร้อมบันทึกในแบบบันทึกค่าความดันโลหิตที่บ้านของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง แล้วแจกแบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ให้กลุ่มทดลองทำแบบประเมินก่อนการทดลอง

(3) ดำเนินการทดลองในกลุ่มทดลอง โดยผู้วิจัยดำเนินการกับกลุ่มตัวอย่างรายบุคคล โดยนัดหมายให้กลุ่มทดลองมาพบที่โรงพยาบาลบางขัน สัปดาห์ละ 1 ครั้ง เป็นเวลา 2 สัปดาห์ หลังจากนั้นติดตามเยี่ยมบ้านสองสัปดาห์หนึ่งครั้ง จำนวน 2 ครั้ง ตามโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจด้วยวิธีการสนทนาแบบสร้างแรงจูงใจ 5 ขั้นตอน ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 ดำเนินการสนทนาแบบสร้างแรงจูงใจในขั้นตอน Engagement การสร้างสัมพันธภาพ/ตกลงบริการ และ Find out motivation ค้นหาสิ่งสำคัญ/แรงจูงใจ

สัปดาห์ที่ 2 ดำเนินการสนทนาแบบสร้างแรงจูงใจในขั้นตอน Strengthen motivation การผลักดันแรงจูงใจให้แน่นแฟ้นมั่นคง การแนะนำแบบมีตัวเลือกให้เขาได้เลือกเอง และ Making a solid plan วางแผนและสรุป

สัปดาห์ที่ 3-4 กลุ่มทดลองดำเนินการตามที่วางแผนไว้ด้วยตนเอง

สัปดาห์ที่ 5 ติดตามเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1 ใช้การสนทนาแบบสร้างแรงจูงใจ ให้กำลังใจ ติดตามการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

สัปดาห์ที่ 6-7 กลุ่มทดลองดำเนินการตามที่วางแผนไว้ด้วยตนเอง

สัปดาห์ที่ 8 ติดตามเยี่ยมบ้านครั้งที่ 2 ใช้การสนทนาแบบสร้างแรงจูงใจ ให้กำลังใจ ติดตามการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และสรุปผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม พร้อมประเมินค่าความดันโลหิต และแจกแบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ให้กลุ่มทดลองทำแบบประเมินหลังการทดลอง

2.2 กลุ่มควบคุม จะได้รับการดูแลตามปกติ โดยพบแพทย์รับยาตามนัด และแจกคู่มือการดูแลตนเอง ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยภายในกลุ่มทดลองก่อนและหลังใช้โปรแกรมด้วยสถิติ paired t-test และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการทดลองด้วยสถิติ independent t-test

จริยธรรมวิจัย

งานวิจัยชิ้นนี้ได้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลทุ่งสง จังหวัดนครศรีธรรมราช เอกสารรับรองเลขที่ REC-TH059/2567 วันที่รับรอง 17 พฤศจิกายน 2566

ผลการวิจัย

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลงานวิจัยผลของโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและควบคุมระดับความดันโลหิตในกลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลบางขัน จังหวัดนครศรีธรรมราช สรุปผลได้ดังนี้

1. คุณลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลบางขัน จังหวัดนครศรีธรรมราช ซึ่งแบ่งออกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน โดยผลการวิเคราะห์ข้อมูล

เบื้องต้นพบว่าทั้งสองกลุ่มมีลักษณะประชากรพื้นฐานใกล้เคียงกันในหลายมิติ ดังนี้

ในด้านเพศ พบว่ากลุ่มทดลองมีสัดส่วนเพศหญิงสูงกว่ามาก (ร้อยละ 76.67) ขณะที่กลุ่มควบคุมมีสัดส่วนชายและหญิงเท่ากัน (ร้อยละ 50.00) อายุค่าเฉลี่ยอายุของกลุ่มทดลองอยู่ที่ 51.63 ปี (SD = 6.47) และกลุ่มควบคุมอยู่ที่ 50.87 ปี (SD = 8.37) โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 51–60 ปี สถานภาพสมรสของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ทั้งสองกลุ่มอยู่ในสถานะมีคู่สมรส (ร้อยละ 96.67) ขณะที่ในด้านระดับการศึกษาพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาเพียงชั้นประถมศึกษา (กลุ่มทดลองร้อยละ 63.33 และกลุ่มควบคุมร้อยละ 46.67) รองลงมาคือระดับมัธยมศึกษา อาชีพหลักของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่คือเกษตรกร (กลุ่มทดลองร้อยละ 83.33 และกลุ่มควบคุมร้อยละ 86.67) ซึ่งสอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ชนบท โดยอาชีพรองได้แก่ รับจ้างทั่วไปและค้าขาย ทั้งนี้ รายได้ส่วนบุคคลมีความแตกต่างระหว่างกลุ่ม โดยกลุ่มควบคุมมีสัดส่วนรายได้ที่เพียงพอสูงกว่ากลุ่มทดลองอย่างชัดเจน (ร้อยละ 93.33 เทียบกับร้อยละ 66.67) ในด้านระยะเวลาการป่วย พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ในทั้งสองกลุ่มได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงมาแล้วระยะเวลา 1–5 ปี และมีกลุ่มน้อยที่เป็นมานานกว่า 10 ปี ทั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างทุกคนในทั้งสองกลุ่มได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องทั้งหมด (ร้อยละ 100) ซึ่งสะท้อนถึงความร่วมมือที่ดีในการดูแลสุขภาพตนเอง ในส่วนของระดับความดันโลหิต พบว่าค่าเฉลี่ยความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวอยู่ที่ 152.57 mmHg ในกลุ่มทดลอง และ 152.83 mmHg ในกลุ่มควบคุม ส่วนค่าความดันขณะหัวใจคลายตัวอยู่ที่ 88.70 mmHg และ 88.23 mmHg ตามลำดับ ซึ่งค่าทั้งสองยังอยู่ในเกณฑ์สูงกว่าค่ามาตรฐานทางคลินิก ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงโรงพยาบาลบางขัน จังหวัดนครศรีธรรมราช ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n=30)		กลุ่มควบคุม (n=30)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ				
ชาย	7	23.33	15	50.00
หญิง	23	76.67	15	50.00
อายุ	M=51.63, SD=6.47		M=50.87, SD=8.37	
30-40 ปี	1	3.33	3	10.00
41-50 ปี	10	33.33	11	36.67
51-60 ปี	19	63.34	16	53.33
สถานภาพสมรส				
โสด	0	0.00	1	3.33
คู่	29	96.67	29	96.67
หม้าย	1	3.33	0	0.00
ระดับการศึกษา				
ประถมศึกษา	19	63.33	14	46.67
มัธยมศึกษา	9	30.00	13	43.33
อนุปริญญา/ปวส.	0	0.00	1	3.33
ปริญญาตรี	2	6.67	2	6.67
อาชีพ				
รับจ้าง	4	13.33	2	6.67
เกษตรกร	25	83.33	26	86.67
ค้าขาย	1	3.33	2	6.67
ความเพียงพอของรายได้				
เพียงพอ	20	66.67	28	93.33
ไม่เพียงพอ	10	33.33	2	6.67
ระยะเวลาของการเป็นโรคความดันโลหิตสูง				
1-5 ปี	21	70.00	23	76.67
6-10 ปี	6	20.00	4	13.33
มากกว่า 10 ปี	3	10.00	3	10.00
การรักษาต่อเนื่อง				
ต่อเนื่อง	30	100.00	30	100.00
ไม่ต่อเนื่อง	0	0.00	0	0.00

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n=30)		กลุ่มควบคุม (n=30)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับความดันโลหิต				
ขณะหัวใจบีบตัว	M=152.57, SD=7.57		M=152.83, SD=6.84	
ขณะหัวใจคลายตัว	M=88.70, SD=7.17		M=88.23, SD=6.40	

2. พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลบางขัน จังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่า ในมิติของพฤติกรรมการรับประทานอาหาร ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยเพิ่มจาก 1.12 เป็น 1.33 และกลุ่มเปรียบเทียบเพิ่มจาก 0.96 เป็น 1.23 ซึ่งแม้ว่าทั้งสองกลุ่มจะอยู่ในระดับปานกลาง แต่กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าตลอดช่วงการศึกษา สะท้อนถึงผลลัพธ์เชิงบวกของโปรแกรมต่อพฤติกรรมด้านโภชนาการ

ในด้านการออกกำลังกาย กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงที่ชัดเจนมากขึ้น โดยค่าเฉลี่ยเพิ่มจาก 0.96 เป็น 1.35 และระดับพฤติกรรมเปลี่ยนจากปานกลางเป็นระดับสูง ซึ่งแตกต่างจากกลุ่มเปรียบเทียบที่ยังคงอยู่ในระดับปานกลางแม้ค่าเฉลี่ยจะเพิ่มขึ้น (จาก 0.91 เป็น

1.22) โดยทั้งสองกลุ่มมีค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.001$ สำหรับพฤติกรรมการจัดการความเครียด พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 1.59 เป็น 1.74 ซึ่งอยู่ในระดับสูงทั้งก่อนและหลังการทดลอง โดยมีค่าความแตกต่างอยู่ที่ระดับนัยสำคัญ 0.054 ซึ่งถือว่าใกล้เคียงกับระดับนัยสำคัญที่กำหนดไว้ที่ 0.05 อย่างไรก็ตาม กลุ่มเปรียบเทียบมีความเปลี่ยนแปลงที่เด่นชัดกว่า โดยค่าเฉลี่ยเพิ่มจาก 0.91 เป็น 1.70 และระดับเปลี่ยนจากปานกลางเป็นสูง โดยมีค่า $p < 0.001$ ในมิติของการรับประทานยา กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมดีขึ้น โดยค่าเฉลี่ยเพิ่มจาก 1.86 เป็น 1.99 ซึ่งยังอยู่ในระดับสูง โดยมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p = 0.008$ ในขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบมีค่าคะแนนลดลงเล็กน้อยจาก 1.97 เป็น 1.95 แต่ไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.283$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ระหว่างก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ใช้สถิติชนิดที่ไม่เป็นอิสระ Paired Sample T-Test

พฤติกรรมการดูแลตนเอง	ก่อนการทดลอง			หลังการทดลอง			t	p-value (1-tailed)
	M	SD	ระดับ	M	SD	ระดับ		
การรับประทานอาหาร								
กลุ่มทดลอง	1.12	0.22	ปานกลาง	1.33	0.19	ปานกลาง	4.59	<0.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	0.96	0.20	ปานกลาง	1.23	0.28	ปานกลาง	4.46	<0.001

พฤติกรรมการดูแลตนเอง	ก่อนการทดลอง			หลังการทดลอง			t	p-vale (1-tailed)
	M	SD	ระดับ	M	SD	ระดับ		
การออกกำลังกาย								
กลุ่มทดลอง	0.96	0.48	ปานกลาง	1.35	0.31	สูง	3.89	<0.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	0.91	0.33	ปานกลาง	1.22	0.28	ปานกลาง	3.74	<0.001
การจัดการความเครียด								
กลุ่มทดลอง	1.59	0.30	สูง	1.74	0.24	สูง	2.01	0.054
กลุ่มเปรียบเทียบ	0.91	0.33	ปานกลาง	1.70	0.18	สูง	6.51	<0.001
การรับประทานยา								
กลุ่มทดลอง	1.86	0.26	สูง	1.99	0.03	สูง	2.85	0.008
กลุ่มเปรียบเทียบ	1.97	0.07	สูง	1.95	0.14	สูง	-1.10	0.283

3. ผลการเปรียบเทียบค่าความดันโลหิต พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง หลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่าในบางมิติของพฤติกรรมสุขภาพและค่าทางสรีรวิทยามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ในด้านพฤติกรรมการดูแลตนเอง พบว่าพฤติกรรมการรับประทานอาหารและการออกกำลังกายของกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ($M = 1.33$ และ 1.35 ตามลำดับ) โดยกลุ่มทดลองอยู่ในระดับปานกลางถึงสูง ขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบยังคงอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งสองด้านมีค่า $p = 0.054$ ซึ่งอยู่ใกล้เคียงกับระดับนัยสำคัญทางสถิติ (0.05) แสดงแนวโน้มว่ากลุ่มทดลองมีพฤติกรรมที่ดีกว่า แม้จะยังไม่สามารถสรุปความแตกต่างได้อย่างมั่นใจทางสถิติ ส่วนพฤติกรรมการจัดการความเครียด ทั้งสองกลุ่มอยู่ในระดับสูง และไม่มี ความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ ($p = 0.232$) ในส่วนของ

พฤติกรรมการรับประทานยา พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าเล็กน้อย ($M = 1.99$ เทียบกับ 1.95) โดยมีค่าความแตกต่างที่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.047$) ซึ่งชี้ให้เห็นว่าโปรแกรมที่ใช้ในการทดลองสามารถส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยได้ดีกว่ากลุ่มควบคุม เมื่อพิจารณาในมิติของค่าความดันโลหิต พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($M = 131.90$, $SD = 8.16$) เทียบกับกลุ่มเปรียบเทียบ ($M = 135.87$, $SD = 8.69$) โดยมีค่า t เท่ากับ -1.82 และ $p = 0.037$ แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมที่ใช้สามารถช่วยลดระดับความดันโลหิตในกลุ่มทดลองได้อย่างมีประสิทธิภาพ ขณะที่ความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัวในทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ ($p = 0.410$) แม้กลุ่มทดลองจะมีค่าต่ำกว่ากลุ่มควบคุมเล็กน้อย ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลการเปรียบเทียบค่าความดันโลหิต พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงหลังการ
ทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ใช้สถิติชนิดที่เป็นอิสระ Independent Samples t-test

พฤติกรรมการดูแล ตนเอง	กลุ่มทดลอง			กลุ่มเปรียบเทียบ			t	p-value (1- tailed)
	M	SD	ระดับ	M	SD	ระดับ		
การรับประทานอาหาร	1.33	0.19	ปาน กลาง	1.23	0.28	ปานกลาง	1.63	0.054
การออกกำลังกาย	1.35	0.31	สูง	1.22	0.28	ปานกลาง	1.64	0.054
การจัดการความเครียด	1.74	0.24	สูง	1.70	0.18	สูง	0.74	0.232
การรับประทานยา	1.99	0.03	สูง	1.95	0.14	สูง	1.71	0.047
ระดับความดันโลหิตขณะ หัวใจบีบตัว	131.90	8.16	สูง	135.87	8.69	ปานกลาง	-1.82	0.037
ระดับความดันโลหิตขณะ หัวใจคลายตัว	78.83	9.18	สูง	79.33	7.78	ปานกลาง	-0.23	0.410

อภิปรายผล

1) พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลบางขัน จังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่า ในมิติของพฤติกรรมรับประทานอาหารเช้า กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และกลุ่มเปรียบเทียบเพิ่มจาก 0.96 เป็น 1.23 ทั้งสองกลุ่มจะอยู่ในระดับปานกลาง แต่กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าตลอดช่วงการศึกษา สะท้อนถึงผลลัพธ์เชิงบวกของโปรแกรมต่อพฤติกรรมด้านโภชนาการ ในด้านการออกกำลังกาย กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงที่ชัดเจนมากขึ้น และระดับพฤติกรรมเปลี่ยนจากปานกลางเป็นระดับสูง ซึ่งแตกต่างจากกลุ่มเปรียบเทียบที่ยังคงอยู่ในระดับปานกลาง โดยทั้งสองกลุ่มมีค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.001$ สำหรับพฤติกรรมจัดการความเครียด พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 1.59 เป็น 1.74 ซึ่งอยู่ในระดับสูงทั้งก่อนและหลังการทดลอง กลุ่ม

เปรียบเทียบมีความเปลี่ยนแปลงที่เด่นชัดกว่า ระดับเปลี่ยนจากปานกลางเป็นสูง

ในมิติของการรับประทานยา กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมดีขึ้น ในขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบมีค่าคะแนนลดลงเล็กน้อย แต่ไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.283$) สอดคล้องกับการศึกษาของ เบญจวรรณ วงษ์รอด (2565) ซึ่งพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสูงกว่าก่อนการทดลอง และหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$)

2) ผลการเปรียบเทียบค่าความดันโลหิต พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง หลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ โดยใช้สถิติ Independent Samples t-test ซึ่งเหมาะสำหรับการวิเคราะห์ข้อมูลระหว่างสองกลุ่มที่เป็นอิสระจากกัน พบว่าในบางมิติของพฤติกรรมสุขภาพและค่าทางสรีรวิทยามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ

ในด้านพฤติกรรมการดูแลตนเอง พบว่าพฤติกรรมการรับประทานอาหารและการออกกำลังกายของกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ($M = 1.33$ และ 1.35 ตามลำดับ) โดยกลุ่มทดลองอยู่ในระดับปานกลางถึงสูง ขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบยังคงอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งสองด้านมีค่า $p = 0.054$ ซึ่งอยู่ใกล้เคียงกับระดับนัยสำคัญทางสถิติ (0.05) แสดงแนวโน้มว่ากลุ่มทดลองมีพฤติกรรมที่ดีกว่า แม้จะยังไม่สามารถสรุปความแตกต่างได้อย่างมั่นใจทางสถิติ

ส่วนพฤติกรรมการจัดการความเครียด ทั้งสองกลุ่มอยู่ในระดับสูง และไม่มี ความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ ($p = 0.232$) ในส่วนของพฤติกรรมการรับประทานยา พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าเล็กน้อย ($M = 1.99$ เทียบกับ 1.95) โดยมีค่าความแตกต่างที่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.047$) ซึ่งชี้ให้เห็นว่าโปรแกรมที่ใช้ในการทดลองสามารถส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยได้ดีกว่ากลุ่มควบคุม

เมื่อพิจารณาในมิติของค่าความดันโลหิต พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมที่ใช้สามารถช่วยลดระดับความดันโลหิตในกลุ่มทดลองได้อย่างมีประสิทธิภาพ ขณะที่ความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัวในทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ ($p = 0.410$) แม้กลุ่มทดลองจะมีค่าต่ำกว่ากลุ่มควบคุมเล็กน้อย สอดคล้องกับการศึกษาของ ภาชิต รวดเร็ว (2566) หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีความรู้ แรงจูงใจ พฤติกรรม ระดับความดันโลหิต และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอยู่ในระดับดีกว่าก่อนการทดลอง และการศึกษาของ มิตรธิรา แจ่มใส และ อธิรัตน์ ราศิริ (2566) 1) กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงดีขึ้น และระดับความดันโลหิตลดลง

เมื่อเทียบกับก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p < 0.05$) 2) คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และค่าเฉลี่ยของความดันโลหิตของกลุ่มทดลองหลังการทดลองมีค่าสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$ และการศึกษาของ เบญจวรรณ วงษ์รอด (2565) พบว่าค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิกของกลุ่มทดลองหลังการทดลองและระยะติดตามผลลดลงจากก่อนการทดลอง ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) และการศึกษาของ เทอดศักดิ์ เดชคง (2563) พบว่า ค่าเฉลี่ยของค่าซิสโตลิกก่อนทดลองเท่ากับ 165.505 ติดตามผล 6 เดือนมีค่าน้อยที่สุด = 137.527 และค่าเฉลี่ยของค่าไดแอสโตลิกก่อนทดลองเท่ากับ 99.656 ติดตามผล 6 เดือนมีค่าน้อยที่สุด = 81.366 สรุปว่าโปรแกรมการสนทนาสร้างแรงจูงใจช่วยควบคุมความดันโลหิตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงได้ และการศึกษาของ อัญชลี เกาะอ้อม (2561) พบว่า 1) ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจร่วมกับการออกกำลังกายแบบบาสโลบ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิต Systolic ต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ ส่วนค่าเฉลี่ยความดันโลหิต Diastolic ต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ 2) ค่าเฉลี่ยความดันโลหิต Systolic และ Diastolic ของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุม

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. จากกิจกรรมของกระบวนการในการวิจัย พบว่าการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างเจ้าหน้าที่กับผู้ป่วย และระหว่างผู้ป่วยเอง ทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่ถูกต้อง ดังนั้น ควรเพิ่มการติดตามความก้าวหน้าในการปฏิบัติพฤติกรรม โดยครอบครัวผู้ป่วยและอาสาสมัคร

สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่ดีขึ้น

2. จากผลการวิจัยพบว่า การติดตามกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ทำให้ค่าเฉลี่ยระดับความดัน

โลหิตลดลงได้ มีการติดตามประเมินพฤติกรรมของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ดังนั้น สามารถนำการติดตามพฤติกรรมของผู้ป่วยโดยเจ้าหน้าที่ไปในโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพในโรคเรื้อรังอื่น ๆ ได้

เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงสาธารณสุข. (2565). อัตราผู้ป่วยรายใหม่ของโรคความดันโลหิตสูงต่อแสนประชากรในปีงบประมาณ 2565 [ออนไลน์]. สืบค้นเมื่อ 19 มิถุนายน 2566, จาก https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?cat_id=6a1fdf282fd28180eed7d1cfe0155e11&id=29eec762c9591d1f8092da14c7462361
- กรมควบคุมโรค. (2561). *ภาวะความดันโลหิตสูง (Hypertension)* [ออนไลน์]. สืบค้นเมื่อ 27 เมษายน 2568, จาก https://ddc.moph.go.th/disease_detail.php?d=52
- กรมควบคุมโรค. (2563). รายงานสถานการณ์โรค NCDs: เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง. นนทบุรี: สำนักพิมพ์อักษรกราฟิกแอนด์ดีไซน์.
- ภาษิต รวดเร็ว. (2566). ประสิทธิภาพของการจัดการเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เขตพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลชะมะนาว อำเภอเขาฉกรรจ์ จังหวัดสระแก้ว [ออนไลน์]. สืบค้นเมื่อ 27 เมษายน 2568, จาก https://sko.moph.go.th/research/content/download/?id=11&file=bca573038b1552495f475b3983c16332.pdf&file_name.pdf
- มิตรธิดา แจ่มใส และ ธิติรัตน์ ราศิริ. (2566). ผลของโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองและระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าทอง อำเภอเมืองจังหวัดพิษณุโลก. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุพรรณบุรี*, 6(1), 58–69.
- สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. (2562). *แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคความดันโลหิตสูง พ.ศ. 2562*. กรุงเทพฯ: สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย.
- อัญชลี เกาะอ้อม. (2561). ผลของโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจร่วมกับการออกกำลังกายแบบบาสโลบต่อระดับความดันโลหิตในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง. *วารสารวิจัยและพัฒนาาระบบสุขภาพ*, 11(2), 45–56.
- เบญจวรรณ วงษ์รอด. (2565). *ผลของโปรแกรมโดยประยุกต์ใช้แบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ในตำบลผักขวาง อำเภอทองแสนขัน จังหวัดอุดรธานี* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). มหาวิทยาลัยนเรศวร. สืบค้นจาก <https://nuir.lib.nu.ac.th/dspace/handle/123456789/5932>
- เทอดศักดิ์ เคชคง. (2563). ผลของโปรแกรมการสนทนาแบบสร้างแรงจูงใจต่อค่าซิสโตลิกและไดแอสโตลิกในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง. *วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ*, 16(3), 59–68.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน
ตำบลหูล่อง อำเภอปากพนัง จังหวัดนครศรีธรรมราช

Factors related to blood sugar control in diabetic patients, Hu Long
Subdistrict, Pak Phanang District, Nakhon Si Thammarat Province.

นุกูล บุญที่สุด

Nukool Boontesud

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหูล่อง อำเภอปากพนัง จังหวัดนครศรีธรรมราช

(Received: January 20, 2025; Accepted: February 27, 2025)

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาเกี่ยวกับโรคเบาหวานของผู้ป่วยเบาหวาน 2) ศึกษาพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน และ 3) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยคือผู้ป่วยเบาหวานจำนวน 179 คน ซึ่งได้จากการคำนวณตามตารางขนาดกลุ่มตัวอย่างของเครซีและมอร์แกน การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สำหรับข้อมูลส่วนบุคคลและปัจจัยร่วมของผู้ป่วย และใช้สถิติวิเคราะห์ความสัมพันธ์ ได้แก่ การทดสอบไคสแควร์ (Chi-square test) และสหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's correlation) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน และพฤติกรรมสุขภาพกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

ผลการศึกษาพบว่า 1) ผู้ป่วยเบาหวานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านบางน่อง ตำบลหูล่อง อำเภอปากพนัง จังหวัดนครศรีธรรมราช มีระดับความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานอยู่ในระดับสูง 2) พฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องของผู้ป่วยอยู่ในระดับสูง และ 3) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ได้แก่ โรคร่วม ระยะเวลาการเป็นโรคเบาหวาน พฤติกรรมการสูบบุหรี่ การดื่มสุรา พฤติกรรมการรับประทานอาหาร การใช้ยา การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด และการดูแลต่อเนื่อง

คำสำคัญ: ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์, การควบคุมระดับน้ำตาล, ผู้ป่วยเบาหวาน



Abstract

This cross-sectional study aimed to: 1) examine the level of diabetes-related knowledge among diabetic patients, 2) investigate their behaviors regarding blood sugar control, and 3) explore the factors associated with blood sugar control. The sample consisted of 179 diabetic patients, determined using Krejcie and Morgan's sample size table. Data were analyzed using descriptive statistics—frequency, percentage, mean, and standard deviation for personal and contextual characteristics. The relationships between personal factors, diabetes knowledge, health behaviors, and blood sugar control were analyzed using the Chi-square test and Pearson's correlation.

The findings revealed that: 1) diabetic patients at Ban Bang Nong Subdistrict Health Promoting Hospital, Hulong Subdistrict, Pak Phanang District, Nakhon Si Thammarat Province had a high level of diabetes-related knowledge; 2) their health behaviors, including dietary habits, physical activity, and continuous self-care, were also at a high level; and 3) several factors were significantly associated with blood sugar control, including comorbidities, duration of diabetes, smoking, alcohol consumption, dietary behavior, medication adherence, physical activity, stress management, and continuity of care.

Keywords: Associated factors, Blood sugar control, Diabetic patients

บทนำ

องค์การอนามัยโลกให้ความสำคัญในการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ซึ่งมีปัจจัยเสี่ยงทางพฤติกรรมร่วมที่สำคัญ 4 ปัจจัยด้วยกัน ได้แก่ 1) การบริโภคยาสูบ 2) การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 3) การบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม 4) การมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ ปัจจัยด้านสรีรวิทยา 4 ปัจจัย ได้แก่ 1) ไขมันในเลือดสูง 2) ความดันโลหิตสูง 3) ระดับน้ำตาลในเลือดสูง และ 4) ภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน นอกจากนี้ความเครียดเรื้อรังเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญอีกหนึ่งปัจจัย กลุ่มโรคไม่ติดต่อเป็นปัญหาสุขภาพอันดับหนึ่งของโลกทั้งในมิติของจำนวนการเสียชีวิตและภาระโรค โดยรวมจากการรายงานข้อมูลขององค์การอนามัยโลก (WHO) พบประชากรทั่วโลกเสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จาก 38 ล้านคน (คิดเป็นร้อยละ 68 ของสาเหตุการเสียชีวิตทั้งหมดของประชากรโลก) ในปี พ.ศ. 2555 เป็น 41 ล้านคน (คิดเป็นร้อยละ 71 ของสาเหตุการเสียชีวิตทั้งหมดของประชากรโลก) ในปี พ.ศ. 2559 โดยกลุ่มโรค NCDs ที่พบการเสียชีวิตมากที่สุด ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด (17.9 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 44) รองลงมา คือ โรคมะเร็ง (9.0 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 22) โรคทางเดินหายใจเรื้อรัง (3.8 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 9) และโรคเบาหวาน (1.6 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 4) ซึ่งในแต่ละปีพบผู้เสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในกลุ่มอายุ 30–69 ปี หรือเรียกว่า "การเสียชีวิตก่อนวัยอันควร" มากถึง 15 ล้านคน โดยร้อยละ 85 เกิดขึ้นในกลุ่มประเทศที่มีรายได้ต่ำ และกลุ่มประเทศที่มีรายได้ปานกลาง โดยปัญหาดังกล่าวก่อให้เกิดความสูญเสียสุขภาพและส่งผลกระทบต่อการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมอย่างรุนแรง (สำนักโรคไม่ติดต่อ, 2563)

โรคเบาหวานเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ยังเป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขทั่วโลก สหพันธ์โรคเบาหวานนานาชาติรายงานว่าในปี พ.ศ. 2564 มีจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานทั่วโลก 537 ล้านคน คาดว่าในปี พ.ศ. 2573 จะมีจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานทั่วโลกเพิ่มขึ้นเป็น 643 ล้านคน และจะมีผู้เสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานเป็น 6.7 ล้านคนในแต่ละปี (กรมควบคุมโรค, สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2565) จากรายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557 พบว่า ความชุกของโรคเบาหวานในประชากรไทยอายุ 18 ปีขึ้นไปเพิ่มสูงขึ้นเป็นร้อยละ 8.9 (คิดเป็นจำนวน 4.8 ล้านคน) เทียบกับปี 2552 ซึ่งพบเพียงร้อยละ 6.9 (คิดเป็นจำนวน 3.1 ล้านคน) และยังพบว่าร้อยละ 43.1 ของผู้ป่วยเบาหวานไม่ทราบว่าตนเองเป็นเบาหวานมาก่อน ร้อยละ 27 แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นเบาหวาน และร้อยละ 43 ไม่ได้รับการรักษา (สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2566)

จังหวัดนครศรีธรรมราชมีผู้เสียชีวิตจากโรคเบาหวานทั้งหมด 8 คน คิดเป็นอัตราตาย 6.61 ต่อแสนประชากร จึงได้มีการดำเนินการเฝ้าระวังและป้องกันการเกิดโรคเบาหวาน พบว่าในปี 2565 มีกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานจำนวน 120,884 คน ได้รับการติดตามตรวจน้ำตาลซ้ำ และพบเป็นผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ในปี 2565 จำนวน 3,804 คน คิดเป็นร้อยละ 3.14 (Health Data Center-HDC, 2565) อำเภอปากพนัง จังหวัดนครศรีธรรมราช ในปี 2565–2567 มีผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมดจำนวน 5,226, 5,932 และ 6,159 คน ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี และจากการประเมินการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานโดยการตรวจค่า HbA1C ประจำปีของผู้ป่วยเบาหวาน การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ลดลง คือ ร้อยละ 35.84, 34.39 และ 32.89

จากการศึกษาของ ชลิตา เจตธำรง (2567) พบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 หลังสถานการณ์การระบาดของ COVID-19 ในเขตศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองตลาดดอนนก ผู้ป่วยปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์หรือพยาบาล ได้แก่ รับประทานของหวาน ไม่ออกกำลังกาย สัมรับประทานยา ร้อยละ 22.1 รู้สึกท้อแท้เบื่อหน่ายทุกครั้งที่มาพบแพทย์ร้อยละ 17.5 และรู้สึกลำบากใจเนื่องจากต้องปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงวิถีการดำเนินชีวิตร้อยละ 23.7 และปัจจัยด้านระยะเวลาในการเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 1-2 ปี มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2

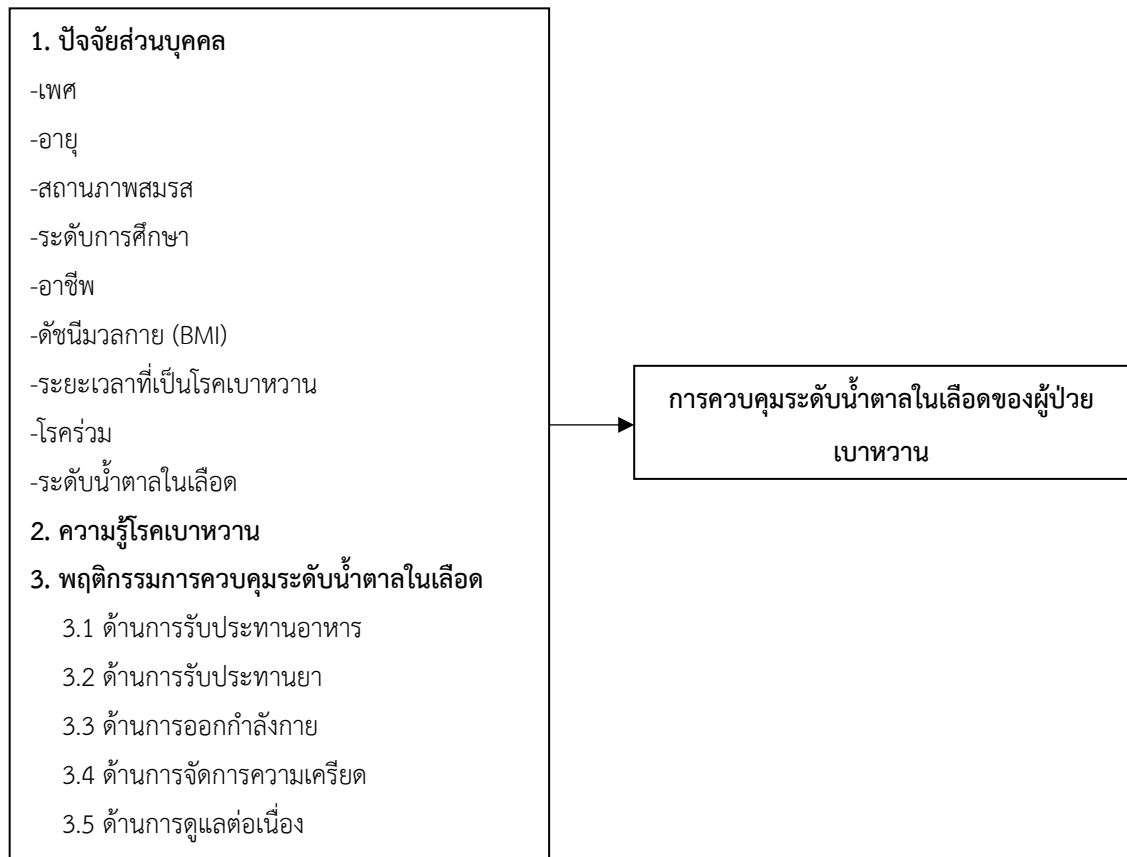
ดังนั้น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านบางน่อง ตำบลหูล่อง อำเภopakพนัง จังหวัดนครศรีธรรมราช ซึ่งเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยในชุมชน มีบุคลากรทางการแพทย์ที่จะสามารถจัดรูปแบบบริการให้ผู้ป่วยเบาหวานได้มีคุณภาพชีวิตที่ดี ลดภาวะแทรกซ้อนได้ ผู้วิจัยจึงให้ความสนใจในการศึกษาข้อมูลปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน เพื่อนำข้อมูลจากการวิจัยมาดำเนินการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผู้วิจัยได้เล็งเห็นความสำคัญของการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานในชุมชน โดยการดำเนินการในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านบางน่อง

ตำบลหูล่อง อำเภopakพนัง จังหวัดนครศรีธรรมราช ซึ่งจากการคัดกรองโรคไม่ติดต่อในชุมชนทุก ๆ ปี พบว่ามีกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานเพิ่มขึ้น ข้อมูลในปี 2565-2567 และมีผู้ป่วยโรคเบาหวานจำนวน 305, 340, 354 คนตามลำดับ ในการดำเนินการจัดทำแผนลดโรคและภัยสุขภาพ ตามแผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี ส่งเสริมสุขภาพให้คนไทยมีสุขภาวะที่ดี โดยเป็นการสนับสนุนผลักดันการดำเนินงานเพื่อแก้ไขปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในพื้นที่โดยมุ่งเน้นให้เกิดการดำเนินงานผ่านกลไกการควบคุมป้องกันโรคในพื้นที่อย่างยั่งยืน และดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล นำข้อมูลจากการดำเนินงานมาวิเคราะห์ในภาพรวม เพื่อให้ทราบถึงข้อมูล และใช้เป็นข้อมูลประกอบการดำเนินการวางแผนและแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์ของงานวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความรู้ของผู้ป่วยเบาหวานอำเภopakพนัง จังหวัดนครศรีธรรมราช
2. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน
3. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน

กรอบแนวคิดการวิจัย



วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) โดยเก็บข้อมูลปฐมภูมิ ในช่วงระหว่างวันที่ 1 ธันวาคม 2567 ถึง 31 มีนาคม 2568

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรศึกษา คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านบางน่อง ตำบลหูล่อง อำเภopakphang จังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวนทั้งสิ้น 354 คน

กลุ่มตัวอย่างและการสุ่ม

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาโดยใช้ตารางขนาดของกลุ่มตัวอย่างของเครซีและมอร์แกน จากนั้นสุ่มกลุ่ม

ตัวอย่างอย่างง่าย (simple random sampling) แบบจับฉลากไม่ใส่คืน จนได้ครบตามจำนวนที่กำหนดไว้ทั้งหมด จำนวน 179 คน ในพื้นที่รับผิดชอบที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านบางน่อง ตำบลหูล่อง อำเภopakphang จังหวัดนครศรีธรรมราช

กลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับการศึกษ

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria)

(1) ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ขึ้นทะเบียนในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านบางน่อง ตำบลหูล่อง อำเภopakphang จังหวัดนครศรีธรรมราช

(2) ผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านบางน้อย ตำบลหูล่อง อำเภopakphang จังหวัดนครศรีธรรมราช มากกว่า 6 เดือนก่อนการวิจัย

(3) สมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย

เกณฑ์การคัดออกกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion criteria)

(1) ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ไม่ขึ้นทะเบียนในพื้นที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านบางน้อย ตำบลหูล่อง อำเภopakphang จังหวัดนครศรีธรรมราช

(2) ผู้ป่วยโรคเบาหวานเดินทางไปอาศัยนอกพื้นที่ในช่วงที่มีการเก็บข้อมูลการวิจัย

(3) ไม่สมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย

เครื่องมือรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือในการวิจัยประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 เครื่องมือใช้ดำเนินการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาเป็นแบบสอบถาม แบ่งเป็น 3 ส่วน ดังนี้

แบบสอบถาม (Questionnaire) สร้างขึ้นจากการทบทวนแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และประยุกต์มาจากการศึกษาของ ขวัญเรือน ก้าววิทู และ ชนิตา มัททวงกูร (2562) โดยแบ่งเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ดัชนีมวลกาย (BMI) ระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวาน โรคร่วม และระดับน้ำตาลในเลือด ซึ่งมีลักษณะแบบสอบถามเป็นการเลือกตอบ และการเติมคำ จำนวน 9 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน เพื่อประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานของผู้ป่วย จำนวน 20 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบ โดยให้เลือกตอบข้อที่ถูกต้อง และมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0

คะแนน โดยจัดกลุ่มคะแนนตามเกณฑ์ (Bloom, 1968) ดังนี้

ความรู้ระดับต่ำ มีคะแนน 0-11 คะแนน

ความรู้ระดับปานกลาง มีคะแนน 12-15

คะแนน

ความรู้ระดับสูง มีคะแนน 16-20 คะแนน

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ เป็นแบบประเมินพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ แบ่งเป็น 3 ตอน ได้แก่ พฤติกรรมการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยา การจัดการความเครียด และการดูแลต่อเนื่อง ประกอบด้วยข้อคำถาม 25 ข้อ แบบสอบถามชนิดมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 3 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบางครั้ง และไม่ปฏิบัติ โดยมีเกณฑ์การแปลความหมายคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเอง และจัดกลุ่มคะแนนเฉลี่ยเป็น 3 กลุ่ม ใช้สูตรการคำนวณความกว้างของอันตรภาคชั้น (Best, 1977) ดังนี้

พฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับน้อย มีคะแนน 0-45 คะแนน

พฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลาง มีคะแนน 46-59 คะแนน

พฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับสูง มีคะแนน 60-75 คะแนน

การรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

1. ทบทวนวรรณกรรมและสถานการณ์

2. ผู้วิจัยเสนอโครงร่างวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช

3. ดำเนินการตรวจสอบเครื่องมือ โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา พิจารณาความถูกต้อง การครอบคลุม และความครบถ้วน ด้วยวิธี IOC และหาค่าความเชื่อมั่น

4. เมื่อได้รับการอนุมัติโครงร่างวิจัย ผู้วิจัยขอหนังสือบันทึกข้อความเพื่อขออนุญาตดำเนินการวิจัยและเก็บข้อมูล

5. ผู้วิจัยดำเนินการรวบรวมข้อมูล โดยเก็บข้อมูลในหน่วยบริการจากผู้รับบริการที่มารับบริการในแต่ละวันตามทะเบียนรายชื่อ โดยมีการชี้แจงเกี่ยวกับกระบวนการขอความยินยอม โครงการวิจัย และกระบวนการวิจัย พร้อมตอบคำถามของผู้สนใจเข้าร่วมโครงการวิจัยทุกประเด็น โดยผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการเอง ก่อนทำการเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามกับกลุ่มตัวอย่างทุกคน

6. รวบรวมแบบสอบถามและตรวจสอบความถูกต้อง ความครบถ้วนสมบูรณ์ของข้อมูล

7. นำแบบสอบถามที่ได้ไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

8. สรุปผลการวิจัยพร้อมทั้งส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความถูกต้อง

9. ติดต่อประสานงานวารสารเพื่อลงตีพิมพ์
สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลปัจจัยร่วมของผู้รับบริการที่มารับบริการ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ ความถี่ (Frequency), ร้อยละ (Percentage), ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน และพฤติกรรมสุขภาพ กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วย

เบาหวาน ด้วยสถิติไคสแควร์ (Chi-square) และสหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's correlation)

จริยธรรมวิจัย

งานวิจัยชิ้นนี้ได้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช เอกสารรับรองเลขที่ 217/2567 รหัสโครงการ NSTPH 217/2567 วันที่รับรอง 26 ธันวาคม 2567

ผลการวิจัย

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูล ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน ตำบลหูล่อง อำเภopakพนัง จังหวัดนครศรีธรรมราช สรุปผลได้ดังนี้

1. คุณลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่าง

คุณลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่างพบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 82.68 มีอายุเฉลี่ย 59.02 ปี (SD = 13.30) ช่วงอายุที่มากที่สุดคือ 61 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 44.13) ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 100.00 และมีสถานภาพคู่เป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 66.96) จบการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษา (ร้อยละ 73.18) และประกอบอาชีพเกษตรกรเป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 59.22) โดยส่วนใหญ่มียรายได้ต่ำกว่า 5,000 บาท/เดือน (ร้อยละ 48.60) ในส่วนของโรครวมอื่น ๆ นั้น พบว่าส่วนใหญ่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงร่วมด้วย (ร้อยละ 49.16) ซึ่งระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวานคือ 1-5 ปี (ร้อยละ 55.31) โดยส่วนใหญ่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ (ร้อยละ 52.51) และส่วนใหญ่มีการสูบบุหรี่ (ร้อยละ 39.66) และดื่มสุรา (ร้อยละ 87.71) ดังแสดงในตารางที่ 1



ตารางที่ 1 คุณลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่าง (n=179)

คุณลักษณะทางประชากร	จำนวน	ร้อยละ
1. เพศ		
ชาย	31	17.32
หญิง	148	82.68
2. อายุ		
20-30 ปี	3	1.68
31-40 ปี	16	8.94
41-50 ปี	29	16.20
51-60 ปี	52	29.05
61 ปีขึ้นไป	79	44.13
Mean ± S.D. (Min : Max)	59.02 ± 13.30 (28.00 : 89.00)	
3. ศาสนา		
พุทธ	179	100.0
อิสลาม		
คริสต์		
4. สถานภาพ		
โสด	23.00	20.54
คู่	75.00	66.96
สมรส	14.00	12.50
5. ระดับการศึกษา		
ไม่ได้รับการศึกษา	28	15.64
ประถมศึกษา	131	73.18
มัธยมศึกษา	20	11.17
6. อาชีพ		
เกษตรกร	106	59.22
รับจ้าง	43	24.02
ค้าขาย/ธุรกิจ	14	7.82
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	16	8.94
7. รายได้		
ต่ำกว่า 5,000 บาท/เดือน	87	48.60
5,000-10,000บาท/เดือน	59	32.96
มากกว่า10,001 บาท/เดือน	33.00	18.43
8. โรคร่วมอื่นๆ		
ความดันโลหิตสูง	88	49.16

คุณลักษณะทางประชากร	จำนวน	ร้อยละ
โรคหัวใจ	76	42.46
ไขมันในเลือดสูง	15	8.38
9. ระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวาน		
1-5 ปี	99	55.31
6-10 ปี	67	37.43
11-15 ปี	13	7.26
10. การควบคุมระดับน้ำตาล		
ควบคุมไม่ได้	85	47.49
ควบคุมได้	94	52.51
11. การสูบบุหรี่		
สูบบุหรี่	71	39.66
เคยสูบแต่เลิกแล้ว	51	28.49
ไม่สูบ	57	31.84
12. การดื่มสุรา		
ดื่มสุรา	157	87.71
เคยดื่มสุราแต่เลิกแล้ว	13	7.26
ไม่ดื่มสุรา	9	5.03

2. ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน

ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานของผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านบางน่อง ตำบลหูล่อง อำเภopakpang จังหวัดนครศรีธรรมราช เมื่อแยกรายข้อ พบว่า ข้อที่ผู้ป่วยโรคเบาหวานตอบผิดมากที่สุดคือ ข้อที่ 2 สาเหตุของโรคเบาหวานเกิดจากกรรมพันธุ์ (ร้อยละ 55.31) รองลงมาคือ ข้อที่ 17 ผู้ป่วยเบาหวานต้องทำการตรวจตาและเท้าทุกปี (ร้อยละ 45.30) และข้อที่ 12 ผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลใน

เลือดได้มีผลให้เกิดโรคไต โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 24.58)

ส่วนข้อที่ผู้ป่วยโรคเบาหวานตอบถูกมากที่สุดคือ ข้อที่ 15 ผู้ป่วยเบาหวานต้องดูแลร่างกายโดยเฉพาะอย่างยิ่งเท้าและผิวหนังไม่ให้เกิดบาดแผลเป็นอันตราย (ร้อยละ 97.77) ข้อที่ 10 ผู้ป่วยเบาหวานที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงมักมีอาการกระหายน้ำ ปัสสาวะบ่อย (ร้อยละ 97.21) และข้อที่ 9 ผู้ป่วยเบาหวานต้องตรวจระดับน้ำตาลในเลือดเป็นประจำ (ร้อยละ 96.09) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน (n=179)

ข้อคำถาม	ตอบผิด จำนวน (ร้อยละ)	ตอบถูก จำนวน (ร้อยละ)
1. โรคเบาหวานสามารถรักษาให้หายได้	9 (5.03)	170 (94.97)
2. สาเหตุของโรคเบาหวานเกิดจากกรรมพันธุ์	99 (55.31)	80 (44.69)
3. สาเหตุของโรคเบาหวานเกิดจากพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเอง	52 (29.05)	127 (70.95)
4. อาการเริ่มต้น คือ อ่อนเพลีย หิวบ่อยแต่น้ำหนักลด กระหายน้ำและ ปัสสาวะบ่อย แผลหายยาก ขาตามปลายมือหรือปลายเท้า	11 (6.15)	168 (93.85)
5. ค่าน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานไม่ควรเกิน 200 mg/dl	11 (6.15)	168 (93.85)
6. เบาหวานเกิดจากความผิดปกติของตับอ่อนซึ่งไม่สามารถผลิตฮอร์โมน อินซูลินให้เพียงพอ	41 (22.91)	138 (77.09)
7. การควบคุมโรคเบาหวานที่ดี จะไม่มีโอกาสเกิดโรคแทรกซ้อน	41 (22.91)	138 (77.09)
8. การมารับการตรวจระดับน้ำตาลในเลือด ต้องงดน้ำงดอาหาร อย่างน้อย 8 ชั่วโมง	31 (17.32)	148 (82.68)
9. ผู้ป่วยเบาหวานต้องตรวจระดับน้ำตาลในเลือดเป็นประจำ	7 (3.91)	172 (96.09)
10. ผู้ป่วยเบาหวานที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงมักมีอาการ กระหายน้ำ ปัสสาวะบ่อย	5 (2.79)	174 (97.21)
11. ผู้ป่วยเบาหวานสามารถออกกำลังกายได้ทุกประเภท	15 (8.38)	164 (91.62)
12. ผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ มีผลให้เกิด โรคไต โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง	44 (24.58)	135 (75.42)
13. ผู้ป่วยเบาหวานต้องนอนวันละ 6-8 ชั่วโมง	12 (6.70)	167 (93.30)
14. ผู้ป่วยโรคเบาหวานควรกำหนดเวลาในการรับประทานยาให้ชัดเจน และ รับประทานยาตรงเวลาทุกวัน	25 (13.97)	154 (86.03)
15. ผู้ป่วยเบาหวานต้องดูแลร่างกายโดยเฉพาะอย่างยิ่งเท้าและผิวหนัง ไม่ให้ เกิดบาดแผล เป็นอันตราย	4 (2.23)	175 (97.77)
16. ผู้ป่วยเบาหวานทุกคนทานยาเหมือนกันทุกคน	8 (4.50)	171 (95.50)
17. ผู้ป่วยเบาหวานต้องทำการตรวจตาและเท้าทุกปี	81 (45.30)	98 (54.70)
18. ผู้ป่วยเบาหวานมีค่าเป้าหมายของค่าน้ำตาลเฉลี่ยสะสมหรือฮีโมโกลบิน เอวันซี ต้องมีค่าน้อยกว่า 9 เปอร์เซ็น	11 (6.10)	168 (93.90)
19. ถ้ามีอาการเท้าเย็นในเวลากลางคืน อาจใช้กระเป๋ไฟฟ้าหรือกระเป๋าน้ำ ร้อนวางบนเท้าได้	43 (24.00)	136 (76.00)
20. หากลืมกินยาเมื่อใดมือหนึ่ง สามารถกินเพิ่มเป็น 1 เท่าในมือถัดไปได้	41 (22.91)	138 (77.09)

3. ระดับความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน

ระดับความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานของผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านบางน่อง ตำบลหูล่อง อำเภopakพนัง จังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีความรู้อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 78.77 รองลงมา คือ ระดับต่ำ ร้อยละ 17.32 ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ระดับความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน (n=179)

ระดับความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน	จำนวน	ร้อยละ
ความรู้ระดับต่ำ	7	3.91
ความรู้ระดับปานกลาง	31	17.32
ความรู้ระดับสูง	141	78.77

4. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านบางน่อง ตำบลหูล่อง อำเภopakพนัง จังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกาย และด้านการดูแลต่อเนื่องอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 71.51, 55.87 และ

46.37 ตามลำดับ ในส่วนด้านการรับประทานยานั้น พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในระดับปานกลาง (ร้อยละ 75.98) และในส่วนของด้านการจัดการความเครียด พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองอยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 77.65 ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ (n=179)

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ	ระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ		
	จำนวน (ร้อยละ)		
	น้อย	ปานกลาง	สูง
ด้านการรับประทานอาหาร	0 (0.00)	51 (28.49)	128 (71.51)
ด้านการรับประทานยา	12 (6.70)	136 (75.98)	31 (17.32)
ด้านการออกกำลังกาย	18 (10.06)	61 (34.08)	100 (55.87)
ด้านการจัดการความเครียด	139 (77.65)	32 (17.88)	8 (4.47)
ด้านการดูแลต่อเนื่อง	19 (10.61)	77 (43.02)	83 (46.37)

5. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล

ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

บ้านบางน่อง ตำบลหูล่อง อำเภopakpang จังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่า โรคเบาหวาน ระยะเวลาที่เป็นเบาหวาน การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา พฤติกรรมการรับประทานอาหาร พฤติกรรมการรับประทานยา พฤติกรรมการออกกำลังกาย พฤติกรรมการจัดการความเครียด และพฤติกรรมการดูแลตนเองมี

ความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนเพศ ระดับการศึกษา อาชีพ และความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน (n=179)

ปัจจัย	การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน	
	X ²	p-value
1. ปัจจัยส่วนบุคคล		
เพศ	3.487	0.062
ระดับการศึกษา	4.050	0.132
อาชีพ	3.269	0.352
โรคเบาหวาน	1.689	0.046*
ระยะเวลาที่เป็นเบาหวาน	2.939	<0.001**
การสูบบุหรี่	4.602	<0.001**
การดื่มสุรา	2.680	0.007*
2. ความรู้		
ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน	2.316	0.314
3. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ		
ด้านการรับประทานอาหาร	17.965	<0.001**
ด้านการรับประทานยา	9.830	0.007*
ด้านการออกกำลังกาย	34.057	<0.001**
ด้านการจัดการความเครียด	17.210	<0.001**
ด้านการดูแลตนเอง	44.988	<0.001**

หมายเหตุ * มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

อภิปรายผล

1. คุณลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุเฉลี่ย 59.02 ปี (SD = 13.30) ช่วงอายุที่มากที่สุดคือ 61 ปีขึ้นไป ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ และมีสถานภาพคู่เป็นส่วนใหญ่ จบการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษา และประกอบอาชีพเกษตรกรเป็นส่วนใหญ่ โดยส่วนใหญ่มียรายได้ต่ำกว่า 5,000 บาท/เดือน ในส่วนของโรคร่วมอื่น ๆ นั้น พบว่าส่วนใหญ่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงร่วมด้วย ซึ่งระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวานคือ 1-5 ปี โดยส่วนใหญ่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ และส่วนใหญ่มีการสูบบุหรี่และดื่มสุรา อิศักดิ์ พาจันทร์และคณะ (2565) พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 65.68 อายุเฉลี่ย 62.57 ปี (SD = 11.09) อายุต่ำสุด 22 ปี อายุสูงสุด 85 ปี มีสถานภาพสมรสคู่ การศึกษาในระดับประถมศึกษา มีฐานระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เท่ากับ 14.5 ปี (IQR = 14.00) ต่ำสุด 1 ปี และสูงสุด 30 ปี นัตยา ตั้งศิริกุล (2562) พบว่า ผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นเบาหวานชนิดที่ 2 เพศหญิง มีอายุเฉลี่ย 70.27 ปี ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 60-69 ปี อายุต่ำสุด 60 ปี อายุสูงสุด 89 ปี มีระดับการศึกษาตั้งแต่ประถมศึกษาขึ้นไป มีการประกอบอาชีพ มีโรคร่วม ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากเบาหวาน และ มีระยะเวลาการป่วยเป็นเบาหวานมากกว่า 7 ปี

2. ระดับความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน

พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีความรู้อยู่ในระดับสูง รองลงมาคือระดับต่ำ วรณวลี บุญคำชู (2566) พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานมีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานอยู่ในระดับสูง

3. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน

พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกาย และด้านการดูแลต่อเนื่อง อยู่ในระดับสูงตามลำดับ ส่วนด้านการรับประทานยาพบว่ามีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในระดับปานกลาง และด้านการจัดการความเครียดพบว่ามีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองอยู่ในระดับน้อย วรณวลี บุญคำชู (2566) พบว่า ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพระดับปานกลาง อภิชาติ ชันดี (2567) พบว่าพฤติกรรมการรับประทานอาหาร การรับประทานยาและการตรวจตามนัด และการจัดการความเครียดอยู่ในระดับดี ส่วนพฤติกรรมการออกกำลังกายอยู่ในระดับปานกลาง

4. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ กับ การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

พบว่า โรคร่วม ระยะเวลาที่เป็นเบาหวาน การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา พฤติกรรมการรับประทานอาหาร พฤติกรรมการรับประทานยา พฤติกรรมการออกกำลังกาย พฤติกรรมการจัดการความเครียด และพฤติกรรมการดูแลต่อเนื่องมีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน ส่วนเพศ ระดับการศึกษา อาชีพ และความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน อภิชาติ ชันดี (2567) พบว่า พฤติกรรมการรับประทานอาหาร การรับประทานยา และการตรวจตามนัด และการจัดการความเครียดอยู่ในระดับดี พฤติกรรมการออกกำลังกายอยู่ในระดับปานกลาง และวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่าสถานที่รับบริการคลินิกเบาหวานมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 การศึกษาของวรณวลี บุญคำชู (2566) พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอย่าง

มีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ เพศ การศึกษา และ พฤติกรรมการดูแลตนเอง การศึกษาของธีรศักดิ์ พา จันท์และคณะ (2565) พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติ ได้แก่ (1) พฤติกรรมการควบคุมอาหาร (2) พฤติกรรมการรับประทานยารักษาเบาหวาน (3) ความ รอบรู้ด้านการเข้าถึงข้อมูล (4) ความรอบรู้ด้านความ เข้าใจ การศึกษาของนัตยา ตั้งศิริกุลและคณะ (2562) พบว่าผลการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกแบบพหุตัวแปร พบว่า ระยะเวลาการป่วยเป็นเบาหวานมากกว่า 7 ปี (OR = 2.88, 95% CI = 1.19–6.95) การรับประทานยา เม็ดรวมกับการฉีดอินซูลิน (OR = 2.92, 95% CI = 1.25–6.79) และการมีคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดี (OR = 3.17, 95% CI = 1.23–8.17) มีความสัมพันธ์ต่อการ ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้

เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงสาธารณสุข. (2565). *Health Data Center-HDC, 2565*. สืบค้นจาก <https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index.php> (สืบค้นเมื่อ 26 กันยายน 2567)
- ขวัญเรือน กำวิตุ และ ชนิดา มัททวงกูร. (2562). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้สูงอายุ ที่เป็นโรคเบาหวานที่อาศัยอยู่ในชุมชนรอบมหาวิทยาลัยสยาม. *วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม*, 20(38), 82–95.
- ชลิตา เจตธำรง. (2567). ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 หลังสถานการณ์การระบาดของ COVID-19 ในเขตศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองตลาดดอนนก. สืบค้นจาก chrome-extension://efaidnbmninnnigpcjpcglclefindmkaj/https://srth.moph.go.th/research/file/20240304132051-5_2567pdf (สืบค้นเมื่อ 15 ธันวาคม 2567)
- ธนวัฒน์ สุวัฒนกุล. (2561). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข*, 12(3), 515–522.
- ธีรศักดิ์ พาจันทร์ และคณะ. (2565). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอบางแพ จังหวัดหนองคาย. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 9*, 16(1), 285–298.

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. หน่วยงานด้านสาธารณสุขควรจัดทำแผนในการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยเฉพาะด้านการเข้าถึงข้อมูลและด้านความเข้าใจในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด โดยเพิ่มช่องทางในการเข้าถึงข้อมูลที่หลากหลาย และพัฒนาโปรแกรมในการเสริมสร้างความเข้าใจ จนสามารถนำไปปรับใช้ในชีวิตประจำวันได้ ซึ่งปัจจัยเหล่านี้มีผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด
2. มีการพัฒนาโปรแกรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน ได้แก่ ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด โดยการทำวิจัยและพัฒนา (Research and Development: R&D) เพื่อให้ได้โปรแกรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดที่มีประสิทธิภาพ



- นิตยา ตั้งศิริกุล และคณะ. (2562). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นเบาหวาน ชนิดที่ 2 โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง กรุงเทพมหานคร. สืบค้นจาก <https://rsucon.rsu.ac.th/files/proceedings/nation2019/NA19-122.pdf> (สืบค้นเมื่อ 2 ธันวาคม 2567)
- รินจิต เพชรชิต. (2558). พฤติกรรมการดูแลตนเองและการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาลเคียนซา จังหวัดสุราษฎร์ธานี. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 2(2), 15–28.
- วิชัย เอกพลากร. (2564). รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562–2563. กรุงเทพฯ: อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์.
- สมาคมเบาหวานแห่งประเทศไทย. (2566). แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน พ.ศ. 2566 ของสมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทยในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระเทพรัตนสุตาฯ สยามบรมราชกุมารี. สืบค้นจาก https://drive.google.com/file/d/1OAI DiCyGsJYA1-wTAXoOu6yL_YL9c7IG/view (สืบค้นเมื่อ 2 ธันวาคม 2567)
- สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2566). รายงานสถานการณ์โรค NCDs เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง พ.ศ. 2562 (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์.
- อภิชาติ ชันดี. (2567). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองฮี อำเภอบางแพ จังหวัดนครพนม. *วารสารวิชาการทางการพยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 4(1), 18–28.
- Best, John W. (1977). *Research in education* (3rd ed.). Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall, Inc.
- Bloom, Benjamin S. (1968). 'Learning for mastery', *The evaluation comment*. In *All our children learning*, McGraw-Hill.

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ในนักเรียนอาชีวศึกษา
ชั้นประกาศนียบัตรวิชาชีพ ชั้นปีที่ 2 จังหวัดตรัง

Factors Associated with Sexual Behavior Among Vocational Students
in the Second Year of the Certificate Program in Trang Province.

เพ็ญบุญญา พานิช

Penbunya Panich

โรงพยาบาลย่านตาขาว อำเภอย่านตาขาว จังหวัดตรัง

(Received: January 20, 2025; Accepted: February 27, 2025)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกของพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ และวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ของนักเรียนระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช.) ปีที่ 2 ในจังหวัดตรัง โดยใช้ข้อมูลทุติยภูมิจากการเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพและพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี จังหวัดตรัง ปี 2565 ซึ่งจัดเก็บโดยกลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง กลุ่มตัวอย่างจำนวน 194 คน ได้จากนักเรียนใน 8 วิทยาลัยอาชีวศึกษาในจังหวัดตรัง ทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และทดสอบความสัมพันธ์โดยใช้ Chi-square test และ Fisher's exact test

ผลการวิจัยพบว่า นักเรียนร้อยละ 38.1 เคยมีเพศสัมพันธ์ โดยกลุ่มที่มีอายุ 18-24 ปี มีแนวโน้มเคยมีเพศสัมพันธ์มากกว่ากลุ่มอายุน้อยกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.045$) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.01$) ได้แก่ การรับรู้ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี การใช้สารเสพติด และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยเฉพาะเมื่อจำแนกเป็นรายประเภท พบว่า การใช้กัญชา และการดื่มเหล้าหรือเหล้าปั่น เบียร์ และเหล้าขาว มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมทางเพศอย่างมีนัยสำคัญ ส่วนปัจจัยด้านเพศ ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ การออกกำลังกาย สุขภาพจิต และการสนับสนุนทางสังคม ไม่พบความสัมพันธ์ที่มีนัยสำคัญ ข้อเสนอแนะจากการศึกษานี้ คือ ควรส่งเสริมการเรียนรู้ด้านเพศศึกษาแบบบูรณาการ ร่วมกับการป้องกันการใช้สารเสพติดในสถานศึกษา พร้อมทั้งสร้างระบบติดตามและให้คำปรึกษาเชิงรุกในกลุ่มนักเรียนที่มีความเสี่ยง เพื่อป้องกันพฤติกรรมทางเพศที่ไม่ปลอดภัยในกลุ่มเยาวชนอาชีวศึกษาอย่างยั่งยืน

คำสำคัญ: พฤติกรรมทางเพศ, ปัจจัยที่สัมพันธ์, นักเรียนอาชีวศึกษา



Abstract

This study aimed to examine the prevalence of sexual behavior and analyze factors associated with sexual behavior among second-year vocational certificate students (Por Wor Chor, or Vocational Certificate Year 2) in Trang Province. Secondary data were obtained from the 2022 Behavioral Surveillance System related to health and HIV risk behaviors, collected by the Communicable Disease Control Group, Trang Provincial Public Health Office. The sample comprised 194 students from 8 vocational colleges in Trang. Data were analyzed using descriptive statistics and associations were tested using Chi-square test and Fisher's exact test. The results showed that 38.1% of the students had experienced sexual intercourse. Students aged 18–24 years were significantly more likely to have had sexual experience than those aged 15–17 years ($p = 0.045$). Factors significantly associated with sexual behavior ($p < 0.01$) included perceived risk of HIV infection, substance use, and alcohol consumption. Specifically, marijuana use and consumption of certain types of alcoholic beverages—namely liquor or liquor blends, beer, and white spirits—were significantly associated with sexual behavior. In contrast, gender, knowledge about AIDS, physical activity, mental health status, and level of social support were not significantly associated with sexual behavior. The study recommends that comprehensive sexuality education be integrated with substance abuse prevention programs within educational institutions. Additionally, a proactive counseling and monitoring system should be established for students identified as being at risk, to promote safe sexual behavior and sustainable health outcomes among vocational school adolescents.

Keywords: Associated factors, Sexual behavior, Vocational students

บทนำ

สถานการณ์การมีเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่นทั่วโลกยังน่าเป็นห่วง โดยเฉพาะในประเทศรายได้ต่ำถึงปานกลาง ซึ่งมีอัตราการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นสูงและเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน ขณะเดียวกัน การมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ป้องกันยังส่งผลให้โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เช่น ซิฟิลิส และหนองใน เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง^{1,2} การมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ป้องกันในวัยรุ่นส่งผลให้โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (STIs) เช่น ซิฟิลิส หนองใน และเริม เพิ่มขึ้นทั่วโลก โดยเฉพาะในแอฟริกาและอเมริกาใต้ ปัจจัยเสี่ยงได้แก่ การเริ่มมีเพศสัมพันธ์เร็ว มีคู่นอนหลายคน และการไม่ใช้ถุงยางอนามัยอย่างสม่ำเสมอ³ การมีเพศสัมพันธ์ก่อนอายุ 18 ปีพบมากในประเทศที่มีการแต่งงานในวัยเด็กและขาดเพศศึกษา เช่น แอฟริกาใต้ทะเลทรายซาฮารา เอเชียใต้ และลาตินอเมริกา ส่งผลให้วัยรุ่นตั้งครรภ์ก่อนวัยเรียนจบและหลุดจากระบบการศึกษา นำไปสู่ความยากจนในระยะยาว^{1,2}

สถานการณ์ในประเทศไทยพบว่า วัยรุ่นมีเพศสัมพันธ์ตั้งแต่อายุยังน้อยและขาดการป้องกัน ส่งผลให้เกิดการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์และเพิ่มความเสี่ยงต่อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ข้อมูลปี 2565 พบว่า จังหวัดตรังมีอัตราการคลอดในวัยรุ่นอายุ 15–19 ปี อยู่ที่ 18.7 ต่อประชากรหญิง 1,000 คน สูงเป็นอันดับ 4 ในเขตสุขภาพที่ 12 แม้มีแนวโน้มลดลงในช่วงปี 2562–2564^{4,5,6,7,8} ในปี 2565 จังหวัดตรังพบผู้ป่วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ 132 ราย ลดลงจากปี 2562–2564 แต่ยังเป็นประเด็นที่น่ากังวล เนื่องจากสัมพันธ์กับความเสี่ยงการติดเชื้อเอชไอวีในอนาคต ข้อมูลปี 2562 พบว่านักเรียนอาชีวศึกษาเพศหญิงที่เคยมีเพศสัมพันธ์เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 41.7 และเพศชายมีแนวโน้มมีเพศสัมพันธ์กับหญิงบริการและเพศเดียวกันมากขึ้น ขณะเดียวกันระดับความรู้เรื่องเอดส์ยังต่ำ โดยเพศชายตอบถูกทุกข้อ

เพียงร้อยละ 7.35 และเพศหญิงเพียงร้อยละ 4.29^{9,10,11,12} ปี 2557 พบว่านักเรียนที่เคยมีเพศสัมพันธ์มีแนวโน้มใช้สารเสพติดมากกว่ากลุ่มที่ไม่เคย 4.18 เท่า โดยร้อยละ 14.47 ใช้สารเสพติดก่อนมีเพศสัมพันธ์ โดยเฉพาะแอลกอฮอล์ ัญชา และยาบ้า¹³ ปี 2563–2564 งดสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงในนักเรียน ปวช. ปี 2 เพราะโควิด-19 และกลับมาเก็บข้อมูลอีกครั้งในปี 2565 ด้วยระบบไม่ระบุตัวตนผ่านคอมพิวเตอร์มือถือ¹⁴

ผู้วิจัยซึ่งเป็นบุคลากรด้านสาธารณสุขมีความสนใจศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ของนักเรียน ปวช. ปีที่ 2 จังหวัดตรัง เนื่องจากเป็นช่วงวัยและระดับชั้นที่เหมาะสมต่อการสะท้อนพฤติกรรมของนักเรียนอาชีวศึกษาโดยรวม สอดคล้องกับนโยบายของกรมควบคุมโรค กลุ่มวัยนี้อยู่ในช่วงสำรวจและพัฒนาอัตลักษณ์ทางเพศ ซึ่งมีแนวโน้มเกิดพฤติกรรมเสี่ยง เช่น การมีเพศสัมพันธ์ไม่ปลอดภัย ผลการวิจัยสามารถใช้เป็นข้อมูลเพื่อออกแบบมาตรการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันปัญหาในวัยรุ่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ

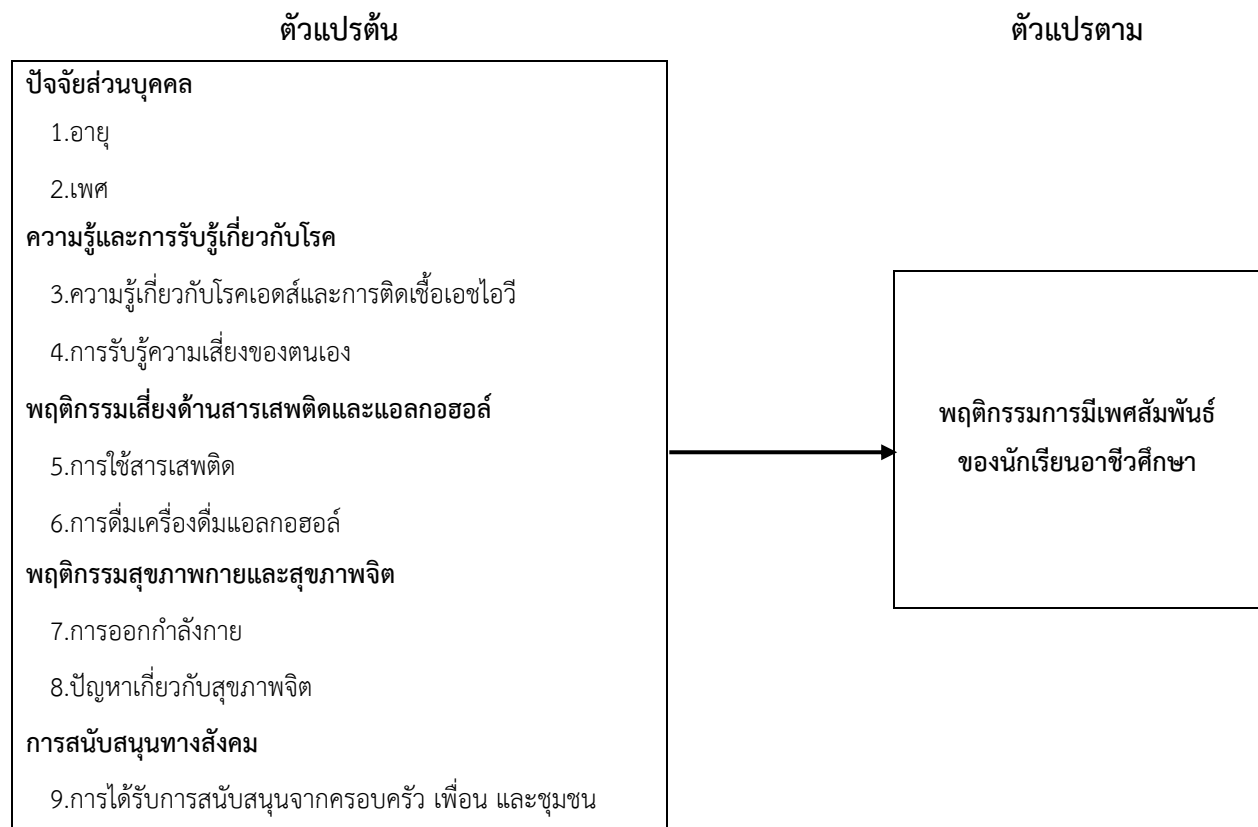
วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความชุกของพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ในนักเรียนอาชีวศึกษา ชั้นประกาศนียบัตรวิชาชีพ ปีที่ 2 จังหวัดตรัง
2. เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ในนักเรียนอาชีวศึกษา ชั้นประกาศนียบัตรวิชาชีพ ปีที่ 2 จังหวัดตรัง

สมมติฐานของการวิจัย

ปัจจัยใดที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ในนักเรียนอาชีวศึกษา ชั้นประกาศนียบัตรวิชาชีพ ปีที่ 2 จังหวัดตรัง

กรอบแนวคิดของการวิจัย



วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการศึกษา

เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์ภาคตัดขวาง (Cross-sectional study)

ประชากรที่ศึกษา

ประชากรเป็นนักเรียนอาชีวศึกษา ชั้นประกาศนียบัตรวิชาชีพ ปีที่ 2 (ปวช.2) จังหวัดตรัง ในปีการศึกษา 2565 จำนวน 8 วิทยาลัย ในจังหวัดตรัง จำนวน 386 คน

การคำนวณขนาดตัวอย่าง (Sample size estimation)

คำนวณขนาดตัวอย่างที่ทราบจำนวนประชากรโดยใช้สูตรของ Wayne W.,D. (1975) ¹⁵ ดังนี้

$$n = \frac{Np(1-p)z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2}{d^2(N-1) + p(1-p)z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2}$$

ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 194 ราย

การเลือกกลุ่มตัวอย่าง

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria)

1. เป็นนักเรียนอาชีวศึกษา ชั้นประกาศนียบัตรวิชาชีพ ปีที่ 2 (ปวช.2) จังหวัดตรัง ในปีการศึกษา 2565 จำนวน 8 วิทยาลัย ในจังหวัดตรัง
2. มีข้อมูลในฐานข้อมูลการเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพและพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี จังหวัดตรัง ปี 2565 ซึ่งเก็บอยู่ที่กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง โดยเลือกมาเฉพาะตัวแปรที่ศึกษา โดยไม่ปรากฏชื่อของกลุ่มตัวอย่าง

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

1. มีข้อมูลในฐานข้อมูลที่ศึกษาไม่สมบูรณ์หรือไม่สามารถนำมาวิเคราะห์ได้

การสุ่มตัวอย่าง

เลือกกลุ่มตัวอย่าง 194 ราย โดยการสุ่มแบบง่าย (Simple Random Sampling) เพื่อให้ประชากร 386 ราย มีโอกาสเท่ากันในการถูกเลือก โดยดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

1.) กำหนดหมายเลขให้ประชากรทั้งหมด เริ่มต้นด้วยการกำหนดหมายเลขให้กับประชากรทั้ง 386 คน โดยให้แต่ละคนมีหมายเลขเฉพาะของตัวเองตั้งแต่ 1 ถึง 386

2.) ใช้เว็บไซต์สำหรับการสุ่มตัวเลข Random.org ซึ่งสามารถกำหนดขอบเขตของหมายเลข 1-386 ได้

3.) สุ่มหมายเลขจำนวน 194 หมายเลขจาก 1 ถึง 386 โดยไม่ซ้ำกัน

4.) หลังจากได้หมายเลข 194 หมายเลขแล้ว ให้เช็คหมายเลขกับรายชื่อประชากรทั้งหมดและดึงข้อมูลของบุคคลที่มีหมายเลขตรงกับที่สุ่มได้มาเป็นกลุ่มตัวอย่าง

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

แบบบันทึกข้อมูล (case record form)

แบบบันทึกข้อมูลใช้สำหรับคัดลอกข้อมูล ในฐานข้อมูลการเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพและพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี จังหวัดตรัง ปี 2565 จากกลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง แบบบันทึกข้อมูลในแต่ละส่วน ได้ประยุกต์มาจากแบบสอบถามการเฝ้าระวังพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี ในกลุ่มนักเรียนอาชีวศึกษา ชั้นประกาศนียบัตรวิชาชีพ ชั้นปีที่ 2 ของ กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข โดยเลือก

เฉพาะตัวแปรที่สำคัญสอดคล้องกับเรื่องที่จะศึกษา ข้อมูลที่ศึกษาประกอบด้วย 6 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐาน ประกอบด้วย ชื่อวิทยาลัย เพศ อายุ จำนวน 3 ข้อ

ส่วนที่ 2 ความรู้และการรับรู้เกี่ยวกับโรคโรคเอดส์ การติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 10 ข้อ โดยข้อที่ 1-9 เป็นความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์และการติดเชื้อเอชไอวี เป็นคำตอบแบบถูก-ผิด ให้เลือกตอบใช่ หรือไม่ใช่ และการรับรู้ความเสี่ยงเกี่ยวกับโรคโรคเอดส์ การติดเชื้อเอชไอวี มีจำนวน 1 ข้อ

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมเสี่ยงด้านสารเสพติดและแอลกอฮอล์ มีข้อคำถามทั้งหมด 5 ข้อ เป็นแบบเลือกตอบ ประกอบด้วย ประวัติการใช้สารเสพติด ชนิดของสารเสพติดที่ใช้ ประวัติการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การดื่มแอลกอฮอล์ต่อวัน และชนิดของแอลกอฮอล์ ที่ดื่ม

ส่วนที่ 4 พฤติกรรมสุขภาพกาย และปัญหาสุขภาพจิต ด้านสุขภาพกายเป็นคำถามด้านการออกกำลังกาย แบบเลือกตอบ จำนวน 1 ข้อ (ข้อ1) ด้านปัญหาสุขภาพจิต มีข้อคำถาม 7 ข้อ

ส่วนที่ 5 การสนับสนุนทางสังคม มีข้อคำถาม 4 ข้อ เป็นคำถามเกี่ยวกับความรู้สึกได้รับการสนับสนุนจากสังคม เป็นมาตรวัด 4 ตัวเลือก

ส่วนที่ 6 พฤติกรรมทางเพศ มีข้อคำถาม 21 ข้อ เป็นข้อคำถามแบบเลือกตอบ ข้อคำถามที่ 1 เป็นประวัติการเคยมีเพศสัมพันธ์ (ใช้วัดตัวแปรตามในการศึกษานี้) ส่วนข้อคำถามอื่นๆเป็นการวัดพฤติกรรม การมีเพศสัมพันธ์ เช่นการใส่ถุงยางอนามัย การเข้าถึงถุงยางอนามัย และ การใช้สารเสพติดก่อนการมีเพศสัมพันธ์ เป็นต้น

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย

ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่สร้างขึ้นให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหา (Content Validity) แล้วนำมาหาค่าดัชนี ความสอดคล้อง (Index of item objective congruence: IOC) ของข้อคำถามแต่ละข้อ ผู้วิจัยนำข้อคำถาม ที่มีค่า IOC มากกว่า 0.50 ขึ้นไป ใช้ในแบบสอบถาม

ในส่วนความเชื่อมั่น (Reliability Test) การวิจัยนี้ไม่ได้มีการนำเครื่องมือไปทดลองใช้ (Try Out) เนื่องจากเป็นการเก็บจากข้อมูลทุติยภูมิ (secondary data) จึงไม่มีการหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ อย่างไรก็ตามข้อคำถามที่ผู้วิจัยใช้ในการศึกษานี้ เป็นการเลือกข้อคำถามและคำตอบจากการสำรวจข้อมูลการเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพและพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี จังหวัดตรัง ปี 2565

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างและการเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บรวบรวมโดยผู้วิจัย โดยมีขั้นตอนการดำเนินการดังนี้

1.) ผู้วิจัยทำหนังสือเรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดตรัง เพื่อขออนุมัติใช้ข้อมูลจากฐานข้อมูลการเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพและพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี จังหวัดตรัง ปี 2565 จากกลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง

2.) ยื่นหนังสือขอรับรองโครงการวิจัยจากคณะกรรมการและจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา

3.) หลังจากได้รับอนุญาต ตามข้อ 1 และ 2 ผู้วิจัยเข้าพบผู้รับผิดชอบงานที่เกี่ยวข้อง แนะนำตนเอง และอธิบายรายละเอียดในการเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างตามแบบบันทึกข้อมูล บอกวัตถุประสงค์การวิจัย และ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง หลังจากนั้นดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

4.) รวบรวมข้อมูลจากแบบบันทึกข้อมูล ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลก่อนการวิเคราะห์ผล โดยข้อมูลจะเก็บเป็นความลับ วิเคราะห์แปลผลในภาพรวม และไม่เกิดผลกระทบต่อกลุ่มตัวอย่าง

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistic) ได้แก่ วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ใช้ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าสูงสุดต่ำสุด

2. สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) วิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ในนักเรียนอาชีวศึกษา ชั้นประกาศนียบัตรวิชาชีพ ปีที่ 2 จังหวัดตรัง ด้วยสถิติ Chi-square Test อธิบายด้วยค่า ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 หรือสถิติอื่นที่เกี่ยวข้อง

ผลการศึกษา

1. ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง
กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 15–17 ปี จำนวน 158 คน คิดเป็น ร้อยละ 81.4 ขณะที่กลุ่มอายุระหว่าง 18–24 ปี มีจำนวน 36 คน คิดเป็น ร้อยละ 18.6 โดยอายุเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างอยู่ที่ 17 ปี และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) เท่ากับ 0.993 ในด้านเพศพบว่ากลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชายจำนวน 101 คน (ร้อยละ 52.1) และเพศหญิงจำนวน 93 คน (ร้อยละ 47.9) แสดงให้เห็นว่าเพศชายมีสัดส่วนมากกว่าเพศหญิงเล็กน้อยในกลุ่มตัวอย่างนี้



2. ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ และการติดเชื้อเอชไอวี

ผลการศึกษาด้านความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์และการติดเชื้อเอชไอวี พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้ระดับปานกลาง (ร้อยละ 51.5) รองลงมาคือระดับมาก (ร้อยละ 45.4) และมีเพียงร้อยละ 3.1 ที่มีความรู้น้อย มีฐานของคะแนนคือ 6.0 คะแนน (ช่วง 2.0-9.0) รายข้อที่ตอบถูกมากที่สุด ได้แก่ ความรู้เรื่องการใช้ถุงยาง

อนามัย (ร้อยละ 94.3) และยาคุมฉุกเฉินไม่ได้ป้องกันเอดส์ (ร้อยละ 90.7) อย่างไรก็ตาม ยังพบความเข้าใจผิดเกี่ยวกับการติดเชื้อจากการกินอาหารร่วมกัน (ตอบผิดร้อยละ 51.5) การมีวัคซีนป้องกันเอดส์ (ตอบผิดร้อยละ 39.7) และการล้างอวัยวะเพศหลังมีเพศสัมพันธ์สามารถป้องกันได้ (ตอบผิดร้อยละ 52.6) ซึ่งสะท้อนถึงช่องว่างทางความรู้ในบางประเด็นสำคัญ

ตารางที่ 1 ระดับความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ และการติดเชื้อเอชไอวีของกลุ่มตัวอย่าง (n=194)

ระดับความรู้	จำนวน	ร้อยละ
น้อย	6	3.1
ปานกลาง	100	51.5
มาก	88	45.4
Median (min-max)	6.0 (2.0-9.0)	

3. การรับรู้ความเสี่ยงเกี่ยวกับโรคเอดส์ และการติดเชื้อเอชไอวี

ในการประเมินระดับการรับรู้ความเสี่ยงของนักเรียนเกี่ยวกับโอกาสในการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จำนวน 145 คน (คิดเป็นร้อยละ 74.7) ระบุว่า ไม่เสี่ยงเลย รองลงมาคือ กลุ่มที่

ระบุว่า เสี่ยงเล็กน้อย จำนวน 33 คน (ร้อยละ 17.0) กลุ่มที่ประเมินว่าตนเองมี ความเสี่ยงปานกลาง มีจำนวนเพียง 5 คน (ร้อยละ 2.6) เสี่ยงค่อนข้างมาก มีจำนวน 8 คน (ร้อยละ 4.1) และมีเพียง 3 คน (ร้อยละ 1.5) ที่ระบุว่าตนเอง เสี่ยงมาก

ตารางที่ 2 ด้านการรับรู้ความเสี่ยงเกี่ยวกับโรคเอดส์ และการติดเชื้อเอชไอวี (n=194)

ข้อความ	จำนวน	ร้อยละ
ปัจจุบันนักเรียนคิดว่านักเรียนมีความเสี่ยงที่จะติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ มากน้อยแค่ไหน		
ไม่เสี่ยงเลย	145	74.7
เสี่ยงเล็กน้อย	33	17
เสี่ยงปานกลาง	5	2.6
เสี่ยงค่อนข้างมาก	8	4.1
เสี่ยงมาก	3	1.5

4. พฤติกรรมเสี่ยงด้านสารเสพติดและแอลกอฮอล์

ด้านพฤติกรรมเสี่ยงในการใช้สารเสพติดของกลุ่มตัวอย่างในภาพรวมพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการใช้สารเสพติดในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา จำนวน 50 คน (ร้อยละ 25.8) ขณะที่ 144 คน (ร้อยละ 74.2) ระบุว่าไม่เคยใช้สารเสพติดในช่วงเวลาดังกล่าว เมื่อแยกตามประเภทของสารเสพติดที่เคยใช้ พบว่าสารเสพติดที่นักเรียนเคยใช้มากที่สุดคือ กัญชา จำนวน 30 คน คิดเป็น ร้อยละ 15.5 ซึ่งถือเป็นสารเสพติดที่นิยมสูงสุดในกลุ่มตัวอย่างนี้ ส่วนสารเสพติดประเภทอื่น ๆ มีการรายงานการใช้ในอัตราที่ต่ำ ได้แก่ ยาเค 2 คน (ร้อยละ 1.0) ในส่วนของ เฮโรอีน, ยาบ้า, ยาไอซ์, ดอร์มิกุ่ม, แวมเลียม, อะมิทริป, สารระเหย และป๊อปเปอร์ มีเพียง 1 คน (ร้อยละ 0.5) ในขณะที่การกินยาแก้ไอเป็นประจำ มีรายงาน 3 คน (ร้อยละ 1.5) ในส่วนของการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ของนักเรียนอาชีวศึกษาในภาพรวม พบว่า นักเรียนจำนวน 131 คน (ร้อยละ 67.5) เคยดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ขณะที่นักเรียนจำนวน 63 คน (ร้อยละ 32.5) ไม่เคยดื่ม โดยเครื่องดื่มที่ได้รับความนิยมมากที่สุด ได้แก่ เบียร์ จำนวน 68 คน (ร้อยละ 35.1) รองลงมาคือ เหล้าหรือเหล้าปั่น จำนวน 54 คน

(ร้อยละ 27.8) ไวน์ จำนวน 28 คน (ร้อยละ 14.4) และเหล้าขาว จำนวน 24 คน (ร้อยละ 12.4)

5. พฤติกรรมสุขภาพกายและสุขภาพจิต

ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา นอกเหนือจากการเรียนพลศึกษาในชั่วโมงเรียน พบว่า กลุ่มตัวอย่างจำนวน 67 คน (ร้อยละ 34.5) มีพฤติกรรม ออกกำลังกาย สัปดาห์ละหลายครั้ง เช่น การเล่นกีฬา การเดินแอโรบิก หรือการวิ่งออกกำลังกาย ขณะที่กลุ่มตัวอย่างอีก 127 คน (ร้อยละ 65.5) ไม่ได้ออกกำลังกาย นอกเวลาเรียนเลย

จากการประเมินสุขภาพจิตของนักเรียนพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 68.6) มีปัญหาสุขภาพจิตในระดับน้อย รองลงมาร้อยละ 30.4 อยู่ในระดับปานกลาง และเพียงร้อยละ 1.0 มีปัญหาในระดับมาก ค่ามัธยฐานคะแนนสุขภาพจิตอยู่ที่ 10.0 คะแนน (ช่วง 7-19) รายข้อพบว่าปัญหาเรื่องสมาธิ การนอน และอารมณ์เศร้าเป็นประเด็นที่พบได้บ่อยในระดับปานกลาง ขณะที่พฤติกรรมเบี่ยงเบน เช่น การโกหก และการเข้าสังคมกับเพื่อนยังอยู่ในระดับต่ำ กลุ่มที่เคยถูกรังแกมีสัดส่วนน้อย (ร้อยละ 17.0) โดยรวมสุขภาพจิตของนักเรียนยังอยู่ในเกณฑ์ปกติ แต่ควรติดตามกลุ่มเสี่ยงที่อาจมีพัฒนาการของปัญหาในอนาคต ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ระดับปัญหาด้านสุขภาพจิต (n=194)

ระดับปัญหา	จำนวน	ร้อยละ
น้อย	133	68.6
ปานกลาง	59	30.4
มาก	2	1.0
Median (min-max)	10.0 (7.0-19.0)	

6. การได้รับการสนับสนุนทางสังคม

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับปานกลาง (ร้อยละ 49.0) รองลงมาคือระดับน้อย (ร้อยละ 27.3) และระดับมาก (ร้อยละ 23.7) โดยค่ามัธยฐานอยู่ที่ 11.0 คะแนน (ช่วง 4.0–16.0) รายชื่อที่ได้รับการสนับสนุนสูงสุดคือ ความรู้สึกปลอดภัยและอบอุ่นในครอบครัว (ค่าเฉลี่ย 2.94) รองลงมาคือ การรู้สีกว่าตนเองมีคุณค่า และมีคน

สนับสนุนให้ทำในสิ่งที่ชอบ ขณะที่ข้อที่มีระดับต่ำที่สุดคือ การได้รับการยอมรับจากชุมชน (ค่าเฉลี่ย 2.34) แสดงให้เห็นว่าครอบครัวยังคงเป็นแหล่งสนับสนุนหลัก ขณะที่บทบาทของชุมชนยังควรได้รับการเสริมสร้างเพิ่มเติม ความแปรปรวนของคะแนนในแต่ละข้อสะท้อนความแตกต่างของประสบการณ์การได้รับการสนับสนุนของนักเรียนแต่ละคน ตามตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ระดับการสนับสนุนทางสังคม (n=194)

ระดับการสนับสนุน	จำนวน	ร้อยละ
น้อย	53	27.3
ปานกลาง	95	49.0
มาก	46	23.7
Median (min-max)	11.0 (4.0-16.0)	

7. พฤติกรรมทางเพศของกลุ่มตัวอย่าง

จากการศึกษาพบว่า นักเรียนระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช.) ปีที่ 2 ในจังหวัดตรัง จำนวน 74 คน (ร้อยละ 38.1) เคยมีเพศสัมพันธ์ โดยมีมัธยฐานของอายุเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกอยู่ที่ 16 ปี (ช่วง 12–23 ปี) กลุ่มส่วนใหญ่เริ่มมีเพศสัมพันธ์ก่อนอายุ 16 ปี และเกือบทั้งหมด (ร้อยละ 100) มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกกับแฟนหรือคูรัก โดยร้อยละ 90.5 ใช้ถุงยางอนามัยครั้งแรก ส่วนในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา นักเรียนร้อยละ 54.1 มีคู่นอน 1 คน ขณะที่ร้อยละ 29.7 มีคู่นอนมากกว่า 1 คน และร้อยละ 16.2 ไม่มีคู่นอนเลย ในช่วงเวลาเดียวกันนั้น นักเรียนร้อยละ 97.3 ระบุว่า มีเพศสัมพันธ์กับแฟนหรือคูรัก และส่วนใหญ่มีพฤติกรรมป้องกันตนเอง โดยร้อยละ 79.7 ใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้ง ร้อยละ 16.2 ใช้บางครั้ง และเพียงร้อยละ 4.1 ที่ไม่เคยใช้เลย การมีเพศสัมพันธ์กับบุคคลที่ไม่ใช่แฟนมีเพียง

ร้อยละ 5.4 และในกลุ่มนี้ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 97.3) ใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้ง สำหรับเพศสัมพันธ์ครั้งล่าสุด นักเรียนร้อยละ 87.8 ใช้ถุงยางอนามัย และร้อยละ 12.2 ไม่ได้ใช้ เมื่อสอบถามแหล่งที่มาของถุงยาง พบว่า ส่วนใหญ่นำมาจากร้านสะดวกซื้อ (ร้อยละ 23.0) และพกติดตัว (ร้อยละ 17.6) โดยมีนักเรียนถึงร้อยละ 28.4 ที่ไม่ได้ใช้ถุงยางอนามัยเลยครั้งล่าสุด เหตุผลหลักได้แก่ ความ 'ไวใจคู่' (ร้อยละ 35.1), ไม่มีถุงยางพกติดตัว (ร้อยละ 32.4), และคูไม่ต้องการใช้ (ร้อยละ 29.7) ข้อมูลยังแสดงให้เห็นว่ายังมีนักเรียนร้อยละ 6.8 ที่เคยมีเพศสัมพันธ์ โดยได้รับสิ่งตอบแทน และร้อยละ 8.1 เคยใช้สารเสพติดก่อนมีเพศสัมพันธ์ ขณะที่ร้อยละ 20.3 ดื่มแอลกอฮอล์ก่อนเพศสัมพันธ์ครั้งล่าสุด ส่วนการป้องกันการตั้งครรภ์ พบว่า นักเรียนร้อยละ 66.2 ใช้วิธีใดวิธีหนึ่ง โดยถุงยางอนามัยชายเป็นวิธีที่ใช้มากที่สุด (ร้อยละ 58.1) อย่างไรก็ตาม ยังพบว่าร้อยละ 33.8 ไม่ได้ใช้วิธีป้องกันเลย หรือใช้



วิธีที่มีประสิทธิภาพต่ำ เช่น การหลังภายนอกหรือการนับระยะปลอดภัย ซึ่งอาจเพิ่มความเสี่ยงต่อการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในกลุ่มเยาวชน

8. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ในนักเรียนระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพ ชั้นปีที่ 2 จังหวัดตรัง

จากการวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ของนักเรียนระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช.) ชั้นปีที่ 2 ในจังหวัดตรัง โดยใช้สถิติ Chi-square test และ Fisher's exact test พบว่า มีหลายปัจจัยที่แสดงความสัมพันธ์ในระดับนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ได้แก่ อายุ นักเรียนที่มีอายุ 18-24 ปี มีแนวโน้มเคยมีเพศสัมพันธ์มากกว่ากลุ่มอายุ 15-17 ปี ($p = 0.045$) การรับรู้ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี ผู้ที่มีระดับการรับรู้ความเสี่ยงสูงมีแนวโน้มมีพฤติกรรมทางเพศมากกว่า ($p = 0.007$) การใช้สารเสพติดในรอบ 12 เดือน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์อย่างชัดเจน ($p < 0.01$) โดยเฉพาะผู้ที่ใช้ กัญชา ซึ่งมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ ($p < 0.01$)

ขณะที่สารเสพติดชนิดอื่นไม่พบระดับนัยสำคัญ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในรอบ 12 เดือน กลุ่มที่ดื่มแอลกอฮอล์มีแนวโน้มเคยมีเพศสัมพันธ์มากกว่ากลุ่มที่ไม่ดื่ม ($p < 0.01$) ประเภทเครื่องดื่มแอลกอฮอล์: พบว่าเครื่องดื่มประเภทเหล้าหรือเหล้าปั่น เบียร์ และเหล้าขาว มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมทางเพศ ($p < 0.01$) ในขณะที่เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ชนิดอื่นไม่มีนัยสำคัญ ปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p \geq 0.05$) ได้แก่ เพศ ($p = 0.055$) ระดับความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์และเอชไอวี ($p = 0.248$) การออกกำลังกาย ($p = 0.091$) ปัญหาสุขภาพจิต ($p = 0.216$) และการสนับสนุนทางสังคม ($p = 0.863$)

สรุป การศึกษานี้แสดงให้เห็นว่า พฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ของนักเรียนระดับอาชีวศึกษา มีความสัมพันธ์กับ อายุ การรับรู้ความเสี่ยง การใช้สารเสพติด และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งควรได้รับความสนใจในการวางแผนส่งเสริมสุขภาพและพฤติกรรมทางเพศที่ปลอดภัยในกลุ่มเยาวชนกลุ่มนี้อย่างเร่งด่วน

ตารางที่ 5 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ในนักเรียนระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช.) ชั้นปีที่ 2 จังหวัดตรัง

ปัจจัย	พฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์		X^2	df	p-value
	เคยมี	ไม่เคย			
อายุ					
15-17 ปี	55	103	4.01	1	0.045
18-24 ปี	19	17			
การรับรู้ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี					
ไม่เสี่ยงเลย	47	98	12.47	2	0.007
เสี่ยงเล็กน้อย	21	12			
เสี่ยงปานกลาง	1	4			

ปัจจัย	พฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์		X ²	df	p-value
	เคยมี	ไม่เคย			
เสี่ยงค่อนข้างมาก	3	5			
เสี่ยงมาก	2	1			
การใช้สารเสพติดในรอบ 12 เดือน ที่ผ่านมา					
ใช้	29	21	11.26	1	0.001
ไม่ใช้	45	99			
กัญชา					
ใช้	21	9	15.26	1	0.001
ไม่ใช้	53	111			
การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในรอบ 12 เดือน ที่ผ่านมา					
ดื่ม	60	71	10.02	1	0.002
ไม่ดื่ม	14	49			
เหล้า หรือเหล้าปั่น					
ใช้	32	22	14.14	1	0.001
ไม่ใช้	42	98			
เปียร์					
ใช้	36	32	9.71	1	0.002
ไม่ใช้	38	88			
เหล้าขาว					
ใช้	16	8	9.44	1	0.002
ไม่ใช้	58	112			

สรุปผลการศึกษา

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกของพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ในนักเรียนระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช.) ชั้นปีที่ 2 จังหวัดตรัง และวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมดังกล่าว จากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 194 คน ใน 8 วิทยาลัยอาชีวศึกษา ในจังหวัดตรัง โดยใช้ข้อมูลทุติยภูมิจากระบบเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพและพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี ปี 2565 ผลการวิจัยพบว่า ร้อยละ 38.1 ของ

นักเรียนมีประสบการณ์ทางเพศ โดยส่วนใหญ่มีเพศสัมพันธ์กับแฟนหรือคู่อุปการ และส่วนมากใช้ถุงยางอนามัยในการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก อย่างไรก็ตาม ร้อยละ 33.8 ไม่ได้ใช้วิธีป้องกันการตั้งครรภ์ในครั้งล่าสุด และบางส่วนเลือกใช้วิธีที่มีประสิทธิภาพต่ำ เช่น การหลั่งภายนอกและการนับระยะปลอดภัย นอกจากนี้ พบว่านักเรียนร้อยละ 25.8 เคยใช้สารเสพติด และร้อยละ 67.5 เคยดื่มแอลกอฮอล์ในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมา ในด้านการรับรู้ พบว่านักเรียนส่วนใหญ่ประเมินตนเองว่ามี



ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี แม้ยังมีความเข้าใจผิดในบางประเด็นเกี่ยวกับการติดต่อของโรค ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อายุของนักเรียน ($p = 0.045$) การรับรู้ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี ($p = 0.007$) การใช้สารเสพติด ($p = 0.001$) และการดื่มแอลกอฮอล์ ($p = 0.002$) โดยกลุ่มที่มีอายุมากกว่า 18 ปี และผู้ที่ใช้สารเสพติดหรือดื่มแอลกอฮอล์มีแนวโน้มเคยมีเพศสัมพันธ์มากกว่าอย่างชัดเจน ขณะที่เพศ ระดับความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ การออกกำลังกาย สุขภาพจิต และการสนับสนุนทางสังคมไม่พบความสัมพันธ์ที่มีนัยสำคัญ

การอภิปรายผล

1. อายุและพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์

จากผลการวิจัยพบว่า อายุของนักเรียนมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.045$) โดยนักเรียนที่มีอายุมากกว่า 18 ปี มีแนวโน้มที่จะเคยมีเพศสัมพันธ์มากกว่านักเรียนที่อายุน้อยกว่า ซึ่งสามารถอธิบายได้จากพัฒนาการตามวัยของวัยรุ่น โดยเฉพาะในช่วงวัยรุ่นตอนปลาย (18–24 ปี) ที่เป็นช่วงของการเปลี่ยนผ่านจากวัยรุ่นไปสู่ผู้ใหญ่ ซึ่งวัยรุ่นจะมีความสนใจในความสัมพันธ์เชิงชู้สาว มีความคิดเป็นอิสระมากขึ้น และมีโอกาสตัดสินใจด้วยตนเองสูงขึ้น ส่งผลให้มีโอกาสแสดงออกทางพฤติกรรมทางเพศมากกว่าวัยรุ่นตอนต้นหรือตอนกลาง สอดคล้องกับแนวคิดทางพัฒนาการของวัยรุ่น ที่ระบุว่า วัยรุ่นตอนปลายมีการพัฒนาในด้านร่างกาย อารมณ์ และสังคมอย่างสมบูรณ์ โดยเฉพาะความสามารถในการวางแผนและตัดสินใจด้วยตนเอง¹⁶ นอกจากนี้ ความสัมพันธ์ดังกล่าวยังสอดคล้องกับผลการศึกษาก่อนหน้านี้ เช่น งานของนิภาธร มั่นฤทธิ์ (2567)¹⁷ ที่พบว่า วัยรุ่นในช่วงอายุ 18–20 ปี มีพฤติกรรมทางเพศสูงกว่าวัยที่ต่ำกว่า และพบว่าอายุเป็นหนึ่งในปัจจัยสำคัญที่

ส่งผลต่อการเริ่มต้นมีเพศสัมพันธ์ ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากการที่นักเรียนในช่วงอายุที่มากขึ้นมักมีอิสระในการใช้ชีวิตและมีโอกาสในการเข้าสังคมมากขึ้น รวมถึงมีแรงกดดันทางสังคมหรือเพื่อนรอบข้าง ซึ่งล้วนส่งผลต่อพฤติกรรมทางเพศ

2. การรับรู้ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี และพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์

ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีของนักเรียนมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.007$) โดยนักเรียนที่มีระดับการรับรู้ความเสี่ยงสูง มีแนวโน้มเคยมีเพศสัมพันธ์มากกว่านักเรียนที่มีการรับรู้ว่าตนเองไม่เสี่ยงหรือเสี่ยงเพียงเล็กน้อย ผลดังกล่าวสามารถอธิบายได้ว่า การรับรู้ความเสี่ยงอาจเกิดขึ้นภายหลังจากการมีพฤติกรรมเสี่ยงแล้ว กล่าวคือ นักเรียนที่เคยมีเพศสัมพันธ์มาก่อนจะมีประสบการณ์ตรงหรือใกล้ชิดกับความเสี่ยง จึงประเมินตนเองว่ามีโอกาสติดเชื้อเอชไอวีสูงกว่าผู้ที่ไม่เคยมีประสบการณ์ดังกล่าว ผลการศึกษานี้สอดคล้องทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค (Protection Motivation Theory: PMT)¹⁸ ที่ระบุว่าผู้ที่มีประสบการณ์หรือมีความตระหนักในความเสี่ยงจะมีแรงจูงใจในการประเมินพฤติกรรมของตนเองอย่างจริงจังมากขึ้น ซึ่งแตกต่างจากผู้ที่ไม่เคยมีพฤติกรรมเสี่ยงซึ่งอาจประเมินตนเองต่ำกว่าความเป็นจริง ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมประมาทได้ นอกจากนี้ งานวิจัยของ นิภาธร มั่นฤทธิ์ (2567)¹⁷ พบว่า วัยรุ่นที่มีพฤติกรรมทางเพศมักมีระดับการรับรู้ความเสี่ยงในระดับปานกลางถึงสูง และยังพบว่า ระดับการรับรู้ความเสี่ยงที่สูงมีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการใช้ถุงยางอนามัยและการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญ

3.การใช้สารเสพติดในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมา และพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์

ผลการวิจัยพบว่า การใช้สารเสพติดในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ของนักเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.01$) โดยนักเรียนที่เคยใช้สารเสพติดมีแนวโน้มที่จะเคยมีเพศสัมพันธ์มากกว่านักเรียนที่ไม่เคยใช้ ซึ่งอาจสะท้อนถึงบทบาทของสารเสพติดที่มีผลต่อการตัดสินใจ การควบคุมตนเอง และพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการแสวงหาความสุขชั่วขณะ ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีทางจิตวิทยาที่ระบุว่า การใช้สารกระตุ้นประสาทอาจทำให้บุคคลมีแนวโน้มใช้เหตุผลลดลง เพิ่มพฤติกรรมเสี่ยง และขาดการควบคุมตนเองในสถานการณ์ทางเพศ^{19,20} ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ นิภาธร มั่นฤทธิ์ (2567)¹⁷ ที่พบว่า วัยรุ่นที่มีพฤติกรรมใช้สารเสพติดมีแนวโน้มมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรสูงกว่าวัยรุ่นทั่วไปอย่างมีนัยสำคัญ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Wechsberg et al. (2019)²¹ ซึ่งศึกษากลุ่มวัยรุ่นหญิงในแอฟริกาใต้ และพบว่าการใช้สารเสพติด เช่น กัญชา และแอลกอฮอล์ มีความสัมพันธ์กับการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย รวมทั้งเพิ่มความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี การไม่ใช้ถุงยางอนามัย การมีคู่นอนหลายคน และการมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ตั้งใจ ซึ่งเป็นปัจจัยร่วมที่นำไปสู่การติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์และการตั้งครรภ์ไม่พร้อม ผลการวิจัยยังพบอีกว่า เมื่อวิเคราะห์แยกประเภทสารเสพติดที่ใช้ในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมา นักเรียนที่ใช้กัญชามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.01$) ในขณะที่สารเสพติดชนิดอื่น เช่น เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ยาแก้ไอ ยานอนหลับ ยาแก้ปวด หรือยาแก้ปวดประสาท ไม่แสดงความสัมพันธ์ในระดับนัยสำคัญ การค้นพบนี้สะท้อนถึงบทบาทเฉพาะของ

“กัญชา” ในการกระตุ้นพฤติกรรมทางเพศในกลุ่มวัยรุ่น โดยอาจเกิดจากผลของสาร THC ที่มีผลต่อระบบประสาทส่วนกลาง²² ทำให้เกิดภาวะเคลิบเคลิ้ม ผ่อนคลาย และลดการยับยั้งตนเอง ซึ่งเป็นปัจจัยที่เอื้อต่อการตัดสินใจที่ไม่ปลอดภัยทางเพศ ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับงานของ Timothy J. Grigsby et al. (2023)²² ซึ่งพบว่า กลุ่มวัยรุ่นที่ใช้กัญชาเป็นประจำมีแนวโน้มมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ป้องกันและมีคู่นอนหลายคนมากกว่ากลุ่มที่ไม่ใช้ นอกจากนี้ Bednar et al. (2024)²³ ยังรายงานในงานวิจัยว่า วัยรุ่นที่ใช้กัญชามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศอย่างมีนัยสำคัญ เช่น การเริ่มมีเพศสัมพันธ์ตั้งแต่อายุยังน้อย การไม่ใช้ถุงยางอนามัย และการมีเพศสัมพันธ์ภายใต้ฤทธิ์ของสารเสพติด ทั้งนี้ การที่สารเสพติดชนิดอื่นไม่แสดงความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญในงานวิจัยนี้ อาจสะท้อนถึงลักษณะการใช้ที่ไม่ต่อเนื่อง หรือในปริมาณที่ไม่มากพอที่จะส่งผลต่อพฤติกรรมทางเพศโดยตรง ดังนั้น กัญชาจึงอาจเป็นตัวชี้วัดสำคัญของพฤติกรรมเสี่ยงในกลุ่มเยาวชน และควรได้รับความสำคัญในการเฝ้าระวังและป้องกัน

4.การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์

ผลการวิจัยพบว่า การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ของนักเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.01$) โดยนักเรียนที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีแนวโน้มว่าจะเคยมีเพศสัมพันธ์ในสัดส่วนที่สูงกว่านักเรียนที่ไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งสะท้อนถึงผลของแอลกอฮอล์ต่อพฤติกรรมการตัดสินใจที่ลดลง และการยับยั้งชั่งใจที่ถดถอยภายใต้อิทธิพลของแอลกอฮอล์ โดยเฉพาะในกลุ่มเยาวชนที่ระบบสมองยังไม่พัฒนาสมบูรณ์เต็มที่ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการวางแผน และควบคุมตนเอง

ผลการศึกษาที่สอดคล้องกับงานวิจัยของ Bhochhibhoya et al. (2024)²⁴ ที่พบว่า วัยรุ่นที่ดื่มแอลกอฮอล์มีแนวโน้มจะมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ได้ป้องกัน และมีความเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และการตั้งครรภ์ไม่พร้อม นอกจากนี้ Her Wonbin et al. (2024)²⁵ ยังพบว่าการดื่มแอลกอฮอล์มีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมทางเพศที่ไม่ปลอดภัยในกลุ่มวัยรุ่นหญิง โดยเฉพาะในสถานการณ์ที่มีความสัมพันธ์เชิงอำนาจไม่เท่ากัน เช่น เพศสัมพันธ์ที่ไม่เต็มใจหรือตกอยู่ภายใต้อิทธิพลของกลุ่มเพื่อน การเชื่อมโยงนี้สามารถอธิบายได้โดยใช้กรอบแนวคิดจากทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค (Protection Motivation Theory)¹⁸ ซึ่งระบุว่าเมื่อบุคคลมีระดับการประเมินภัยคุกคามต่ำ หรือขาดแรงจูงใจจากการประเมินผลลัพธ์ที่ไม่พึงประสงค์ ก็จะมีแนวโน้มแสดงพฤติกรรมเสี่ยงมากขึ้นโดยเฉพาะในสถานะที่ขาดการควบคุม เช่น หลังการดื่มแอลกอฮอล์

จากผลการศึกษาพบว่า เมื่อจำแนกประเภทเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่นักเรียนบริโภคในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมา พบว่า การบริโภคเหล้าหรือเหล้าปั่น เบียร์ และเหล้าขาว มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ของนักเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.01$) ขณะที่เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ชนิดอื่น เช่น ไวน์ ค็อกเทล หรือเครื่องดื่มผสมแอลกอฮอล์ในปริมาณต่ำ ไม่พบความสัมพันธ์ในระดับนัยสำคัญ สะท้อนให้เห็นว่าเครื่องดื่มที่มีความเข้มข้นของแอลกอฮอล์สูงหรือได้รับความนิยมในกลุ่มวัยรุ่นนั้นมีแนวโน้มส่งผลต่อพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศมากกว่าเครื่องดื่มประเภทอื่น ซึ่งอาจเกิดจากผลกระทบโดยตรงของแอลกอฮอล์ต่อระบบประสาท การตัดสินใจ และการยับยั้งชั่งใจ งานวิจัยของ [Karlene Cunningham et al. \(2017\)](#)²⁶ สนับสนุนผลดังกล่าว โดยระบุว่า ประเภทของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่มีระดับแอลกอฮอล์สูง เช่น เบียร์

และเหล้าขาว มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมทางเพศที่ไม่ปลอดภัยในกลุ่มวัยรุ่น โดยเฉพาะในกลุ่มที่ดื่มเพื่อความเมา หรือดื่มในปริมาณมากในระยะเวลานานสั้น นอกจากนี้ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ Llamosas-Falcón, Laura และคณะ (2023)²⁷ ซึ่งได้ทำการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับการบริโภคแอลกอฮอล์และความเสี่ยงต่อการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ โดยพบว่า การบริโภคแอลกอฮอล์ โดยเฉพาะในปริมาณมาก มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ นอกจากนี้ งานวิจัยของ Kudzai Hlahla และคณะ (2023)²⁸ ยังพบว่า การใช้สารเสพติด รวมถึงแอลกอฮอล์ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงในกลุ่มวัยรุ่น โดยเฉพาะการมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ใช้ถุงยางอนามัยและการมีคู่นอนหลายคน ผลการวิจัยเหล่านี้ชี้ให้เห็นว่า การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่มีความเข้มข้นสูงหรือได้รับความนิยมในกลุ่มวัยรุ่น เช่น เหล้าหรือเหล้าปั่น เบียร์ และเหล้าขาว อาจเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงในกลุ่มนักเรียน ดังนั้น การให้ความรู้และการป้องกันเกี่ยวกับการบริโภคแอลกอฮอล์ในกลุ่มวัยรุ่นจึงเป็นสิ่งสำคัญในการลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์และผลกระทบอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง

ข้อจำกัดการศึกษา

การศึกษานี้มีข้อจำกัดหลายประการ ได้แก่ การใช้ข้อมูลitudinal ที่ไม่สามารถควบคุมเครื่องมือและตรวจสอบข้อมูลภาคสนามได้ การออกแบบแบบภาคตัดขวางที่ไม่สามารถสรุปเหตุผลได้ การรายงานพฤติกรรมที่มีความอ่อนไหวอาจเกิดอคติจากการตอบคำถาม ขอบเขตประชากรจำกัดเฉพาะนักเรียน ปวช. ปีที่ 2 จังหวัดตรัง และไม่สามารถวิเคราะห์ข้อมูลเชิง



คุณภาพซึ่งจำเป็นต่อการเข้าใจบริบทพฤติกรรมเสี่ยงได้อย่างลึกซึ้ง

ข้อเสนอแนะ

1) ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยในอนาคต

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยในอนาคต ควรศึกษาปัจจัยด้านจิตสังคมเพิ่มเติม เช่น ทศนคติและแรงกดดันจากเพื่อน รวมถึงใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบผสมเพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึก ควรขยายกลุ่มตัวอย่างให้หลากหลายมากขึ้น และใช้การวิจัยระยะยาวเพื่อวิเคราะห์พฤติกรรมเปลี่ยนแปลงตามช่วงวัยและบริบทต่าง ๆ อย่างมีประสิทธิภาพ.

2) ข้อเสนอเชิงนโยบายจากผลการศึกษา

ควรส่งเสริมพฤติกรรมทางเพศที่ปลอดภัยในกลุ่มนักเรียนอาชีวะ โดยเฉพาะผู้ที่มีอายุ 17 ปีขึ้นไป พร้อมจัดกิจกรรมสร้างการรับรู้ความเสี่ยงส่วนบุคคลอย่างต่อเนื่อง ควรบูรณาการการป้องกันสารเสพติด ร่วมกับการป้องกันโรคทางเพศสัมพันธ์ และพัฒนาช่องทางการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพทางเพศออนไลน์ รวมถึงจัดทำระบบเฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยงรายบุคคลอย่างมีประสิทธิภาพ

บรรณานุกรม

1. World Health Organization (WHO). Adolescent pregnancy. Geneva: WHO. 2020. Accessed January 12, 2025. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>
2. UNICEF. Early Childbearing and Teenage Pregnancies.; 2021. Accessed January 12, 2025. <https://data.unicef.org/topic/maternal-health/adolescent-health/>
3. CIM Journal. จำนวนผู้ป่วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เพิ่มขึ้นทั่วโลกในรอบ 30 ปี. Published online 2020. Accessed January 12, 2025. <https://cimjournal.com/medical-news/sexually-transmitted-infections/>
4. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. หยุดปัญหาเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร. เข้าถึงเมื่อ 22 มิถุนายน 2567 จาก <https://shorturl.asia/tXSU6>.
5. สำนักงานนายการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. อัตราการคลอดมีชีพ ในหญิงอายุ 15-19 ปี พ.ศ. 2565. สืบค้นเมื่อ 22 มิถุนายน 2567 จาก <https://shorturl.asia/QI0pr>. Published online 2565.
6. สำนักงานนายการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. อัตราการคลอดมีชีพ ในหญิงอายุ 15-19 ปี พ.ศ. 2562 . สืบค้นเมื่อ 22 มิถุนายน 2567 จาก <https://shorturl.asia/h0KiO>. Published online 2562.
7. สำนักงานนายการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. อัตราการคลอดมีชีพ ในหญิงอายุ 15-19 ปี พ.ศ. 2563 . สืบค้นเมื่อ 22 มิถุนายน 2567 จาก <https://shorturl.asia/IUsJi>. Published online 2563.
8. สำนักงานนายการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. อัตราการคลอดมีชีพ ในหญิงอายุ 15-19 ปี พ.ศ. 2564. สืบค้นเมื่อ 22 มิถุนายน 2567 จาก <https://shorturl.asia/Xfhbr>. Published online 2564.
9. กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค. สรุปรายงานการเฝ้าระวังโรค ประจำปี 2562 . (ฐิติพงษ์ ยิ่งยง, ed.). <https://ddc.moph.go.th/doe/publishbooksub.php?5; 2562>.



10. กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค. สรุปรายงานการเฝ้าระวังโรคประจำปี 2563. (ฐิติพงษ์ ยิ่งยง, ed.).
<https://apps-ddc.moph.go.th/boeeng/annual.php>; 2563.
11. กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค. สรุปรายงานการเฝ้าระวังโรคประจำปี 2564. (ฐิติพงษ์ ยิ่งยง, ed.).
<https://apps-ddc.moph.go.th/boeeng/annual.php>; 2564.
12. กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค. ผลการเฝ้าระวังพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวีในเด็กนักเรียน. สืบค้นเมื่อ 23 มิถุนายน 2567 จาก aidsboe.moph.go.th/aids_system.
13. รัชชัย ล้วนแก้ว, ประไพ เจริญฤทธิ์, สุรพงษ์ ลิ้มอรุณ, ศาสลิพร จรัสโชค. พฤติกรรมการใช้สารเสพติดที่สัมพันธ์กับการมีเพศสัมพันธ์ในนักเรียน จังหวัดตรัง.; 2557.
14. กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค. สรุปรายงานการเฝ้าระวังโรคประจำปี 2565. Published online 2565:37-42.
15. Wayne W.D. Biostatistics: A Foundation of Analysis in the Health Sciences . 6th ed. John Wiley&Sons; 1995.
16. hellokhunmor. วัยรุ่นแบ่งออกเป็นกี่ช่วง การเติบโตและพัฒนาการของวัยรุ่นที่ควรรู้.
<https://shorturl.asia/wJEUQ>. October 31, 2567. Accessed November 8, 2024. <https://shorturl.asia/wJEUQ>
17. นิภาธร มั่นฤทธิ์. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรในนักเรียนหญิง ระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายของอำเภอหนึ่งในจังหวัด ภาคเหนือตอนล่าง. มหาวิทยาลัยนเรศวร; 2567.
18. Schunk DH, DiBenedetto MK. Motivation and social cognitive theory. Contemp Educ Psychol. 2020;60:101832. doi:<https://doi.org/10.1016/j.cedpsych.2019.101832>
19. Ozer EM. Albert Bandura (1925–2021). American Psychologist. 2022;77(3):483-484. doi:10.1037/amp0000981
20. Bandura A. Toward a psychology of human agency: Pathways and reflections. Perspectives on Psychological Science. 2018;13(2):130-136.
21. Gichane MW, Wechsberg WM, Ndirangu J, et al. Implementation science outcomes of a gender-focused HIV and alcohol risk-reduction intervention in usual-care settings in South Africa. Drug Alcohol Depend. 2020;215:108206. doi:<https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2020.108206>
22. Grigsby Timothy J, Lopez Andrea, Albers Larisa, Rogers Christopher J, Forster Myriam. A Scoping Review of Risk and Protective Factors for Negative Cannabis Use Consequences. Subst Abuse. 2023;17:11782218231166622. doi:10.1177/11782218231166622
23. Bednar H, McMillan S, Sidibe T, Bennett M. Addressing Adolescent Substance Abuse and Risky Sexual Health Behaviors via Youth-Led Initiatives: A Review of the Teens Linked to Care Pilot Program. Int J Environ Res Public Health. 2024;21(3). doi:10.3390/ijerph21030252
24. Bhochhibhoya S, Edison B, Baumler ER, et al. Abstinence beliefs in early adolescence and sexual risk behavior two years later. J Adolesc. Published online October 1, 2024. doi:10.1002/jad.12365



25. Her Wonbin, Oh Young Sam. The Relationships Between Alcohol Drinking and Risky Sexual Behavior Among Korean Adolescents: Focusing on Heterosexual Adolescents. J Drug Issues. Published online September 5, 2024:00220426241277779. doi:10.1177/00220426241277779
26. Cunningham K, David A. M, Lori A. J. SS, Kate B. C, and Carey MP. Alcohol Use and Sexual Risk Behaviors Among Adolescents With Psychiatric Disorders: A Systematic Review and Meta-Analysis. J Child Adolesc Subst Abuse. 2017;26(5):353-366. doi:10.1080/1067828X.2017.1305934
27. Llamosas-Falcón L, Hasan OSM, Shuper PA, Rehm J. A systematic review on the impact of alcohol use on sexually transmitted infections. Int J Alcohol Drug Res. 2023;11(1):3-12. doi:10.7895/ijadr.381
28. Hlahla K, Azizi SC, Simms V, et al. Prevalence of substance and hazardous alcohol use and their association with risky sexual behaviour among youth: findings from a population-based survey in Zimbabwe. BMJ Open. 2024;14(6):e080993. doi:10.1136/bmjopen-2023-080993

ปัจจัยที่มีผลต่อบทบาทในการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกของ
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอท่าแซะ จังหวัดชุมพร

Factors Affecting the Role in Dengue Hemorrhagic Fever Control and
Prevention of Village Health Volunteers in Tha Sae District,
Chumphon Province

ชัยยุทธ ไชโย

Chaiyut Chaiyo

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอท่าแซะ จังหวัดชุมพร

(Received: April 10, 2025; Accepted: April 25, 2025)

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาระดับความรู้ การรับรู้ และบทบาทในการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออก 2) ศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลที่มีผลต่อบทบาทในการควบคุมและป้องกันโรค 3) ศึกษาปัจจัยด้านความรู้ การรับรู้ และแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีผลต่อบทบาท และ 4) พัฒนาแนวทางการส่งเสริมบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อำเภอท่าแซะ จังหวัดชุมพร รูปแบบการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวางที่ผสมผสานวิธีการเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ กลุ่มตัวอย่าง คือ อสม. จำนวน 377 คน ซึ่งได้จากการสุ่มแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบทดสอบความรู้ แบบสอบถามการรับรู้ แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม แบบสอบถามบทบาทในการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออก และแบบสัมภาษณ์เชิงลึก วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติเชิงอนุมาน และการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า อสม. มีความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับปานกลาง มีการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง และการรับรู้ประโยชน์อยู่ในระดับสูง แต่มีการรับรู้อุปสรรคอยู่ในระดับปานกลาง สำหรับบทบาทในการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกโดยรวมอยู่ในระดับสูง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับบทบาทในการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การเป็นสมาชิกทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (SRRT) ประสบการณ์การอบรม ระยะเวลาการปฏิบัติงาน ความรู้ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ และแรงสนับสนุนทางสังคม นอกจากนี้ ยังพบว่าปัจจัยที่สามารถร่วมกันทำนายบทบาทได้ร้อยละ 56.8 ได้แก่ การสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข การรับรู้ประโยชน์ การสนับสนุนจากผู้นำชุมชน การเป็นสมาชิก SRRT ความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก การรับรู้โอกาสเสี่ยง และประสบการณ์การอบรม

คำสำคัญ: อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน, โรคไข้เลือดออก, การควบคุมและป้องกันโรค



Abstract

This research aimed to: 1) study the levels of knowledge, perception, and roles in dengue hemorrhagic fever control and prevention; 2) examine personal factors affecting these roles; 3) investigate how knowledge, perception, and social support factors influenced these roles; and 4) develop guidelines to enhance the roles of Village Health Volunteers (VHVs) in Tha Sae District, Chumphon Province. The study employed a cross-sectional descriptive research design that combined quantitative and qualitative methods. The sample consisted of 377 VHVs selected through multi-stage random sampling. Data collection instruments included personal information questionnaires, knowledge tests, perception questionnaires, social support questionnaires, role performance questionnaires regarding dengue hemorrhagic fever control and prevention, and in-depth interview guides. Data were analyzed using descriptive statistics, inferential statistics, and content analysis.

The results showed that VHVs had a moderate knowledge level about dengue hemorrhagic fever. Their perception of risk susceptibility, severity, and benefits was at high levels, while their perception of barriers was at a moderate level. Overall, their roles in dengue hemorrhagic fever control and prevention were high. Factors significantly associated with their roles included: membership in the Surveillance and Rapid Response Team (SRRT), training experience, duration of service, knowledge, perception of risk susceptibility, perception of severity, perception of benefits, and social support. Furthermore, the study found that factors jointly predicting 56.8% of role performance were: support from health personnel, perception of benefits, support from community leaders, SRRT membership, knowledge about dengue hemorrhagic fever, perception of risk susceptibility, and training experience.

Keywords: Village Health Volunteers, Dengue Hemorrhagic Fever, Disease Control and Prevention

บทนำ

โรคไข้เลือดออกเป็นโรคติดต่อมาโดยยุงที่ยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญของประเทศไทยและหลายประเทศในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ แม้จะมีมาตรการควบคุมและป้องกันโรคมาอย่างต่อเนื่อง แต่สถานการณ์การระบาดยังคงเป็นปัญหาที่ท้าทาย จากข้อมูลระดับประเทศในปี พ.ศ. 2566 พบผู้ป่วยทั่วประเทศมากกว่า 153,000 ราย และมีผู้เสียชีวิตกว่า 100 ราย ซึ่งสูงกว่าค่าเฉลี่ยในรอบ 5 ปีที่ผ่านมา (กรมควบคุมโรค, 2567; โรงพยาบาลเวชศาสตร์เขตร้อน, 2567) ปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่ออัตราป่วยและอัตราการตายของโรคไข้เลือดออก ได้แก่ ภาวะเสี่ยงและโรคประจำตัว เช่น โรคอ้วน โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง รวมถึงกลุ่มผู้สูงอายุและผู้มีภาวะถอนพิษสุราหรือพิษสุราเรื้อรัง (นพคุณ แทนผักแว่น, 2562) นอกจากนี้ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมและการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศยังส่งผลให้การระบาดของโรคมีความซับซ้อนมากขึ้น

จังหวัดชุมพร ในภาคใต้ของประเทศไทย เป็นหนึ่งในพื้นที่ที่มีการระบาดของโรคไข้เลือดออกอย่างต่อเนื่อง จากข้อมูลของงานระบาดวิทยา สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชุมพร ในช่วงเดือนมกราคมถึงกันยายน พ.ศ. 2566 พบผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกสะสม 1,360 ราย และมีผู้เสียชีวิต 3 ราย ส่งผลให้จังหวัดชุมพรอยู่ในอันดับที่ 15 ของประเทศ เมื่อเปรียบเทียบกับช่วงเวลาเดียวกันของปี พ.ศ. 2565 พบว่าจำนวนผู้ป่วยในปี พ.ศ. 2566 เพิ่มขึ้นกว่า 4 เท่า สะท้อนให้เห็นถึงแนวโน้มการระบาดที่รุนแรงขึ้น กลุ่มอายุที่มีอัตราป่วยสูงสุดยังคงเป็นกลุ่มเด็กวัยเรียนระดับประถมศึกษา โดยสามอันดับแรก คือ กลุ่มอายุ 10-14 ปี รองลงมาคือกลุ่มอายุ 5-9 ปี และ 15-24 ปี ตามลำดับ ขณะที่ผู้ที่เสียชีวิตส่วนใหญ่เป็นผู้ใหญ่ ซึ่งเมื่อติดเชื้อมีอาการรุนแรงกว่าเด็ก (ผู้จัดการออนไลน์, 2566)

จากการสอบสวนโรคในพื้นที่จังหวัดชุมพร พบปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่ทำให้เกิดการระบาดของโรคไข้เลือดออก 3 อันดับแรก ได้แก่ 1) ชะตาที่เป็นแหล่งเพาะพันธุ์ยุงที่ดี 2) ต้นสับปะรดสีที่นิยมปลูกซึ่งเป็นแหล่งอาศัยของยุงลายทุกตัว และ 3) ชุมชนแออัดหรือสลัม ข้อมูลดังกล่าวชี้ให้เห็นว่า การระบาดของโรคไข้เลือดออกในพื้นที่จังหวัดชุมพรมีความเกี่ยวข้องกับปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมและวิถีชีวิตของชุมชน (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชุมพร, 2566)

อำเภอท่าชะเป็นหนึ่งในพื้นที่ของจังหวัดชุมพรที่มีอัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกสูงเป็นอันดับ 2 ของจังหวัด รองจากอำเภอเมืองชุมพร (สำนักงานสาธารณสุขอำเภอท่าชะ, 2566) การระบาดของโรคในพื้นที่ที่มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในช่วงฤดูฝนซึ่งเป็นช่วงที่มีการระบาดสูง (ไกรศิลป์ ศิริวิบุรณ์ และศิริรัตน์ กัญญา, 2564) ลักษณะภูมิประเทศของอำเภอท่าชะซึ่งมีทั้งพื้นที่เกษตรกรรม พื้นที่ชุมชนเมือง และพื้นที่กึ่งเมืองกึ่งชนบท ทำให้มีความหลากหลายของปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออกด้วยเหตุนี้ การดำเนินมาตรการควบคุมและป้องกันโรคจึงจำเป็นต้องคำนึงถึงความหลากหลายของบริบทพื้นที่และความร่วมมือจากทุกภาคส่วน

การควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกที่มีประสิทธิภาพจำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือจากหลายภาคส่วน โดยเฉพาะอย่างยิ่งอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ซึ่งเป็นแกนนำหลักในการดำเนินงานระดับชุมชน (ธงชัย วิเศษบุปผา และคณะ, 2566) อสม. มีบทบาทสำคัญในการเฝ้าระวัง ควบคุม และป้องกันโรคไข้เลือดออกในหลายด้าน ทั้งการสำรวจและทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย การให้ความรู้และคำแนะนำแก่ประชาชน การติดตามผู้ป่วยและผู้สัมผัสโรค รวมถึงการประสานงานกับหน่วยงานที่

เกี่ยวข้องกับ (ผ่องศรี พูลทรัพย์ และคณะ, 2562) การที่เป็นบุคคลในชุมชนทำให้มีความใกล้ชิดกับประชาชนและเข้าใจบริบทของพื้นที่เป็นอย่างดี จึงมีศักยภาพในการขับเคลื่อนการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในระดับชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอท่าชะได้ให้ความสำคัญกับบทบาทของ อสม. ในการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออก โดยในปี พ.ศ. 2566 ได้จัดกิจกรรมจิตอาสาสมัครป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก และมอบหมายให้ อสม. ในพื้นที่เพิ่มความเข้มข้นในการสำรวจและทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลาย รวมถึงจัดกิจกรรมรณรงค์กำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายอย่างต่อเนื่องทุกสัปดาห์ (สำนักงานสาธารณสุขอำเภอท่าชะ, 2566) อย่างไรก็ตาม ยังพบว่าการดำเนินงานของ อสม. ในการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกยังประสบกับความท้าทายหลายประการ ทั้งในด้านความรู้ ทักษะ ทรัพยากร และแรงสนับสนุนทางสังคม ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพในการปฏิบัติ

บทบาทของ อสม. ในการควบคุมและป้องกันโรค (อนุกุล พลวัชรินทร์, 2566) แม้จะมีการศึกษาเกี่ยวกับบทบาทของ อสม. ในการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกในหลายพื้นที่ (ธงชัย วิเศษบุปผา และคณะ, 2566; อนุรักษ์ เบ็ญสูง, 2562; ผ่องศรี พูลทรัพย์ และคณะ, 2562; ไกรศิลป์ ศิริวิบุรณ์ และศิริรัตน์ กัญจา, 2564; นพคุณ แทนผักแว่น, 2562; สุทธิ พลรักษา, 2564) แต่ยังคงขาดข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อบทบาทของ อสม. ในการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกในพื้นที่อำเภอท่าชะ จังหวัดชุมพร ซึ่งมีบริบทเฉพาะทั้งด้านภูมิศาสตร์ วัฒนธรรม และระบบวิทยาของโรค

การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อบทบาทของ อสม. ในการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกในพื้นที่อำเภอ

ท่าชะ จังหวัดชุมพร จึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง เนื่องจากจะช่วยให้เข้าใจปัจจัยที่เกี่ยวข้องและนำไปสู่การพัฒนาแนวทางการส่งเสริมบทบาทของ อสม. ในการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ อันจะส่งผลต่อการลดอัตราป่วยและอัตราตายจากโรคไข้เลือดออกในระยะยาว

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความรู้ การรับรู้ และบทบาทในการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอท่าชะ จังหวัดชุมพร
2. เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลที่มีผลต่อบทบาทในการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอท่าชะ จังหวัดชุมพร
3. เพื่อศึกษาปัจจัยด้านความรู้ การรับรู้ และแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีผลต่อบทบาทในการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอท่าชะ จังหวัดชุมพร
4. เพื่อพัฒนาแนวทางการส่งเสริมบทบาทในการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอท่าชะ จังหวัดชุมพร

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Descriptive Research) ที่ผสมผสานวิธีการวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ทั้งหมดในอำเภอท่าแซะ จังหวัดชุมพร จำนวน 2,409 คน

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอท่าแซะ จังหวัดชุมพร จำนวน 343 คน โดยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของ Taro Yamane (1967) ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ความคลาดเคลื่อน $\pm 5\%$

$$n = N / (1 + Ne^2)$$

$n = 2,409 / (1 + 2,409(0.05)^2) = 343$ คน
และเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 เพื่อป้องกันความไม่สมบูรณ์ของข้อมูล รวมเป็น 377 คน

การสุ่มตัวอย่างใช้วิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage Random Sampling)

ขั้นที่ 1 สุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ (Stratified Random Sampling) โดยแบ่งตามสัดส่วนของ อสม. ในแต่ละตำบล

ขั้นที่ 2 สุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (Simple Random Sampling) อสม. ในแต่ละหมู่บ้านตามจำนวนที่คำนวณได้ โดยการจับสลากรายชื่อ อสม.

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria)

1. เป็น อสม. ที่ขึ้นทะเบียนและปฏิบัติงานในพื้นที่อำเภอท่าแซะอย่างต่อเนื่องไม่น้อยกว่า 6 เดือน

2. ยินดีเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria)

1. อสม. ที่ลาออกระหว่างการดำเนินการวิจัย

2. อสม. ที่ไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดระยะเวลาของการศึกษา

3. อสม. ที่ไม่สามารถให้ข้อมูลได้ครบถ้วนเนื่องจากปัญหาสุขภาพหรือเหตุผลส่วนตัว

เครื่องมือในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเชิงปริมาณ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล มีลักษณะคำถามเป็นแบบตรวจสอบรายการ (Checklist) และเติมคำ ข้อมูลที่สอบถามประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพหลัก รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานเป็น อสม. การเป็นสมาชิกทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (SRRT) และประสบการณ์การอบรมเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก จำนวนข้อคำถามทั้งหมด 8 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก มีลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบถูกผิด (True-False) ทั้งหมด 20 ข้อ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน คือ ตอบถูกได้ 1 คะแนน และตอบผิดได้ 0 คะแนน การแปลผล แบ่งระดับความรู้ออกเป็น 3 ระดับตามเกณฑ์ของ Bloom et al. (1971) ดังนี้ ความรู้ระดับสูง (16-20 คะแนน) ความรู้ระดับปานกลาง (12-15 คะแนน) ความรู้ระดับต่ำ (0-11 คะแนน) ค่าความเชื่อมั่น KR-20 เท่ากับ 0.71

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก มีลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับตามแบบลิเคิร์ต (Likert Scale) ทั้งหมด 40 ข้อ แบ่งเป็นการรับรู้โอกาสเสี่ยง 10 ข้อ การรับรู้ความรุนแรง 10 ข้อ การรับรู้ประโยชน์ 10 ข้อ และการรับรู้อุปสรรค 10 ข้อ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนสำหรับข้อความเชิงบวกคือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง = 5, เห็นด้วย = 4, ไม่แน่ใจ = 3, ไม่เห็นด้วย = 2, ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง = 1 ส่วนข้อความเชิงลบให้คะแนนกลับกัน การแปลผลแบ่งระดับการรับรู้ออกเป็น 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์ของ Best (1977) ดังนี้ ระดับสูง (3.67-5.00) ระดับปานกลาง (2.34-3.66) ระดับต่ำ (1.00-2.33) ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอ

นบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) การรับรู้
โอกาสเสี่ยง = 0.82 การรับรู้ความรุนแรง = 0.85 การ
รับรู้ประโยชน์ = 0.88 การรับรู้อุปสรรค = 0.83

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามแรงสนับสนุนทาง
สังคม ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า
(Rating Scale) 5 ระดับตามแบบลิเคิร์ท (Likert Scale)
ทั้งหมด 20 ข้อ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนคือ มากที่สุด
= 5, มาก = 4, ปานกลาง = 3, น้อย = 2, น้อยที่สุด =
1 การแปลผล: แบ่งระดับแรงสนับสนุนทางสังคม
ออกเป็น 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์ของ Best (1977) ดังนี้
ระดับสูง (3.67-5.00) ระดับปานกลาง (2.34-3.66)
ระดับต่ำ (1.00-2.33) ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอ
นบาค = 0.85

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามบทบาทในการ
ควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออก ลักษณะคำถามเป็น
แบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ
ตามแบบลิเคิร์ท (Likert Scale) ทั้งหมด 30 ข้อ โดยมี
เกณฑ์การให้คะแนนคือ ปฏิบัติทุกครั้ง = 5, ปฏิบัติ
บ่อยครั้ง = 4, ปฏิบัติบางครั้ง = 3, ปฏิบัติน้อยครั้ง = 2,
ไม่เคยปฏิบัติ = 1 การแปลผล แบ่งระดับการปฏิบัติ
บทบาทออกเป็น 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์ของ Best (1977)
ดังนี้ ระดับสูง (3.67-5.00) ระดับปานกลาง (2.34-3.66)
ระดับต่ำ (1.00-2.33) ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอ
นบาค = 0.92

2. เครื่องมือวิจัยเชิงคุณภาพ

แบบสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth
Interview Guide) ประสพการณ์การทำงานด้านการ
ควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออก ปัญหาและอุปสรรค
ในการปฏิบัติงาน ปัจจัยที่ส่งเสริมหรือเป็นอุปสรรคต่อ
การปฏิบัติบทบาทของ อสม. และแนวทางการส่งเสริม

บทบาทของ อสม. ในการควบคุมและป้องกันโรค
ไข้เลือดออก

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ

1) แจกแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่าง อสม.
ที่ผ่านการคัดเลือกตามเกณฑ์

2) อธิบายวิธีการตอบแบบสอบถามและให้
เวลาในการตอบแบบสอบถาม

3) เก็บรวบรวมแบบสอบถามและ
ตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล

4) หากพบว่าข้อมูลไม่สมบูรณ์ จะขอให้
ผู้ตอบแบบสอบถามเพิ่มเติมข้อมูลให้ครบถ้วน

2. การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ

1) นัดหมายผู้ให้ข้อมูลหลักตามวัน เวลา
และสถานที่ที่สะดวก

2) ดำเนินการสัมภาษณ์เชิงลึกและจัด
สนทนากลุ่ม โดยใช้แนวคำถามที่เตรียมไว้

3) บันทึกเสียงการสัมภาษณ์และการ
สนทนากลุ่ม โดยขออนุญาตจากผู้ให้ข้อมูลก่อนทุกครั้ง

4) จัดบันทึกประเด็นสำคัญและสังเกต
ปฏิกิริยาของผู้ให้ข้อมูลระหว่างการสัมภาษณ์

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ แบ่งเป็น 2
ส่วน คือ การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณและการ
วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ดังนี้

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ

1.1 วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปและระดับของตัว
แปรโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ
ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

1.2 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัย
ส่วนบุคคลกับบทบาทในการควบคุมและป้องกันโรค

ใช้เลือดออกโดยใช้สถิติ Chi-square test, t-test, และ
One-way ANOVA

1.3 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้
การรับรู้ และแรงสนับสนุนทางสังคมกับบทบาทในการ
ควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกโดยใช้สถิติ
Pearson's Correlation Coefficient

1.4 วิเคราะห์ปัจจัยทำนายบทบาทในการ
ควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกโดยใช้สถิติการ
วิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise
Multiple Regression Analysis) กำหนดระดับ
นัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

2 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ

นำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึกและการ
สนทนากลุ่มมาถอดเทปแบบคำต่อคำ (Verbatim
Transcription) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้วิธีการวิเคราะห์
เนื้อหา (Content Analysis) โดยการอ่านข้อมูลทั้งหมด
อย่างละเอียด จัดหมวดหมู่ข้อมูล (Categorizing) ตาม
ประเด็นที่ศึกษา และสรุปผลการวิเคราะห์

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยเรื่องนี้ ได้รับการอนุมัติรับรอง
จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากวิทยาลัยการสาธารณสุข
สิรินธร จังหวัดยะลา รับรองเลขที่ SCPHYLIRB-
2567/095

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)
ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 72.3)
มีอายุเฉลี่ย 48.6 ปี โดยส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 41-50
ปี (ร้อยละ 38.5) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ
42.7) ประกอบอาชีพเกษตรกรรมเป็นหลัก (ร้อยละ
46.9) มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 7,850 บาท ส่วนใหญ่อยู่
ในช่วงรายได้ 5,001-10,000 บาท (ร้อยละ 41.4) มี
ระยะเวลาในการปฏิบัติงานเป็น อสม. เฉลี่ย 12.3 ปี มี
สมาชิกที่เป็นทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (SRRT)
ร้อยละ 38.2 และส่วนใหญ่เคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับ
โรคไข้เลือดออก (ร้อยละ 84.6)

ระดับความรู้ การรับรู้ แรงสนับสนุนทางสังคม
และบทบาทในการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออก

ความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก อสม. มีความรู้
เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง
(คะแนนเฉลี่ย 15.3 คะแนน จากคะแนนเต็ม 20
คะแนน) โดยส่วนใหญ่มีความรู้ระดับปานกลาง (ร้อยละ
52.3) รองลงมาคือระดับสูง (ร้อยละ 35.8) และระดับต่ำ
(ร้อยละ 11.9) (ดังตารางที่ 1) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า
ข้อที่ตอบถูกมากที่สุดคือ "โรคไข้เลือดออกเกิดจากเชื้อ
ไวรัสเด็งกี" (ร้อยละ 96.8) และข้อที่ตอบผิดมากที่สุดคือ
"ยุ่งลายมักกัดคนในเวลากลางคืน" (ร้อยละ 42.7) ซึ่งที่
ถูกต้องคือยุ่งลายกัดในเวลากลางวัน

ตารางที่ 1 ระดับความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกของกลุ่มตัวอย่าง (n = 377)

ระดับความรู้	คะแนน	จำนวน	ร้อยละ
ระดับสูง	16-20	135	35.8
ระดับปานกลาง	12-15	197	52.3
ระดับต่ำ	0-11	45	11.9

Mean = 15.3, SD = 2.8, Min = 8, Max = 20

การรับรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก อสม. มี
การรับรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกโดยรวมอยู่ในระดับสูง
(ค่าเฉลี่ย 3.89) โดยมีการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกัน
และควบคุมโรคไข้เลือดออกสูงที่สุด (ค่าเฉลี่ย 4.25)
รองลงมาคือการรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออก

(ค่าเฉลี่ย 4.12) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค
ไข้เลือดออก (ค่าเฉลี่ย 3.86) และการรับรู้อุปสรรคใน
การป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก (ค่าเฉลี่ย 3.32)
ตามลำดับ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ระดับการรับรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกของกลุ่มตัวอย่าง (n = 377)

การรับรู้	Mean	SD	ระดับ
การรับรู้โอกาสเสี่ยง	3.86	0.58	สูง
การรับรู้ความรุนแรง	4.12	0.62	สูง
การรับรู้ประโยชน์	4.25	0.52	สูง
การรับรู้อุปสรรค	3.32	0.78	ปานกลาง
การรับรู้โดยรวม	3.89	0.48	สูง

แรงสนับสนุนทางสังคม อสม. ได้รับแรง
สนับสนุนทางสังคมโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง
(ค่าเฉลี่ย 3.37) โดยได้รับการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่
สาธารณสุขในระดับสูง (ค่าเฉลี่ย 3.74) ส่วนการ
สนับสนุนจากผู้นำชุมชน (ค่าเฉลี่ย 3.45) การสนับสนุน
จากประชาชนในชุมชน (ค่าเฉลี่ย 3.22) และการ
สนับสนุนด้านทรัพยากรและวัสดุอุปกรณ์ (ค่าเฉลี่ย
3.08) อยู่ในระดับปานกลาง (ตารางที่ 3)

**บทบาทในการควบคุมและป้องกันโรค
ไข้เลือดออก** อสม. มีการปฏิบัติบทบาทในการควบคุม
และป้องกันโรคไข้เลือดออกโดยรวมอยู่ในระดับสูง
(ค่าเฉลี่ย 3.74) โดยมีการปฏิบัติบทบาทด้านการควบคุม
การระบาดสูงที่สุด (ค่าเฉลี่ย 3.95) รองลงมาคือบทบาท
ด้านการเฝ้าระวังโรค (ค่าเฉลี่ย 3.82) บทบาทด้านการ
ให้ความรู้แก่ประชาชน (ค่าเฉลี่ย 3.76) และบทบาทด้าน
การมีส่วนร่วมในชุมชน (ค่าเฉลี่ย 3.41) ตามลำดับ
(ตารางที่ 4)

ตารางที่ 3 ระดับแรงสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มตัวอย่าง (n = 377)

แรงสนับสนุนทางสังคม	Mean	SD	ระดับ
การสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข	3.74	0.71	สูง
การสนับสนุนจากผู้นำชุมชน	3.45	0.83	ปานกลาง
การสนับสนุนจากประชาชนในชุมชน	3.22	0.76	ปานกลาง
การสนับสนุนด้านทรัพยากรและวัสดุอุปกรณ์	3.08	0.92	ปานกลาง
แรงสนับสนุนทางสังคมโดยรวม	3.37	0.68	ปานกลาง

ตารางที่ 4 ระดับบทบาทในการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกของกลุ่มตัวอย่าง (n = 377)

บทบาท	Mean	SD	ระดับ
บทบาทด้านการเฝ้าระวังโรค	3.82	0.67	สูง
บทบาทด้านการควบคุมการระบาด	3.95	0.73	สูง
บทบาทด้านการให้ความรู้แก่ประชาชน	3.76	0.75	สูง
บทบาทด้านการมีส่วนร่วมในชุมชน	3.41	0.82	ปานกลาง
บทบาทโดยรวม	3.74	0.65	สูง

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับ บทบาทในการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออก

ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับบทบาทในการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การเป็นสมาชิกทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (SRRT) ($t = 3.95, p < 0.001$) ประสบการณ์การอบรมเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก ($t = 4.12, p < 0.001$) และระยะเวลาที่ปฏิบัติงานเป็น อสม. ($r = 0.32, p < 0.001$) (ตารางที่ 5) ส่วนปัจจัยส่วนบุคคลที่ไม่มีความสัมพันธ์กับบทบาทในการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออก ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้เฉลี่ยต่อเดือน (ตารางที่ 6)

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ การรับรู้ และ แรงสนับสนุนทางสังคมกับบทบาทในการควบคุมและ ป้องกันโรคไข้เลือดออก

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับบทบาทในการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก ($r = 0.38, p < 0.001$) การรับรู้โอกาสเสี่ยง ($r = 0.42, p < 0.001$) การรับรู้ความรุนแรง ($r = 0.36, p < 0.001$) การรับรู้ประโยชน์ ($r = 0.48, p < 0.001$) การสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ($r = 0.52, p < 0.001$) การสนับสนุนจากผู้นำชุมชน ($r = 0.45, p < 0.001$) และการสนับสนุนด้านทรัพยากรและวัสดุอุปกรณ์ ($r = 0.37, p < 0.001$) ส่วนการรับรู้อุปสรรคและการสนับสนุนจากประชาชนในชุมชนไม่มีความสัมพันธ์กับบทบาทในการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออก (ตารางที่ 7)

ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยบทบาทในการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกตามเพศ การเป็นสมาชิก SRRT และประสบการณ์การอบรม โดยใช้สถิติ t-test (n = 377)

ตัวแปร	กลุ่ม	n	Mean	SD	t	p-value
เพศ	ชาย	104	3.67	0.68	1.28	0.201
	หญิง	273	3.77	0.63		
การเป็นสมาชิก SRRT	เป็น	144	3.93	0.59	3.95**	<0.001
	ไม่เป็น	233	3.62	0.65		
ประสบการณ์การอบรมเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก	เคย	319	3.81	0.62	4.12**	<0.001
	ไม่เคย	58	3.40	0.70		

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 6 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างอายุ รายได้ และระยะเวลาปฏิบัติงานกับบทบาทในการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออก โดยใช้สถิติ Pearson's correlation (n = 377)

ตัวแปร	r	p-value	ระดับความสัมพันธ์
อายุ	0.09	0.083	ไม่มีความสัมพันธ์
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน	0.05	0.345	ไม่มีความสัมพันธ์
ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานเป็น อสม.	0.32**	<0.001	มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลาง

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 7 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ การรับรู้ และแรงสนับสนุนทางสังคมกับบทบาทในการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออก (n = 377)

ตัวแปร	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	p-value
ความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก	0.38**	<0.001
การรับรู้		
การรับรู้โอกาสเสี่ยง	0.42**	<0.001
การรับรู้ความรุนแรง	0.36**	<0.001
การรับรู้ประโยชน์	0.48**	<0.001
การรับรู้อุปสรรค	-0.08	0.122
แรงสนับสนุนทางสังคม		
การสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข	0.52**	<0.001
การสนับสนุนจากผู้นำชุมชน	0.45**	<0.001
การสนับสนุนจากประชาชนในชุมชน	0.09	0.078
การสนับสนุนด้านทรัพยากรและวัสดุอุปกรณ์	0.37**	<0.001

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ปัจจัยทำนายบทบาทในการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออก

ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณพบว่า ปัจจัยที่สามารถร่วมกันทำนายบทบาทในการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกได้ร้อยละ 56.8 ($R^2 = 0.568$, $F = 38.96$, $p < 0.001$) เรียงลำดับความสามารถในการทำนายจากมากไปน้อย ได้แก่ การสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ($\beta = 0.312$,

$p < 0.001$) การรับรู้ประโยชน์ ($\beta = 0.247$, $p < 0.001$) การสนับสนุนจากผู้นำชุมชน ($\beta = 0.185$, $p < 0.001$) การเป็นสมาชิก SRRT ($\beta = 0.156$, $p = 0.003$) ความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก ($\beta = 0.142$, $p = 0.007$) การรับรู้โอกาสเสี่ยง ($\beta = 0.115$, $p = 0.018$) และประสบการณ์การอบรมเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก ($\beta = 0.102$, $p = 0.034$) (ตารางที่ 8)

ตารางที่ 8 ปัจจัยทำนายบทบาทในการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออก ($n = 377$)

ลำดับ	ตัวแปรทำนาย	b	SE	β	t	p-value
1	การสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข	0.286	0.049	0.312	5.837	<0.001
2	การรับรู้ประโยชน์	0.310	0.064	0.247	4.844	<0.001
3	การสนับสนุนจากผู้นำชุมชน	0.145	0.041	0.185	3.540	<0.001
4	การเป็นสมาชิก SRRT	0.202	0.067	0.156	3.015	0.003
5	ความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก	0.033	0.012	0.142	2.753	0.007
6	การรับรู้โอกาสเสี่ยง	0.129	0.054	0.115	2.389	0.018
7	ประสบการณ์การอบรมเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก	0.177	0.083	0.102	2.133	0.034
ค่าคงที่		0.342	0.217		1.577	0.116

$R = 0.754$, $R^2 = 0.568$, Adjusted $R^2 = 0.559$, $F = 38.96$, $p < 0.001$

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ

จากการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ พบประเด็นสำคัญดังนี้

1. ปัจจัยที่ส่งเสริมบทบาทของ อสม. ในการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออก ได้แก่ การได้รับการอบรมและพัฒนาศักยภาพอย่างต่อเนื่อง การมีเครือข่ายการทำงานที่เข้มแข็ง การสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและผู้นำชุมชน การสนับสนุนงบประมาณและทรัพยากรที่เพียงพอ และการยอมรับและความร่วมมือจากประชาชน

2. ปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติงานของ อสม. ได้แก่ ภาระงานที่มาก ทำให้ไม่มีเวลาเพียงพอในการปฏิบัติงาน การขาดแคลนทรัพยากรและวัสดุอุปกรณ์ ประชาชนบางส่วนไม่ให้ความร่วมมือ การขาดการบูรณาการร่วมกันระหว่างหน่วยงาน และคำตอบแทนที่ไม่เหมาะสมกับภาระงาน

3. แนวทางการส่งเสริมบทบาทของ อสม. ในการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออก ได้แก่ การพัฒนาศักยภาพด้านความรู้และทักษะ การสร้างเครือข่ายการทำงาน การสนับสนุนทรัพยากรและวัสดุอุปกรณ์อย่างเพียงพอ การสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน

การมีนโยบายและแผนการดำเนินงานที่ชัดเจนและต่อเนื่อง และการเพิ่มแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน

อภิปรายผล

ระดับความรู้ การรับรู้ และบทบาทในการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออก

ผลการศึกษาพบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับสูง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของผ่องศรี พูลทรัพย์ และคณะ (2562) ที่พบว่า อสม. มีความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกในระดับสูงเช่นกัน ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจาก อสม. ได้รับการอบรมและพัฒนาศักยภาพอย่างต่อเนื่องจากหน่วยงานสาธารณสุข รวมถึงมีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชน

ในส่วนของการรับรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกพบว่า อสม. มีการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง และการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับสูง แต่มีการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับปานกลาง ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยของธงชัย วิเศษบุปผา และคณะ (2566) ที่พบว่า อสม. มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรคในระดับสูง ขณะที่มีการรับรู้อุปสรรคในระดับปานกลาง การรับรู้ที่ถูกต้องเหล่านี้เป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการปฏิบัติบทบาทในการควบคุมและป้องกันโรค ตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model)

สำหรับบทบาทในการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออก ผลการศึกษาพบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ส่วนใหญ่มีการปฏิบัติบทบาทอยู่

ในระดับปานกลาง โดยพบว่าบทบาทด้านการเฝ้าระวังโรคและการมีส่วนร่วมในชุมชนอยู่ในระดับสูง ขณะที่บทบาทด้านการควบคุมการระบาดและการให้ความรู้แก่ประชาชนอยู่ในระดับปานกลาง ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยของอนุรักษ์ เบ็ญสูง (2562) ที่พบว่า อสม. มีบทบาทในการเฝ้าระวังโรคไข้เลือดออกในระดับสูง ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะ อสม. เป็นกลุ่มบุคคลที่ทำงานใกล้ชิดกับชุมชน จึงสามารถค้นหาและรายงานผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว อีกทั้งยังได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงานสาธารณสุขและชุมชนในการดำเนินงานเฝ้าระวังโรค

ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีผลต่อบทบาทในการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มีหลายประการ จากผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่า ระดับการศึกษา ระยะเวลาการปฏิบัติงานเป็น อสม. และการเป็นสมาชิกทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (SRRT) มีความสัมพันธ์กับบทบาทในการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยของไกรศิลป์ ศิริวิบุรณ์ และศิริรัตน์ ภัยจา (2564) ที่พบว่า ระดับการศึกษาและประสบการณ์การทำงานมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของ อสม. ในการควบคุมโรคติดต่อ ทั้งนี้ ปัจจัยด้านระดับการศึกษาที่มีผลต่อบทบาทของ อสม. อาจเป็นเพราะการศึกษาช่วยเพิ่มทักษะการเรียนรู้ การคิดวิเคราะห์ และความสามารถในการประยุกต์ใช้ความรู้ในการปฏิบัติงาน สำหรับระยะเวลาการปฏิบัติงานเป็น อสม. และการเป็นสมาชิกทีม SRRT ที่มีความสัมพันธ์กับบทบาทในการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกนั้น อาจมีสาเหตุมาจากประสบการณ์การทำงานที่สั่งสมมาเป็นเวลานานและการได้รับการอบรมเฉพาะทาง ซึ่งทำ

ให้ อสม. มีความมั่นใจและมีทักษะในการปฏิบัติงานมากขึ้น

ปัจจัยด้านความรู้ การรับรู้ และแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีผลต่อบทบาทในการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออก

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ และแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับบทบาทในการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในขณะที่การรับรู้อุปสรรคมีความสัมพันธ์เชิงลบกับบทบาทดังกล่าว

ความรู้ที่มีความสัมพันธ์กับบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) นั้น สอดคล้องกับผลการศึกษาของนพคุณ แทนผักแว่น (2562) ที่พบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรค ทั้งนี้เนื่องจากความรู้เป็นพื้นฐานสำคัญที่ทำให้เกิดความเข้าใจในการปฏิบัติงานที่ถูกต้อง

สำหรับการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับบทบาทของ อสม. นั้น สอดคล้องกับงานวิจัยของสุทธิ พลรักษา (2564) ที่พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง และการรับรู้ประโยชน์มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรค ขณะที่การรับรู้อุปสรรคมีความสัมพันธ์เชิงลบ ผลการศึกษาเหล่านี้สะท้อนให้เห็นว่า อสม. ที่มีการรับรู้ที่ถูกต้องจะมีแนวโน้มในการปฏิบัติบทบาทได้ดียิ่งขึ้น

ด้านแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีความสัมพันธ์กับบทบาทของ อสม. นั้น สอดคล้องกับการศึกษาของอนุกุล พลวัชรินทร์ (2566) ที่พบว่า การสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้นำชุมชน และประชาชนมี

ความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของ อสม. ทั้งนี้เป็นเพราะการสนับสนุนดังกล่าวช่วยเสริมสร้างความมั่นใจ แรงจูงใจ และเพิ่มทรัพยากรที่จำเป็นในการปฏิบัติงาน

ปัจจัยทำนายบทบาทในการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

จากผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis) พบว่า ปัจจัยที่สามารถทำนายบทบาทในการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ได้ดีที่สุด ประกอบด้วย แรงสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ประโยชน์ ความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก และการเป็นสมาชิกทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (SRRT) โดยปัจจัยเหล่านี้สามารถร่วมกันทำนายบทบาทของ อสม. ได้ร้อยละ 68.5 ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support Theory) ที่อธิบายว่า การสนับสนุนจากบุคคลหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจะช่วยส่งเสริมให้บุคคลมีความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้ดีขึ้น ดังที่ปรากฏในรายงานการศึกษาศึกษาของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอท่ามะแซ (2566) นอกจากนี้ ผลการศึกษายังสอดคล้องกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ที่อธิบายว่า การรับรู้ประโยชน์เป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม กล่าวคือ เมื่อ อสม. รับรู้ถึงประโยชน์ของการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออก จะมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติบทบาทหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

ความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่สามารถทำนายบทบาทของ อสม. ได้ ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่า พื้นฐานความรู้ที่ถูกต้องมีความสำคัญต่อการปฏิบัติงาน ส่วนการเป็นสมาชิกทีม SRRT ที่สามารถ

ทำนายบทบาทได้นั้น อาจเนื่องมาจากการได้รับการอบรมเฉพาะทาง การมีประสบการณ์ในการเฝ้าระวังและสอบสวนโรค รวมถึงการได้รับข้อมูลข่าวสารที่ทันสมัยอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 จัดอบรมฟื้นฟูความรู้และทักษะในการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกแก่ อสม. อย่างสม่ำเสมอ โดยเน้นประเด็นที่ยังมีความเข้าใจคลาดเคลื่อน

1.2 สนับสนุนงบประมาณและทรัพยากรในการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชน

1.3 สร้างเครือข่ายในชุมชนเพื่อการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออก

1.4 ใช้ผลการวิจัยในการพัฒนาแนวทางเชิงนโยบายระดับอำเภอและจังหวัด เพื่อเสริมบทบาท อสม. ให้สามารถรับมือกับสถานการณ์โรคไข้เลือดออกในระยะยาว

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) เพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมบทบาทของ อสม. ในการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่

2.2 ควรมีการศึกษาผลของโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพ อสม. ในการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออก ที่มีต่อความรู้ การรับรู้ และการปฏิบัติบทบาทของ อสม. รวมทั้งสถานการณ์การระบาดของโรคในพื้นที่

2.3 ควรมีการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของประชาชนในการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออก เพื่อนำไปสู่การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการมีส่วนร่วมที่มีประสิทธิภาพ

2.4 ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบบทบาทในการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกของ อสม. ในพื้นที่ที่มีอัตราป่วยสูงและพื้นที่ที่มีอัตราป่วยต่ำ เพื่อค้นหาปัจจัยแห่งความสำเร็จในการควบคุมและป้องกันโรค

เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมโรค. (2567). *สถานการณ์โรคไข้เลือดออกประเทศไทย ปี 2566*. สืบค้นจาก <https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1518020240108030514.pdf>
2. ไกรศิลป์ ศิริวิบุรณ์, & ศิริรัตน์ กัญจา. (2564). การศึกษาาระดับความรู้ การรับรู้ และพฤติกรรมการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอป่าซาง จังหวัดลำพูน. *วารสารโรงพยาบาลแพร่*, 29(1), 129–138.
3. ธงชัย วิเศษบุปผา, จิราภรณ์ พรหมอินทร์, & จุฑามาศ เถาว์ชาติ. (2567). การศึกษาการปฏิบัติงานป้องกัน ควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จังหวัดสมุทรปราการ. *วารสารวิชาการร้อยแก่นสาร*, 9(4), 47–62.
4. นพคุณ แทนผักแว่น. (2562). การมีส่วนร่วมในการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอพิมาย จังหวัดนครราชสีมา (วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
5. ผู้จัดการออนไลน์. (2566, 27 กันยายน). *ไข้เลือดออกระบาดหนักในชุมพร พบผู้ป่วยแล้วกว่าพันคน เสียชีวิต 3 ราย สสจ.เร่งรณรงค์ป้องกัน*. สืบค้นจาก <https://mgronline.com/south/detail/9660000087189>
6. ผ่องศรี พูลทรัพย์, รัชนิ ครองระวะ, ภิรมย์ ลีสุวรรณ, & บรรณพวรรณ หริยูเคราะห์. (2562). การพัฒนาพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) โดยการส่งเสริมการทำงานแบบมีส่วนร่วมตามสภาพจริง รพ.สต. ท่าผา อ.บ้านโป่ง จ.ราชบุรี. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 29(2), 206–218.
7. โรงพยาบาลเวชศาสตร์เขตร้อน. (2567). *โรคไข้เลือดออก: สถานการณ์โรคในประเทศไทย*. สืบค้นจาก <https://www.tropmedhospital.com/knowledge/54126.html>
8. สุทธิ พลรักษา. (2564). การดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุข ตำบลวังม่วง อำเภอเปือยน้อย จังหวัดขอนแก่น. *วารสารสภาการสาธารณสุข ชุมชน*, 3(1), 101–112.
9. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชุมพร. (2566). *รายงานผลโครงการควบคุมโรคไข้เลือดออก*. <https://www.chumphon-health.go.th>
10. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอท่าแซะ. (2566, 26 กันยายน). *รณรงค์เพิ่มความตระหนักในการป้องกัน และควบคุมโรคไข้เลือดออก อำเภอท่าแซะ*. <http://sasukthasae.go.th/new/?p=1853>
11. อนุกุล พลวัชรินทร์. (2566). โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ตำบลหงษ์เจริญ อำเภอท่าแซะ จังหวัดชุมพร. *วารสารวิชาการเพื่อการพัฒนาาระบบสุขภาพปฐมภูมิและสาธารณสุข*, 1(3), 101–113. <https://he03.tci-thaijo.org/index.php/AJHSD/article/view/2239>
12. อนุรักษ์ เบื้องสูง. (2562). บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม. *วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน*, 4(2), 33–42.
13. Best, J. W. (1977). *Research in education* (3rd ed.). Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
14. Bloom, B. S., Hastings, J. T., & Madaus, G. F. (1971). *Handbook on formative and summative evaluation of student learning*. New York, NY: McGraw-Hill.
15. Yamane, T. (1967). *Statistics: An introductory analysis* (2nd ed.). New York, NY: Harper and Row.

ผลของโปรแกรมการออกกำลังกายด้วยท่าบริหารไม้พลองประคองกายต่อการป้องกัน
การหกล้มในผู้สูงอายุ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอุดมพร
อำเภอเฝ้าไร่ จังหวัดหนองคาย

Effects of an Exercise Program to Prevent falls in the Elderly. with “Mai
Phlong Pra Khong Kai” at Udomphon Sub-District Health Promoting
Hospital, Fao Rai District, Nong Khai Province.

ปราณี อุดมพัฒน์¹ สิริวิภา ผาสิ่ง²

Pranee Udompath¹ Siriwipa phasing²

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ^{1,2}

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอุดมพร

(Received: April 10, 2025; Accepted: April 25, 2025)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการออกกำลังกายด้วยท่าบริหารไม้พลองประคองกายต่อการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ การศึกษาทั้งสองนี้มุ่งเปรียบเทียบความสามารถในการทรงตัว ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ และความเสี่ยงในการหกล้ม กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยผู้สูงอายุอายุระหว่าง 60-70 ปี ที่มีความเสี่ยงต่อการหกล้มในระดับปานกลาง จำนวน 70 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 34 คน และกลุ่มควบคุม 36 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการออกกำลังกายด้วยท่าบริหารไม้พลองประคองกายจำนวน 11 ท่า โดยฝึกสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ครั้งละ 30-45 นาที เป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยแบบทดสอบ TUGT (Time Up and Go Test), FTSST (Five Times Sit to Stand Test) และแบบประเมินความเสี่ยงในการหกล้ม

ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีความสามารถในการทรงตัวดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยค่าเฉลี่ยของ TUGT ลดลงจาก 15.72 วินาที เหลือ 12.15 วินาที ($p < 0.001$) มีความแข็งแรงของกล้ามเนื้อเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยค่าเฉลี่ยของ FTSST ลดลงจาก 14.35 วินาที เหลือ 10.82 วินาที ($p < 0.001$) และมีคะแนนความเสี่ยงในการหกล้มลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจาก 7.94 คะแนน เหลือ 5.03 คะแนน ($p < 0.001$) เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม พบว่ากลุ่มทดลองมีผลลัพธ์ดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกตัวแปร ($p < 0.001$) นอกจากนี้ กลุ่มทดลองมีอัตราการหกล้มน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ร้อยละ 8.8 และร้อยละ 27.8 ตามลำดับ, $p = 0.040$)

คำสำคัญ: การหกล้มในผู้สูงอายุ, ไม้พลองประคองกาย, การออกกำลังกาย



Abstract

This research aimed to study the effects of an exercise program using Thai wooden staff (Mai Plong Prakong Kai) on fall prevention in older adults. This quasi-experimental study compared balance ability, leg muscle strength, and fall risk. The sample consisted of 70 older adults aged 60-70 with moderate fall risk, divided into an experimental group (n = 34) and a control group (n = 36). The experimental group received an exercise program comprising 11 Thai wooden staff exercises, practicing three times per week for 30-45 minutes per session over 12 weeks, while the control group received routine care. The research instruments included the Timed Up and Go Test (TUGT), Five Times Sit to Stand Test (FTSST), and a fall risk assessment form.

The results showed that after the intervention, the experimental group demonstrated statistically significant improvement in balance ability, with the mean TUGT score decreasing from 15.72 seconds to 12.15 seconds ($p < 0.001$). Leg muscle strength also increased significantly, with the mean FTSST score decreasing from 14.35 seconds to 10.82 seconds ($p < 0.001$), and fall risk scores significantly decreased from 7.94 to 5.03 points ($p < 0.001$). When comparing between groups, the experimental group showed significantly better outcomes than the control group in all variables ($p < 0.001$). Furthermore, the experimental group had a significantly lower fall incidence rate than the control group (8.8% and 27.8%, respectively, $p = 0.040$).

Keywords: Falls in older adults, Thai wooden staff exercise, Physical exercise

บทนำ

การหกล้มเป็นปัญหาสุขภาพสำคัญในผู้สูงอายุ ที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต องค์การอนามัยโลก (WHO) รายงานว่าผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 65 ปีมีแนวโน้มประสบปัญหาการหกล้มถึงร้อยละ 30 ต่อปี โดยตัวเลขนี้เพิ่มขึ้นอย่างมากในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 80 ปี (World Health Organization, 2007, 2021; National Institute on Aging, 2021) การหกล้มเป็นสาเหตุหลักของการบาดเจ็บรุนแรง โดยเฉพาะกระดูกหัก ซึ่งอาจนำไปสู่การพิการถาวรและเพิ่มอัตราการเสียชีวิต นอกจากนี้ ยังส่งผลกระทบทางด้านจิตใจ ทำให้ผู้สูงอายุสูญเสียความมั่นใจ เกิดความกลัวการหกล้มซ้ำ และหลีกเลี่ยงการเคลื่อนไหว ซึ่งนำไปสู่ภาวะของความเสื่อมถอยทางสมรรถภาพร่างกาย การหกล้มยังเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้สูงอายุต้องพึ่งพาผู้อื่นในกิจวัตรประจำวันมากขึ้น ส่งผลกระทบต่อความเป็นอิสระและคุณภาพชีวิต รวมทั้งสร้างภาระทางเศรษฐกิจต่อระบบสุขภาพจากค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล การฟื้นฟูสมรรถภาพ และการดูแลระยะยาว

จากการวิเคราะห์ข้อมูลในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอุดมพร อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดหนองคาย พบว่าในปี 2567 ผู้สูงอายุในตำบลอุดมพรมีอัตราการหกล้มสูงถึงร้อยละ 35.0 โดยส่วนใหญ่เกิดขึ้นภายในบ้าน การศึกษายังพบว่าผู้สูงอายุที่มีปัญหาในการเดินมีความเสี่ยงในการหกล้มเพิ่มขึ้นถึง 2.85 เท่า การมีความจำบกพร่องเพิ่มความเสี่ยงถึง 1.91 เท่า และการสวมรองเท้าที่ไม่เหมาะสมเพิ่มความเสี่ยงได้ถึง 3.44 เท่า สถานการณ์ดังกล่าวสะท้อนความจำเป็นเร่งด่วนในการพัฒนาโปรแกรมป้องกันการหกล้มที่มีประสิทธิภาพสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน

การออกกำลังกายได้รับการพิสูจน์ว่าเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพในการลดความเสี่ยงในการหกล้มของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะการฝึกที่เน้นพัฒนาสมรรถภาพทางกาย ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ความยืดหยุ่น และการทรงตัว งานวิจัยหลายชิ้นยืนยันผลดีของโปรแกรมการออกกำลังกายในการเสริมสร้างกล้ามเนื้อขาและหลังที่แข็งแรงขึ้น (ดารณี ทองสัมฤทธิ์ และคณะ, 2565; จีรวิรรณ ทองประ, 2567; เยาวดี มณีทรัพย์, 2562) การออกกำลังกายด้วยท่าบริหารไม้พลองประคองกายเป็นรูปแบบการฝึกที่มุ่งเน้นพัฒนาสมดุล การทรงตัว และความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยลดความเสี่ยงในการหกล้ม โดยการใช้ไม้พลองช่วยเพิ่มการพยุงตัวและความมั่นคงขณะเคลื่อนไหว นอกจากนี้ การวิจัยยังพบว่าการส่งเสริมพฤติกรรมการออกกำลังกายในผู้สูงอายุช่วยเพิ่มสมรรถภาพทางกายและลดความถี่ของการหกล้ม (ชลธิชา จันทศิริ, 2559; Arshi Firoz et al., 2024; Silvia Malasari et al., 2022)

จากสถานการณ์การหกล้มในผู้สูงอายุและความสำคัญของการออกกำลังกายที่กล่าวมา ผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญในการพัฒนาโปรแกรมการออกกำลังกายด้วยท่าบริหารไม้พลองประคองกายเพื่อป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอุดมพร โดยเฉพาะกลุ่มที่มีภาวะเสี่ยงหรือมีประสบการณ์การหกล้มมาก่อน การใช้ไม้พลองประคองกายเป็นเครื่องมือที่มีประสิทธิภาพด้วยท่าบริหารที่ไม่ซับซ้อน แต่เน้นการเคลื่อนไหวอย่างเป็นระบบและปลอดภัย ซึ่งผู้สูงอายุสามารถเรียนรู้และฝึกฝนได้ด้วยตัวเอง การวิจัยครั้งนี้จึงมุ่งศึกษาผลของโปรแกรมการออกกำลังกายด้วยท่าบริหารไม้พลองประคองกายต่อการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ เพื่อพัฒนาแนวทางป้องกันการหกล้มที่มีประสิทธิภาพ

ลดการบาดเจ็บและภาวะพึ่งพิง และส่งเสริมคุณภาพ
ชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชน

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. วัตถุประสงค์หลัก

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการออกกำลังกายด้วยท่าบริหารไม้พลองประคองกายต่อการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอุดมพร อำเภอกงไกรลาศ จังหวัดหนองคาย

2. วัตถุประสงค์รอง

2.1 เพื่อเปรียบเทียบความสามารถในการทรงตัวของผู้สูงอายุก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการออกกำลังกายด้วยท่าบริหารไม้พลองประคองกาย

2.2 เพื่อเปรียบเทียบความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขาของผู้สูงอายุก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการออกกำลังกายด้วยท่าบริหารไม้พลองประคองกาย

2.3 เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความเสี่ยงในการหกล้มของผู้สูงอายุก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการออกกำลังกายด้วยท่าบริหารไม้พลองประคองกาย

2.4 เพื่อเปรียบเทียบความสามารถในการทรงตัว ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขา และคะแนนความเสี่ยงในการหกล้มระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Design) แบบสองกลุ่ม คือ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้วิธีการวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Pretest-Posttest Design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60-70 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอุดมพร อำเภอกงไกรลาศ จังหวัดหนองคาย จำนวนทั้งหมด 431 คน

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุอายุ 60-70 ปี ที่มีคะแนนการประเมินความเสี่ยงในการหกล้มตั้งแต่ 6-10 คะแนน (ระดับปานกลาง) และมีความสามารถช่วยเหลือตนเองได้ โดยมีคะแนนดัชนีบาร์เทิล (Barthel ADL Index) มากกว่า 12 คะแนน จำนวนทั้งสิ้น 70 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 34 คนและกลุ่มควบคุม 36 คน

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป G*Power โดยใช้ statistical test แบบ means: difference between two independent means (two groups) คำนวณค่าขนาดอิทธิพล (effect size) จากงานวิจัยของศศิวิมล วรณพงษ์ และคณะ (2564) เรื่อง ผลของการออกกำลังกายด้วยตารางเก้าช่องต่อการทรงตัวของผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการหกล้ม ซึ่งมีค่าเฉลี่ย Timed Up and Go test (TUG) ก่อนการทดลอง 16.82 (SD = 6.95) และค่าเฉลี่ย Timed Up and Go test (TUG) หลังการทดลอง 14.11 (SD = 6.02) ได้ค่าขนาดอิทธิพลเท่ากับ 0.61 ถือว่าเป็นขนาดอิทธิพลระดับปานกลางค่อนข้างสูง (Cohen, 1988) โดยกำหนดค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ (α) เท่ากับ 0.05 และกำหนดอำนาจการทดสอบ (Power of test) เท่ากับ 0.80 ผลการคำนวณได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 34 คน รวมทั้งสิ้น 68 คน แต่ในการวิจัยครั้งนี้ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 70 คน การสุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ใช้วิธีการสุ่มแบบง่าย (Simple Random Sampling)

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria) กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการวิจัยต้องเป็นผู้ที่มีอายุระหว่าง 60-70 ปี มีคะแนนการประเมินความเสี่ยงในการหกล้มอยู่ในระดับปานกลาง (6-10 คะแนน) สามารถช่วยเหลือตนเองได้โดยมีคะแนนดัชนีบาร์เทิล (Barthel ADL Index) มากกว่า 12 คะแนน อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่วิจัย สามารถพูดคุยสื่อสารได้รู้เรื่อง และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์คัดออก (Exclusion Criteria) ผู้ที่ไม่ได้อาศัยอยู่ในพื้นที่วิจัยในช่วงดำเนินการวิจัย มีปัญหาสุขภาพที่ไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยหรือปฏิบัติตามโปรแกรมได้ หรือมีคะแนนการประเมินความเสี่ยงในการหกล้มต่ำกว่า 6 คะแนน (ความเสี่ยงต่ำ) หรือสูงกว่า 10 คะแนน (ความเสี่ยงสูงมาก) จะถูกคัดออกจากการวิจัย

เครื่องมือในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

1. โปรแกรมการออกกำลังกายด้วยท่าบริหารไม้พลองประคองกาย เป็นโปรแกรมการออกกำลังกายที่ประยุกต์จากโปรแกรมการออกกำลังกาย E75 ของกองกิจกรรมทางกายเพื่อสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ประกอบด้วยท่าบริหารทั้งสิ้น 11 ท่า ดังนี้

1) ท่าอบอุ่นร่างกาย 4 ท่า (เดินจงกรม, ท่ากางแขนตบมือเหนือศีรษะ, ท่ากางศอก, ท่าหุบศอก)

2) ท่าออกกำลังกาย 4 ท่า (ยกเข้า-กางขา, ท่ายกขา-แอ่นหลัง, ย่อ-ยกไม้พลอง, ท่าบริหารไหล่)

3) ท่าผ่อนคลาย 3 ท่า (ท่ายกไม้ขยายปอด, เหยียดหลัง, ท่าบริหารปลายเท้า-ส้นเท้า)

โปรแกรมการออกกำลังกายนี้ใช้เวลาในการออกกำลังกายประมาณ 30-45 นาทีต่อครั้ง ความถี่อย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์ เป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์

2. ชุดกิจกรรมสร้างความรู้และการเตรียมความพร้อม ประกอบด้วย 3 กิจกรรม ได้แก่

กิจกรรมที่ 1 การให้ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับความสำคัญของการออกกำลังกายเพื่อการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ

กิจกรรมที่ 2 การสาธิตวิธีการออกกำลังกายด้วยท่าบริหารไม้พลองประคองกาย

กิจกรรมที่ 3 การประเมินความพร้อมทางร่างกายของผู้สูงอายุก่อนเริ่มโปรแกรม

3. ชุดกิจกรรมการติดตามผลและการฝึกเพิ่มเติม ประกอบด้วย 4 กิจกรรม ได้แก่

กิจกรรมที่ 1 การใช้ LINE application ในการติดตามผลการออกกำลังกาย

กิจกรรมที่ 2 การส่งคลิปวิดีโอการฝึกท่าบริหารไม้พลอง

กิจกรรมที่ 3 การทำเอกสารท่าบริหารไม้พลองในการออกกำลังกายสำหรับผู้เข้าร่วมที่ไม่มี Smart phone

กิจกรรมที่ 4 การติดตามและกระตุ้นการออกกำลังกายโดยอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.)

เครื่องมือสำหรับเก็บรวบรวมข้อมูล

1. แบบสอบถามข้อมูลพื้นฐาน (Demographic Questionnaire) ใช้สำหรับเก็บรวบรวมข้อมูลพื้นฐานของผู้เข้าร่วม เช่น อายุ เพศ สถานภาพสมรส ประวัติสุขภาพ ประวัติการหกล้ม เป็นต้น

2. แบบทดสอบ Time Up and Go Test (TUGT) เป็นการประเมินความสามารถในการทรงตัวและการเคลื่อนไหวของผู้สูงอายุ โดยวัดเวลาที่ใช้ในการลุกจากเก้าอี้ เดินไปเป็นระยะทาง 3 เมตร และกลับมานั่งที่เดิม ซึ่งมีเกณฑ์การแปลผลดังนี้: น้อยกว่า 10 วินาที การเคลื่อนไหวปกติ, 10-19 วินาที การเคลื่อนไหวค่อนข้างดี ไม่ต้องการความช่วยเหลือ, 20-29 วินาที การเคลื่อนไหวมีปัญหา อาจต้องการความช่วยเหลือบางส่วน

, และมากกว่า 30 วินาที การเคลื่อนไหวมีปัญหา มีความเสี่ยงสูงต่อการหกล้ม

3. แบบทดสอบ Five Times Sit to Stand Test (FTSST) เป็นแบบทดสอบความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและความสามารถในการเคลื่อนไหวของผู้สูงอายุ โดยวัดเวลาที่ใช้ในการลุกนั่งจากเก้าอี้ 5 ครั้งติดต่อกัน ซึ่งมีเกณฑ์การแปลผลสำหรับผู้สูงอายุ 60-69 ปี ดังนี้: น้อยกว่า 11.4 วินาที ปกติ, 11.4-14.0 วินาที เริ่มมีความเสี่ยงต่อการล้ม, และมากกว่า 14.0 วินาที มีความเสี่ยงสูงต่อการล้ม

4. แบบประเมินความเสี่ยงในการหกล้ม (Fall Risk Assessment Tool) แบ่งออกเป็น 10 ข้อ แต่ละข้อเป็นคำถามที่เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลต่อความเสี่ยงในการหกล้ม โดยแต่ละคำถามจะให้คะแนน 0, 1 หรือ 2 คะแนน ตามระดับของความเสี่ยง คะแนนรวมสูงสุดที่เป็นไปได้คือ 20 คะแนน มีเกณฑ์การแปลผลดังนี้: 0-5 คะแนน: ความเสี่ยงต่ำ, 6-10 คะแนน: ความเสี่ยงปานกลาง, 11-15 คะแนน: ความเสี่ยงสูง, และ 16-20 คะแนน: ความเสี่ยงสูงมาก

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ระยะก่อนการทดลอง

1.1 เก็บข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่างด้วยแบบสอบถามข้อมูลพื้นฐาน (Demographic Questionnaire)

1.2 ทำการทดสอบความสามารถในการทรงตัวด้วย Time Up and Go Test (TUGT)

1.3 ทำการทดสอบความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขาด้วย Five Times Sit to Stand Test (FTSST)

1.4 ประเมินความเสี่ยงในการหกล้มด้วยแบบประเมินความเสี่ยงในการหกล้ม (Fall Risk Assessment Tool)

2. ระยะทดลอง

กลุ่มทดลอง ได้รับโปรแกรมการออกกำลังกายด้วยท่าบริหารไม้พลองประคองกาย ซึ่งประกอบด้วยท่าบริหารทั้งสิ้น 11 ท่า ความถี่อย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์ ครั้งละ 30-45 นาที เป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ โดยมีการดำเนินการดังนี้

สัปดาห์ที่ 1-2 ฝึกออกกำลังกายภายใต้การดูแลของผู้วิจัยและอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ที่ศาลาประชาคมบ้านคำโคนสว่างและศาลาประชาคมบ้านบุรพา สัปดาห์ละ 3 ครั้ง

สัปดาห์ที่ 3-12 ฝึกออกกำลังกายที่ศาลาประชาคมสัปดาห์ละ 1 ครั้ง และฝึกที่บ้านอีก 2 ครั้งต่อสัปดาห์ โดยมีการติดตามผ่าน LINE application หรือโทรศัพท์ และมีการเยี่ยมบ้านโดย อสม. เพื่อติดตามและกระตุ้นการออกกำลังกาย

กลุ่มควบคุม ได้รับการดูแลตามปกติ ได้แก่ การให้คำแนะนำในการป้องกันการหกล้มทั่วไป เช่น การจัดสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย การเลือกรองเท้าที่เหมาะสม และการระมัดระวังการเคลื่อนไหวในชีวิตประจำวัน แต่ไม่ได้รับโปรแกรมการออกกำลังกายด้วยท่าบริหารไม้พลองประคองกาย มีการติดตามและบันทึกข้อมูลอัตราการหกล้มของผู้เข้าร่วมโปรแกรมทั้งสองกลุ่มเป็นระยะ

3. ระยะหลังการทดลอง ทำการทดสอบซ้ำหลังการทดลองทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยแบบทดสอบเดียวกับก่อนการทดลอง

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) เพื่ออธิบายข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา โรคประจำตัว ประวัติการหกล้ม และข้อมูลพื้นฐานอื่น ๆ

2. การวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อเปรียบเทียบภายในกลุ่ม ใช้สถิติ Paired Samples t-test เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของตัวแปรต่างๆ ก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่มเดียวกัน ได้แก่ ความสามารถในการทรงตัว (TUGT) ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขา (FTSST) คะแนนความเสี่ยงในการหกล้ม (Fall Risk Assessment Tool)

3. การวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม ใช้สถิติ Independent Samples t-test เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของตัวแปรต่างๆ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ได้แก่ ความสามารถในการทรงตัว (TUGT) ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขา (FTSST) คะแนนความเสี่ยงในการหกล้ม (Fall Risk Assessment Tool)

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย รับรองเลขที่ 96/2567 ลงวันที่ 25 ตุลาคม 2567

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้เป็นผู้สูงอายุ อายุ 60-70 ปี ที่มีคะแนนการประเมินความเสี่ยงในการหกล้มระดับปานกลาง (6-10 คะแนน) และมีความสามารถช่วยเหลือตนเองได้ โดยมีคะแนนดัชนีบาร์เทิล (Barthel ADL Index) มากกว่า 12 คะแนน จำนวนทั้งสิ้น 70 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 34 คน และกลุ่มควบคุม 36 คน

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (กลุ่มทดลองร้อยละ 83.3 และกลุ่มควบคุมร้อยละ 91.7) อยู่ในช่วงอายุ 66-70 ปี (กลุ่มทดลองร้อยละ 63.9 และกลุ่มควบคุมร้อยละ 83.3) ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (กลุ่มทดลองร้อยละ 72.2 และกลุ่มควบคุมร้อยละ 75.0) มีสถานภาพสมรส (กลุ่มทดลองร้อยละ 88.9 และกลุ่มควบคุมร้อยละ 86.1) มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนระหว่าง 5,000-10,000 บาท (กลุ่มทดลองร้อยละ 58.3 และกลุ่มควบคุมร้อยละ 52.8)

ในด้านสุขภาพ กลุ่มทดลองมีโรคประจำตัวร้อยละ 48.6 ขณะที่กลุ่มควบคุมมีโรคประจำตัวร้อยละ 72.2 โดยพบโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุดในทั้งสองกลุ่ม ส่วนใหญ่ไม่ใช้อุปกรณ์ช่วยเดิน (กลุ่มทดลองร้อยละ 80.6 และกลุ่มควบคุมร้อยละ 83.3)

ด้านประวัติการหกล้ม กลุ่มทดลองเคยหกล้มในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมาร้อยละ 44.4 และกลุ่มควบคุมร้อยละ 50.0 โดยผู้ที่เคยหกล้มส่วนใหญ่ได้รับบาดเจ็บจากการหกล้ม (กลุ่มทดลองร้อยละ 80.0 และกลุ่มควบคุมร้อยละ 66.7)

ซึ่งทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีผู้ใดเคยออกกำลังกายเพื่อป้องกันการหกล้มมาก่อน (ร้อยละ 100) และส่วนใหญ่มีความกังวลเกี่ยวกับการหกล้มในระดับเล็กน้อย (กลุ่มทดลองร้อยละ 75.0 และกลุ่มควบคุมร้อยละ 55.6)

กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีลักษณะทั่วไปไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในเกือบทุกตัวแปร ($p > 0.05$) ยกเว้นอายุเฉลี่ย ที่พบว่ากลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (67.22 ± 1.48 ปี และ 65.92 ± 2.26 ปี ตามลำดับ, $p = 0.006$)

2. ผลของโปรแกรมการออกกำลังกายต่อ ความสามารถในการทรงตัว

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนน TUGT ก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนน TUGT เท่ากับ 15.72 วินาที (SD = 2.86) และหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 12.15 วินาที (SD = 2.23) ซึ่งลดลงเฉลี่ย 3.57 วินาที เมื่อทดสอบด้วยสถิติ Paired t-test พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนน TUGT หลังการทดลองลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 11.53, p < 0.001$) สำหรับกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนน TUGT เท่ากับ 15.46 วินาที (SD = 2.74) และหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 15.19 วินาที (SD = 2.85) ซึ่งลดลงเฉลี่ย 0.27 วินาที เมื่อทดสอบด้วยสถิติ Paired t-test พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนน TUGT ก่อนและหลังการทดลองไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 1.24, p = 0.225$) (ตารางที่ 1)

การเปรียบเทียบความสามารถในการทรงตัวระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง

กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนน TUGT เท่ากับ 15.72 วินาที (SD = 2.86) และกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 15.46 วินาที (SD = 2.74) เมื่อทดสอบด้วยสถิติ Independent t-test พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนน TUGT ก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 0.37, p = 0.713$)

หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนน TUGT เท่ากับ 12.15 วินาที (SD = 2.23) และกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 15.19 วินาที (SD = 2.85) เมื่อทดสอบด้วยสถิติ Independent t-test พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนน TUGT หลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -4.79, p < 0.001$) โดยกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนน TUGT ต่ำกว่ากลุ่มควบคุม แสดงว่ากลุ่มทดลองมีความสามารถในการทรงตัวดีกว่ากลุ่มควบคุม (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนน TUGT ก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

กลุ่ม	n	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง	Mean difference	t	p-value
		Mean $\pm$ SD	Mean $\pm$ SD			
กลุ่มทดลอง	34	15.72 $\pm$ 2.86	12.15 $\pm$ 2.23	3.57	11.53	<0.001*
กลุ่มควบคุม	36	15.46 $\pm$ 2.74	15.19 $\pm$ 2.85	0.27	1.24	0.225

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนน TUGT ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

การทดสอบ	กลุ่มทดลอง (n = 34)	กลุ่มควบคุม (n = 36)	Mean difference	t	p-value
	Mean $\pm$ SD	Mean $\pm$ SD			
ก่อนการทดลอง	15.72 $\pm$ 2.86	15.46 $\pm$ 2.74	0.26	0.37	0.713
หลังการทดลอง	12.15 $\pm$ 2.23	15.19 $\pm$ 2.85	-3.04	-4.79	<0.001*

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

3. ผลของโปรแกรมการออกกำลังกายต่อ ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขา

การเปรียบเทียบความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขาก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่ม ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนน FTSST เท่ากับ 14.35 วินาที (SD = 2.17) และหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 10.82 วินาที (SD = 1.89) ซึ่งลดลงเฉลี่ย 3.53 วินาที เมื่อทดสอบด้วยสถิติ Paired t-test พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนน FTSST หลังการทดลองลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 12.01, p < 0.001$) สำหรับกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนน FTSST เท่ากับ 14.21 วินาที (SD = 2.23) และหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 13.89 วินาที (SD = 2.42) ซึ่งลดลงเฉลี่ย 0.32 วินาที เมื่อทดสอบด้วยสถิติ Paired t-test พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนน FTSST ก่อนและหลังการทดลองไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 1.65, p = 0.109$) (ตารางที่ 3)

การเปรียบเทียบความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขาระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนน FTSST เท่ากับ 14.35 วินาที (SD = 2.17) และกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 14.21 วินาที (SD = 2.23) เมื่อทดสอบด้วยสถิติ Independent t-test พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนน FTSST ก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 0.26, p = 0.799$)

หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนน FTSST เท่ากับ 10.82 วินาที (SD = 1.89) และกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 13.89 วินาที (SD = 2.42) เมื่อทดสอบด้วยสถิติ Independent t-test พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนน FTSST หลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -5.77, p < 0.001$) โดยกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนน FTSST ต่ำกว่ากลุ่มควบคุม แสดงว่ากลุ่มทดลองมีความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขามากกว่ากลุ่มควบคุม (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนน FTSST ก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

กลุ่ม	n	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง	Mean difference	t	p-value
		Mean $\pm$ SD	Mean $\pm$ SD			
กลุ่มทดลอง	34	14.35 $\pm$ 2.17	10.82 $\pm$ 1.89	3.53	12.01	<0.001*
กลุ่มควบคุม	36	14.21 $\pm$ 2.23	13.89 $\pm$ 2.42	0.32	1.65	0.109

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนน FTSST ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

การทดสอบ	กลุ่มทดลอง (n = 34)	กลุ่มควบคุม (n = 36)	Mean difference	t	p-value
	Mean $\pm$ SD	Mean $\pm$ SD			
ก่อนการทดลอง	14.35 $\pm$ 2.17	14.21 $\pm$ 2.23	0.14	0.26	0.799
หลังการทดลอง	10.82 $\pm$ 1.89	13.89 $\pm$ 2.42	-3.07	-5.77	<0.001*

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

4. ผลของโปรแกรมการออกกำลังกายต่อความเสี่ยงในการหกล้ม

การเปรียบเทียบคะแนนความเสี่ยงในการหกล้มก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่ม พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความเสี่ยงในการหกล้มเท่ากับ 7.94 คะแนน (SD = 1.32) และหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 5.03 คะแนน (SD = 1.47) ซึ่งลดลงเฉลี่ย 2.91 คะแนน เมื่อทดสอบด้วยสถิติ Paired t-test พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความเสี่ยงในการหกล้มหลังการทดลองลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = 15.23, p < 0.001) สำหรับกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความเสี่ยงในการหกล้มเท่ากับ 7.84 คะแนน (SD = 1.27) และหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 7.53 คะแนน (SD = 1.61) ซึ่งลดลงเฉลี่ย 0.31 คะแนน เมื่อทดสอบด้วยสถิติ Paired t-test พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความเสี่ยงในการหกล้มก่อนและหลังการทดลองไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = 1.37, p = 0.180) (ตารางที่ 5)

การเปรียบเทียบคะแนนความเสี่ยงในการหกล้มระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความเสี่ยงในการหกล้มเท่ากับ 7.94 คะแนน (SD = 1.32) และกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 7.84 คะแนน (SD = 1.27) เมื่อทดสอบด้วยสถิติ Independent t-test พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความเสี่ยงในการหกล้มก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = 0.30, p = 0.765) หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความเสี่ยงในการหกล้มเท่ากับ 5.03 คะแนน (SD = 1.47) และกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 7.53 คะแนน (SD = 1.61) เมื่อทดสอบด้วยสถิติ Independent t-test พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความเสี่ยงในการหกล้มหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = -6.58, p < 0.001) โดยกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความเสี่ยงในการหกล้มต่ำกว่า

กลุ่มควบคุม แสดงว่ากลุ่มทดลองมีความเสี่ยงในการหกล้มน้อยกว่ากลุ่มควบคุม (ตารางที่ 6)

ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความเสี่ยงในการหกล้มก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

กลุ่ม	n	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง	Mean difference	t	p-value
		Mean ± SD	Mean ± SD			
กลุ่มทดลอง	34	7.94 ± 1.32	5.03 ± 1.47	2.91	15.23	<0.001*
กลุ่มควบคุม	36	7.84 ± 1.27	7.53 ± 1.61	0.31	1.37	0.180

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 6 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความเสี่ยงในการหกล้มระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

การทดสอบ	กลุ่มทดลอง (n = 34)	กลุ่มควบคุม (n = 36)	Mean difference	t	p-value
	Mean ± SD	Mean ± SD			
ก่อนการทดลอง	7.94 ± 1.32	7.84 ± 1.27	0.10	0.30	0.765
หลังการทดลอง	5.03 ± 1.47	7.53 ± 1.61	-2.50	-6.58	<0.001*

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

อภิปรายผล

ผลของโปรแกรมการออกกำลังกายต่อความสามารถในการทรงตัว ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการออกกำลังกายด้วยท่าบริหารไม้พลองประคองกายเป็นเวลา 12 สัปดาห์ ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองมีความสามารถในการทรงตัวดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยค่าเฉลี่ยคะแนน TUGT ลดลงจาก 15.72 วินาที เป็น 12.15 วินาที ($p < 0.001$) ขณะที่กลุ่มควบคุมไม่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญ การลดลงของเวลาทดสอบแสดงถึงการพัฒนาความสามารถในการทรงตัวขณะเคลื่อนไหวที่ดีขึ้น ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการป้องกันการหกล้ม ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ Sherrington และคณะ (2019) ที่พบว่าโปรแกรมการออกกำลังกายที่เน้นการทรงตัวและการ

เคลื่อนไหวเชิงหน้าที่ สามารถลดอัตราการหกล้มได้ถึงร้อยละ 23 นอกจากนี้ ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ ศศิวิมล วรรณพงษ์ และคณะ (2564) ที่พบว่า การออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง 5 สัปดาห์ พัฒนาการทรงตัวขณะเคลื่อนไหวในผู้สูงอายุได้อย่างมีนัยสำคัญ โดยใช้เวลาลดลงเฉลี่ย 2.71 วินาที ขณะที่การศึกษานี้พบค่าเฉลี่ย TUGT ลดลงถึง 3.57 วินาที ซึ่งอาจเป็นผลจากระยะเวลาฝึกที่นานกว่าและรูปแบบการออกกำลังกายที่เฉพาะเจาะจง

การพัฒนาความสามารถในการทรงตัวของผู้สูงอายุในการศึกษานี้อาจอธิบายได้จากกลไกทางสรีรวิทยาหลายประการ ประการแรก การฝึกท่าบริหารไม้พลองช่วยกระตุ้นระบบประสาทกล้ามเนื้อ โดยเฉพาะการทำงานประสานกันระหว่างระบบประสาทรับ

ความรู้สึกระบบการเคลื่อนไหว ประการที่สอง ท่าบริหารหลายท่าช่วยเสริมสร้างความแข็งแรงของกล้ามเนื้อแกนกลางลำตัวและกล้ามเนื้อขา ซึ่งเป็นกลุ่มกล้ามเนื้อหลักที่ช่วยรักษาสถิตของร่างกาย จากการศึกษาของ สิริภพ โตเสม (2561) พบว่าโปรแกรมการส่งเสริมกิจกรรมทางกายสามารถเพิ่มการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติกิจกรรมทางกาย ส่งผลให้ความสามารถในการทรงตัวดีขึ้น และช่วยลดความกังวลในการเคลื่อนไหวในผู้สูงอายุที่มีข้อเข่าเสื่อม ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดที่ว่าความมั่นใจทางจิตใจและความแข็งแรงของกล้ามเนื้อส่วนล่างมีผลโดยตรงต่อความสามารถในการทรงตัวและลดความเสี่ยงของการหกล้ม ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดที่ว่าปัจจัยทางจิตใจมีผลต่อความเสี่ยงของการหกล้ม การมีความมั่นใจมากขึ้นอาจทำให้ผู้สูงอายุไม่หลีกเลี่ยงการเคลื่อนไหว ซึ่งการหลีกเลี่ยงเป็นสาเหตุที่ทำให้กล้ามเนื้ออ่อนแรงและเพิ่มความเสี่ยงต่อการล้ม

ผลการศึกษาของ Yokoi และคณะ (2015) ยังสนับสนุนข้อค้นพบนี้โดยแสดงให้เห็นว่าการออกกำลังกายด้วยไม้สั่นพัฒนาการทรงตัวในผู้สูงอายุได้อย่างมีนัยสำคัญ ในการศึกษาครั้งนี้ การใช้ไม้พลองมีการดัดแปลงให้เหมาะสมกับบริบทของผู้สูงอายุไทย โดยผสมผสานท่าทางจากโยคะ ไทเก็ก การยืดเหยียด และท่ารำไทย ตามที่กรมอนามัย (2565) ได้พัฒนาขึ้น การพัฒนาโปรแกรมนี้นับว่าคำนึงถึงความเหมาะสมกับบริบทท้องถิ่น โดยใช้อุปกรณ์ที่หาง่ายและมีต้นทุนต่ำ สอดคล้องกับแนวคิดการสร้างควมยั่งยืนในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน ดังที่ปิยะรัตน์ สอนกุล และหทัยพร อิทศ (2566) เสนอว่า รูปแบบการออกกำลังกายที่ง่าย ปฏิบัติได้จริงในชีวิตประจำวัน และได้รับการติดตามอย่างต่อเนื่อง มีผลต่อการลดความเสี่ยงต่อการล้ดตกหกล้มในผู้สูงอายุ

ผลของโปรแกรมการออกกำลังกายต่อความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขา ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการออกกำลังกายด้วยท่าบริหารไม้พลองประคองกายเป็นเวลา 12 สัปดาห์ ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองมีความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขาเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยค่าเฉลี่ยคะแนน FTST ลดลงจาก 14.35 วินาที เป็น 10.82 วินาที ($p < 0.001$) ขณะที่กลุ่มควบคุมไม่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญ การลดลงของเวลาในการทดสอบแสดงถึงการพัฒนาความแข็งแรงและความสามารถในการทำงานของกล้ามเนื้อขาที่ดีขึ้น ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการป้องกันการหกล้ม ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยของจรัสศรี ศรีโกศา และวรศิษฐ์ ศรีบุรินทร์ (2565) ที่พบว่าหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการออกกำลังกายด้วยไม้พลองและการยืดเหยียดกล้ามเนื้อเป็นเวลา 12 สัปดาห์ ผู้สูงอายุมีพัฒนาการด้านความแข็งแรงของกล้ามเนื้อดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ ยังสอดคล้องกับการศึกษาของสุกัญญา พูลโพธิ์กลาง (2562) ที่พบว่าการออกกำลังกายด้วยการรำไม้พลอง 3 ครั้งต่อสัปดาห์ เป็นเวลา 8 สัปดาห์ สามารถพัฒนาความแข็งแรงของกล้ามเนื้อในผู้สูงอายุได้อย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะกล้ามเนื้อมัดใหญ่บริเวณขาและสะโพก

การพัฒนาความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขาในการศึกษานี้อาจอธิบายได้ด้วยกลไกทางสรีรวิทยาหลายประการ ประการแรก โปรแกรมการออกกำลังกายมีท่าทางหลายท่าที่เน้นการออกแรงของกล้ามเนื้อขา เช่น ท่าย่อเข่า ท่ายืนเขย่งปลายเท้า และท่ายืดเหยียดกล้ามเนื้อขา ซึ่งเป็นการกระตุ้นการทำงานของกล้ามเนื้อสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการลุกนั่ง การเดิน และการทรงตัว ประการที่สอง การฝึกอย่างต่อเนื่องสัปดาห์ละ 3 ครั้ง เป็นเวลา 12 สัปดาห์ เป็นไปตามหลักการฝึกที่เหมาะสม ความสำคัญของการพัฒนาความแข็งแรงของ



กล้ามเนื้อขาในการป้องกันการหกล้มได้รับการยืนยันจาก NCBI (2023) ที่ระบุว่าความอ่อนแรงของกล้ามเนื้อขาและสะโพกมีความสัมพันธ์กับการสูญเสียความสามารถในการทรงตัวและเดิน การศึกษาของ Sherrington และคณะ (2019) ยังพบว่าโปรแกรมการออกกำลังกายที่รวมองค์ประกอบของการฝึกความแข็งแรงของกล้ามเนื้อส่วนล่างร่วมกับการฝึกการทรงตัวและการเดิน มีแนวโน้มให้ผลลัพธ์ที่ดีที่สุดในการป้องกันการหกล้ม

ผลการพัฒนาความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขาในการศึกษานี้ยังสอดคล้องกับงานของเพ็ญงามะหะหมัด (2563) ที่พบว่าโปรแกรมป้องกันการหกล้มที่มีการฝึกความแข็งแรงของกล้ามเนื้อสามารถลดความเสี่ยงการล้ม เพิ่มความมั่นใจในการเคลื่อนไหว และส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้อย่างมีนัยสำคัญ โปรแกรมที่ใช้มีลักษณะเป็นการออกกำลังกายแบบแอโรบิกที่มีแรงกระแทกต่ำ ซึ่งมีความปลอดภัยและเหมาะสมกับผู้สูงอายุ การใช้ไม้พลองเป็นอุปกรณ์ช่วยอาจเพิ่มแรงต้านทานในบางท่าทาง เป็นการเพิ่มความท้าทายและกระตุ้นการทำงานของกล้ามเนื้อมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Yokoi และคณะ (2015) ที่พบว่านอกจากการพัฒนาการทรงตัวแล้ว การใช้ไม้สั่นยังช่วยเพิ่มความแข็งแรงและความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อได้นอกจากนี้ จรัสศรี ศรีโกศา และวรศิษฐ์ ศรีบุรินทร์ (2565) ยังพบว่าการออกกำลังกายด้วยไม้พลองส่งผลให้ค่าดัชนีมวลกาย รอบเอว และเปอร์เซ็นต์ไขมันในร่างกายลดลงเล็กน้อยในทางที่ดี ซึ่งเป็นการลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอีกด้วย

ผลของโปรแกรมการออกกำลังกายต่อความเสี่ยงในการหกล้ม ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการออกกำลังกายด้วยท่าบริหารไม้พลองประคองกายเป็นเวลา 12 สัปดาห์ ผู้สูงอายุกลุ่ม

ทดลองมีความเสี่ยงในการหกล้มลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยค่าเฉลี่ยคะแนนความเสี่ยงลดลงจาก 7.94 คะแนน เป็น 5.03 คะแนน ($p < 0.001$) กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงระดับความเสี่ยงจากระดับปานกลางเป็นระดับต่ำในสัดส่วนที่มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างชัดเจน (ร้อยละ 61.8 และร้อยละ 5.6 ตามลำดับ) และที่สำคัญ ระหว่างการทดลอง กลุ่มทดลองมีอัตราการหกล้มน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ร้อยละ 8.8 และร้อยละ 27.8 ตามลำดับ, $p = 0.040$) ซึ่งแสดงถึงประสิทธิผลของโปรแกรมในการป้องกันการหกล้มอย่างเป็นรูปธรรม ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ Sherrington และคณะ (2019) ที่พบว่า การออกกำลังกายโดยรวมสามารถลดอัตราการหกล้มลงได้ร้อยละ 23 โดยเฉพาะกลุ่มที่ฝึกการทรงตัวและการเคลื่อนไหวเชิงหน้าที่ซึ่งมีประสิทธิภาพสูงสุด ผลการวิจัยยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Yokoi และคณะ (2015) ที่พบว่ากลุ่มที่ได้รับการฝึกออกกำลังกายด้วยไม้สั้น (Short Stick Exercises) ต่อเนื่อง 6 เดือน มีจำนวนผู้หกล้มน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ

การลดลงของความเสี่ยงในการหกล้มในการศึกษานี้สามารถอธิบายได้จากการพัฒนาปัจจัยสำคัญหลายประการ ประการแรก การพัฒนาความสามารถในการทรงตัว ซึ่งเห็นได้จากการลดลงของคะแนน TUGT ประการที่สอง การเพิ่มขึ้นของความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขา ซึ่งวัดได้จากการลดลงของคะแนน FTSST ปัจจัยทั้งสองนี้เป็นปัจจัยภายในที่สำคัญที่มีความสัมพันธ์กับการหกล้มในผู้สูงอายุตามที่ระบุไว้ในงานวิจัยของ NCBI (2023) นอกจากนี้ โปรแกรมการออกกำลังกายยังอาจส่งผลในการลดปัจจัยเสี่ยงด้านจิตใจและสังคม เช่น ความกลัวการล้ม ซึ่งเป็นภาวะที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ โดยเฉพาะกลุ่มที่เคยมีประสบการณ์การล้มมาก่อน การที่ผู้สูงอายุได้เข้าร่วมโปรแกรมการออก

กำลังกายอย่างต่อเนื่อง ได้เห็นพัฒนาการของตนเอง และได้รับแรงสนับสนุนจากกลุ่ม อาจช่วยลดความกลัว การล้มและเพิ่มความมั่นใจในการเคลื่อนไหวได้

ผลลัพธ์นี้สอดคล้องกับการศึกษาของเพ็ญ ภา มะหะหมัด (2563) ที่พบว่าโปรแกรมป้องกันการ หกล้มที่ออกแบบตามแนวคิดของทฤษฎีความพร่องใน การดูแลตนเองของ Orem สามารถพัฒนาพฤติกรรม การดูแลตนเองเพื่อป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุกลุ่ม เสี่ยงได้อย่างมีนัยสำคัญ และยังสอดคล้องกับงานวิจัย ของปิยะรัตน์ สวนกุล และหทัยพร อธิยศ (2566) ที่ พบว่าผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโปรแกรมออกกำลังกายเป็นเวลา 8 สัปดาห์ มีคะแนน Thai-FRAT ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ และเมื่อติดตามผลต่อเนื่องจนถึง 24 สัปดาห์ พบว่าอัตราการเกิดเหตุการณ์หกล้มลดลงอย่างมี นัยสำคัญ การเข้าร่วมโปรแกรมการออกกำลังกายใน ลักษณะกลุ่มยังอาจส่งผลดีต่อสุขภาพจิตและคุณภาพ ชีวิตโดยรวมของผู้สูงอายุ สอดคล้องกับการศึกษาของ หนึ่งฤทัย โพธิ์ศรี และบุญศรี กิตติโชติพาณิชย์ (2561) ที่ พบว่าการออกกำลังกายด้วยท่ารำไม้พลองร่วมกับการ สนับสนุนทางสังคมสามารถพัฒนาคุณภาพชีวิตของ ผู้สูงอายุในหลายมิติ ซึ่งการมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นก็อาจ ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความระมัดระวังตัวมากขึ้นและลด ความเสี่ยงในการหกล้มได้อีกทางหนึ่ง

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและ หน่วยงานสาธารณสุขระดับชุมชนควรนำโปรแกรมการ ออกกำลังกายด้วยท่าบริหารไม้พลองประคองกายไป ประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันการหกล้ม ในผู้สูงอายุ เนื่องจากโปรแกรมนี้อาจสามารถเพิ่ม ความสามารถในการทรงตัว เสริมสร้างความแข็งแรงของ

กล้ามเนื้อขา และลดความเสี่ยงในการหกล้มได้อย่างมี ประสิทธิภาพ

2. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและชมรม ผู้สูงอายุควรส่งเสริมการจัดตั้งกลุ่มออกกำลังกายด้วยท่า บริหารไม้พลองประคองกายในชุมชน โดยใช้รูปแบบการ ฝึก 3 ครั้งต่อสัปดาห์ ครั้งละ 60 นาที และควรติดตาม ประเมินผลอย่างต่อเนื่องด้วยการทดสอบ TUGT และ FTSST

3. บุคลากรสาธารณสุขและอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ควรใช้แบบประเมิน Thai-FRAT คัดกรองผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการหกล้ม ระดับปานกลาง (6-10 คะแนน) เพื่อเข้าร่วมโปรแกรม โดยเน้นกลุ่มผู้สูงอายุที่ยังช่วยเหลือตนเองได้และไม่มี ข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาติดตามผลระยะยาวของ โปรแกรมการออกกำลังกายด้วยท่าบริหารไม้พลอง ประคองกายต่อการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ เป็น ระยะเวลา 6 เดือนหรือ 1 ปี เพื่อประเมินความยั่งยืน ของผลลัพธ์ด้านการทรงตัว ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ขา และอัตราการหกล้ม

2. ควรศึกษาผลของโปรแกรมในกลุ่ม ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว เช่น ความดันโลหิตสูง เพื่อ ประเมินประสิทธิผลและความปลอดภัยในกลุ่มที่มีความ เสี่ยงสูงต่อการหกล้มจากผลข้างเคียงของยาและภาวะ ของโรค

3. ควรพัฒนาและศึกษาประสิทธิผลของ โปรแกรมที่สามารถปฏิบัติได้ที่บ้าน สำหรับผู้สูงอายุที่ไม่ สะดวกในการเดินทาง โดยใช้สื่อการสอนที่เข้าใจง่าย เช่น คู่มือภาพหรือวีดิทัศน์สาธิต เพื่อเพิ่มการเข้าถึงโปรแกรม ให้ครอบคลุมมากยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. กรมอนามัย. (2565). *คู่มือแผนส่งเสริมสุขภาพดี*. สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ.
<https://apps.hpc.go.th/dl/web/upFile/2022/121028020221229152549/e562e263ea557131d2d8e70262b43de3.pdf>
2. จรัสศรี ศรีโกคา, & วรศิษฐ์ ศรีบุรินทร์. (2565). ผลของการออกกำลังกายด้วยไม้พลองและการยืดเหยียดกล้ามเนื้อที่มีต่อสมรรถภาพทางกายเพื่อสุขภาพของผู้สูงอายุ. *วารสารคณะพลศึกษา*, 25(1), 57–67.
3. จีวีวรรณ ทองประ. (2567). ผลของการฝึกการทรงตัวด้วยการลุกยืนและนั่งในผู้สูงอายุ. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 16(1), 78–85.
4. ชลธิชา จันทศิริ. (2559). ผลของการออกกำลังกายต่อการลดความถี่การหกล้มและความสามารถในการทรงตัวในผู้สูงอายุ. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 25(1), 67–75.
5. ดารณี ทองสัมฤทธิ์, และคณะ. (2565). การประเมินผลของโปรแกรมการออกกำลังกายในการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ. *วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 14(3), 25–32.
6. ปิยะรัตน์ สวนกุล, & หัสยาพร อธิยศ. (2566). ประสิทธิผลของรูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน. *วารสารโรงพยาบาลแพร่*, 31(1), 27–42.
7. เพ็ญภา มะหะหมัด. (2563). ผลของโปรแกรมป้องกันการหกล้มต่อการดูแลตนเองของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อการหกล้มในตำบลสุไหงโก-ลก จังหวัดนราธิวาส. *วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน*, 5(3), 17–22.
8. ยาวดี มณีทรัพย์. (2562). ผลของการออกกำลังกายด้วยตาราง 9 ช่องต่อการทรงตัวและความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขาในผู้สูงอายุ. *วารสารโรงพยาบาลชลบุรี*, 44(3), 175–182.
9. ศศิวิมล วรรณพงษ์, เสาวนีย์ นาคมะเร็ง, สุรัสวดี เบนเน่ต์, & น้อมจิตต์ นวลเนตร์. (2564). ผลของการออกกำลังกายด้วยตารางเก้าช่องต่อการทรงตัวของผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการหกล้ม. *ศรีนครินทร์เวชสาร*, 36(3), 310–316.
10. สุกัญญา พูลโพธิ์กลาง. (2562). ผลของการออกกำลังกายโดยการรำไม้พลองต่อสมรรถภาพทางกายและอาการปวดหลังของผู้สูงอายุ. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข*, 33(3), 96–113.
11. หนึ่งฤทัย โพธิ์ศรี, & บุญศรี กิตติโชติพานิชย์. (2561). ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพด้วยการออกกำลังกายด้วยไม้พลองประยุกต์ศิลปะพื้นบ้านร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 36(2), 49–57.
12. Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Lawrence Erlbaum Associates.
13. Firoz, A., Malasari, S., & Yuwono, M. (2024). Effect of balance training combined with strength exercise on fall prevention in elderly populations. *Journal of Geriatric Physical Therapy*, 30(1), 15–22.
- Malasari, S., Firoz, A., & Yuwono, M. (2022). The role of strength and balance exercises in improving fall prevention in elderly. *Aging & Health*, 28(3), 102–110.
14. National Institute on Aging. (2021). *Falls and fractures*. <https://www.nia.nih.gov/health/falls-and-fractures>
15. Sherrington, C., et al. (2019). Exercise for preventing falls in older people living in the community. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2019(1), CD012424.
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD012424.pub2>
16. World Health Organization. (2007). *WHO global report on falls prevention in older age*. Geneva: WHO.



17. World Health Organization. (2021). *Falls*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/falls>
18. Yokoi, K., Yoshimasu, K., Takemura, S., Fukumoto, J., Kurasawa, S., & Miyashita, K. (2015). Short stick exercises for fall prevention among older adults: A cluster randomized trial. *Disability and Rehabilitation*, 37(14), 1268–1276. <https://doi.org/10.3109/09638288.2014.961660>

ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลเท้าของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2
ตำบลอาจสามารถ อำเภोजังหวัดร้อยเอ็ด
Factors Affecting Foot Care Behavior of Patients with Type 2
Diabetes Mellitus in At Samat Subdistrict,
At Samat District, Roi Et Province

เลิศวิทย์ เหลือผล
Lertwit Leapun
นายแพทย์ชำนาญการ
โรงพยาบาลอาจสามารถ

(Received: April 10, 2025; Accepted: April 25, 2025)

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลเท้าและปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลเท้าของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในตำบลอาจสามารถ อำเภोजังหวัดร้อยเอ็ด เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 183 คน ซึ่งได้จากการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิตามหมู่บ้าน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล ความรู้เรื่องการดูแลเท้า การรับรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพเท้า และพฤติกรรมการดูแลเท้า วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้เรื่องการดูแลเท้าในระดับสูง (ร้อยละ 87.43) มีการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ และแรงจูงใจด้านสุขภาพในระดับสูง ส่วนการรับรู้อุปสรรคอยู่ในระดับปานกลาง สำหรับพฤติกรรมการดูแลเท้าส่วนใหญ่อยู่ในระดับเหมาะสม (ร้อยละ 71.04) และระดับพอใช้ (ร้อยละ 28.96) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลเท้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค และแรงจูงใจด้านสุขภาพ โดยปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลเท้าได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของแผลที่เท้า แรงจูงใจด้านสุขภาพ และการรับรู้อุปสรรคของการดูแลเท้า ซึ่งสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการดูแลเท้าได้ร้อยละ 32.6

คำสำคัญ: พฤติกรรมการดูแลเท้า, ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2, แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

Abstract

This research aimed to study foot care behaviors and factors affecting foot care behaviors among patients with type 2 diabetes mellitus in At Samat Subdistrict, At Samat District, Roi Et Province. The study employed a cross-sectional descriptive research design. The sample consisted of 183 type 2 diabetes patients, selected through stratified random sampling by village. The research instrument was a questionnaire comprising four parts: personal information, foot care knowledge, foot care health perceptions, and foot care behaviors. Data were analyzed using descriptive statistics, Pearson's correlation coefficient, and stepwise multiple regression analysis.

The results revealed that the majority of participants had a high level of foot care knowledge (87.43%). Participants demonstrated high levels of perceived susceptibility, perceived severity, perceived benefits, and health motivation, while their perceived barriers were at a moderate level. Most participants exhibited appropriate foot care behaviors (71.04%), with the remainder at a moderate level (28.96%). Factors significantly associated with foot care behaviors included perceived susceptibility, perceived severity, perceived benefits, perceived barriers, and health motivation. The factors affecting foot care behaviors were perceived severity of foot wounds, health motivation, and perceived barriers to foot care, which collectively predicted 32.6% of the variance in foot care behaviors.

Keywords: Foot Care Behavior, Type 2 Diabetes Mellitus Patients, Health Belief Model

บทนำ

สภาพสังคม เทคโนโลยีและสิ่งแวดล้อมในปัจจุบันส่งผลให้วิถีชีวิตของประชาชนเปลี่ยนแปลงไป เช่น การบริโภคอาหารที่ส่งผลเสียต่อสุขภาพ การดื่มเครื่องดื่มที่มีรสหวาน การบริโภคผักและผลไม้ไม่เพียงพอ และการเคลื่อนไหวร่างกายน้อย ส่งผลให้โรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะโรคเบาหวานที่ก่อให้เกิดความสูญเสียด้านสุขภาพ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2561) จากรายงานขององค์การอนามัยโลกในปี พ.ศ. 2559 พบว่ามีผู้เสียชีวิตทั่วโลกจากโรคไม่ติดต่อประมาณ 41 ล้านคน (ร้อยละ 71) โดยร้อยละ 82 เป็นผู้เสียชีวิตก่อนวัยอันควร (รุ่งนภา ลั่นอรุณ และคณะ, 2565) การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ. 2552-2563) พบว่าความชุกของโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นร้อยละ 21 (วิชัย เอกพลากร, 2564)

สถานการณ์โรคเบาหวานปีงบประมาณ 2566 พบว่าประเทศไทยมีอัตราป่วยด้วยโรคเบาหวานร้อยละ 7.70 โดยเขตสุขภาพที่ 9 มีอัตราป่วยร้อยละ 9.06 จังหวัดร้อยเอ็ดร้อยละ 9.02 อำเภออาจสามารถร้อยละ 8.73 และตำบลอาจสามารถร้อยละ 8.03 (กระทรวงสาธารณสุข, 2566ก) สิ่งที่น่าสนใจคือ แม้อัตราป่วยด้วยโรคเบาหวานในตำบลอาจสามารถจะต่ำกว่าค่าเฉลี่ยของจังหวัดและอำเภอ แต่กลับพบว่าอัตราป่วยตายด้วยโรคเบาหวานในตำบลอาจสามารถ (ร้อยละ 2.60) สูงกว่าค่าเฉลี่ยของจังหวัด (ร้อยละ 2.57) และใกล้เคียงกับค่าเฉลี่ยของอำเภอ (ร้อยละ 3.05) (กระทรวงสาธารณสุข, 2566ข) ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงปัญหาการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในพื้นที่

ในด้านการควบคุมโรค พบว่าร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีในจังหวัดร้อยเอ็ด อำเภออาจสามารถ และตำบลอาจสามารถ มีเพียงร้อยละ 27.07, 24.67 และ 23.47 ตามลำดับ ซึ่ง

ต่ำกว่าเป้าหมายที่กำหนดไว้ (ร้อยละ 40) โดยพบว่าตำบลอาจสามารถมีร้อยละของผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีต่ำที่สุดเมื่อเทียบกับระดับอำเภอและจังหวัด ขณะที่การเกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันอยู่ที่ร้อยละ 4.72, 4.22 และ 4.22 ตามลำดับ ซึ่งสูงกว่าเป้าหมาย (ร้อยละ 2) (กระทรวงสาธารณสุข, 2566ค) สำหรับผู้ป่วยที่มีปัญหาแผลที่เท้าในอำเภออาจสามารถ ปี 2564-2566 พบร้อยละ 1.09, 0.88 และ 0.53 ตามลำดับ และมีการตัดอวัยวะร้อยละ 0.20, 0.11 และ 0.09 ตามลำดับ (โรงพยาบาลอาจสามารถ, 2566) แม้แนวโน้มจะลดลง แต่ยังคงเป็นปัญหาสำคัญที่ต้องเฝ้าระวังและหาแนวทางป้องกัน

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมจะช่วยให้ผู้ป่วยเบาหวานมีคุณภาพชีวิตที่ดีและลดความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน แต่หากมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมจะเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนในหลายระบบ รวมถึงการสูญเสียเท้าจากแผลเบาหวาน ซึ่งเกิดจากการเปลี่ยนแปลงพยาธิสภาพของหลอดเลือดและเส้นประสาท ทำให้เลือดไปเลี้ยงเท้าไม่เพียงพอและประสาทรับความรู้สึกผิดปกติ ผู้ป่วยอาจไม่รู้ตัวเมื่อเกิดบาดแผลเล็กน้อย เท้าอาจมีการเปลี่ยนแปลงรูปร่าง นิ้วเท้างอผิดรูป ผิวหนังแห้งแตก เกิดแผลได้ง่าย และหากติดเชื้ออาจลุกลามจนต้องตัดอวัยวะ (อรรถสิทธิ์ ศรีสุปัติ และสุรีพร คนละเอียด, 2552)

การทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า แม้จะมีการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลเท้าในผู้ป่วยเบาหวาน แต่งานวิจัยส่วนใหญ่มุ่งเน้นศึกษาปัจจัยด้านความรู้และทักษะเป็นหลัก (สุปรียา เสียงดัง, 2562) แต่ให้ความสำคัญกับปัจจัยทางจิตวิทยาและการรับรู้ซึ่งตามทฤษฎีแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) แล้ว การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค และ

ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลเท้าของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ตำบลอาจสามารถ

อำเภออาจสามารถ จังหวัดร้อยเอ็ด



แรงจูงใจด้านสุขภาพ ล้วนมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ (กรวรรณ ผมทอง เขมรดี มาสิงบุญ และวัลภา คุณทรงเกียรติ, 2562) นอกจากนี้ ยังพบว่าการศึกษาส่วนใหญ่ ดำเนินการในบริบทของโรงพยาบาลขนาดใหญ่หรือในเขตเมือง ทำให้ขาดข้อมูลเฉพาะในบริบทชุมชนชนบทที่มีข้อจำกัดด้านทรัพยากรและการเข้าถึงบริการ โดยเฉพาะในพื้นที่ที่มีอัตราการควบคุมระดับน้ำตาลได้ต่ำ เช่น ตำบลอาจสามารถ ที่ประชากรส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรมและมีรายได้ต่ำ ซึ่งอาจมีปัจจัยเฉพาะที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลเท้าแตกต่างจากพื้นที่อื่น

การศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลเท้าของผู้ป่วยเบาหวานในตำบลอาจสามารถนี้ จึงมีความจำเป็นและมีความสำคัญ เพราะข้อมูลที่ได้จากงานวิจัยจะช่วยเติมเต็มช่องว่างความรู้เกี่ยวกับปัจจัยทางจิตวิทยาและการรับรู้ในบริบทชุมชนชนบท อีกทั้งยังสามารถนำไปวางแผนส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลเท้าที่เหมาะสม โดยคำนึงถึงบริบทและความต้องการเฉพาะของพื้นที่ เพื่อป้องกันและลดความเสี่ยงต่อการเกิดแผลที่เท้า ซึ่งจะช่วยลดอัตราการตัดอวัยวะและพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลเท้าของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ตำบลอาจสามารถ อำเภออาจสามารถ จังหวัดร้อยเอ็ด
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลเท้าของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ตำบลอาจสามารถ อำเภออาจสามารถ จังหวัดร้อยเอ็ด

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การศึกษาเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง

(Cross-sectional descriptive study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษารั้งนี้คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลอาจสามารถและอาศัยอยู่ในตำบลอาจสามารถ อำเภออาจสามารถ จังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 592 คน

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คำนวณกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป G* Power ใช้ Test family เลือก F-test, Statistical test เลือก Linear multiple regression: fix model, R2 deviation from zero กำหนดค่าอิทธิพลขนาดกลาง (Effect size) = 0.15 ค่าความคลาดเคลื่อน (Alpha) = .05 และค่า Power = .95 ตัวแปรอิสระ (Number of predictors) 6 ตัวแปร ได้กลุ่มตัวอย่าง 146 ราย

เพื่อป้องกันการตอบข้อมูลไม่ครบถ้วนสมบูรณ์ หรือการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 20 ผู้วิจัยจึงได้ปรับขนาดตัวอย่างจากที่คำนวณได้จากสูตรคำนวณเพิ่มเติมเอาไว้ (บุญญพัฒน์ ไชยเมธ, 2556) ดังนี้

$$N_{\text{new}} = n/1-L$$

$$L = \text{อัตราการมีข้อมูลขาดหายไป (0.2)}$$

$$N_{\text{new}} = 146/1-0.2$$

$$= 182.5 \approx 183 \text{ ราย}$$

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษารั้งนี้เท่ากับ 183 ราย เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้การสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ (Stratified Random Sampling) โดยใช้หมู่บ้านเป็นเกณฑ์ในการแบ่งชั้น ตำบลอาจสามารถมี 15 หมู่บ้าน มีผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์จำนวน 592 คน ผู้วิจัยคำนวณขนาดตัวอย่างในแต่ละหมู่บ้านตามสัดส่วนประชากร จากนั้นทำการสุ่มตัวอย่างในแต่ละหมู่บ้านด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) โดยใช้วิธีจับฉลากแบบ

ไม่คืนที่จากทะเบียนรายชื่อผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ของแต่ละหมู่บ้าน เกณฑ์การคัดเข้า ได้แก่ 1) อายุ 20-70 ปี 2) ผู้ป่วยมีการรับรู้สมรรถนะและสื่อสารภาษาไทยได้ 3) ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างน้อย 6 เดือน และ 4) ไม่เป็นผู้ป่วยติดเตียงที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ส่วนเกณฑ์คัดออก ได้แก่ 1) ผู้ที่ไม่สามารถให้ข้อมูลและไม่ยินยอมให้บันทึกข้อมูลผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการจากประวัติการตรวจรักษา 2) เจ็บป่วยรุนแรงจนไม่สามารถให้ข้อมูลได้ 3) ไม่ได้อยู่ในพื้นที่ในช่วงที่ทำการวิจัย และ 4) มีประวัติแพ้เท้า

เครื่องมือในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นจากการทบทวนแนวคิดทฤษฎี งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยกำหนดแบบสอบถามให้สอดคล้องกับตัวแปรแต่ละตัวในกรอบแนวคิดที่ใช้ในการศึกษา ซึ่งแบบสอบถามประกอบด้วย 4 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 6 ข้อ ประกอบด้วยข้อความ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ระยะเวลาที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน

ส่วนที่ 2 ข้อมูลความรู้เรื่องการดูแลเท้าในผู้ป่วยเบาหวาน จำนวน 10 ข้อ เลือกตอบได้ 3 คำตอบ คือ ใช่ ไม่ใช่ และไม่แน่ใจ คะแนนเต็ม 10 ข้อ โดยเกณฑ์ในการประเมินระดับความรู้แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ 1) ระดับสูง คือ คะแนนร้อยละ 80-100 2) ระดับปานกลาง คือ คะแนนร้อยละ 60-79 และ 3) ระดับต่ำ คือ คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60 ความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่า CVI เท่ากับ 0.87 และมีค่าความเที่ยงจากการทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน 30 คน วิเคราะห์โดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้เท่ากับ 0.83

ส่วนที่ 3 ข้อมูลการรับรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพเท้าของผู้ป่วยเบาหวาน จำนวน 35 ข้อ แบ่งเป็น 5 ด้าน ประกอบด้วย 1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดแผลที่เท้า 2) การรับรู้ความรุนแรงของแผลที่เท้า 3) การรับรู้ประโยชน์ในการดูแลเท้า 4) การรับรู้อุปสรรคของการดูแลเท้า และ 5) แรงจูงใจด้านสุขภาพ โดยด้านที่ 1-3 และ 5 ให้คะแนนเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับคือ มากที่สุด (4) มาก (3) น้อย (2) และน้อยที่สุด (1) ส่วนด้านที่ 4 ให้คะแนนในทิศทางตรงกันข้าม คือ มากที่สุด (1) มาก (2) น้อย (3) และน้อยที่สุด (4) แปลผลพิจารณาจากค่าเฉลี่ยตามเกณฑ์ของ Best (1981) โดยช่วงคะแนนเฉลี่ย 1.00-2.00 หมายถึงการรับรู้อยู่ในระดับต่ำ 2.01-3.00 หมายถึงการรับรู้อยู่ในระดับปานกลาง และ 3.01-4.00 หมายถึงการรับรู้อยู่ในระดับสูง แบบสอบถามส่วนนี้มีค่าความเที่ยงอยู่ระหว่าง 0.79-0.87

ส่วนที่ 4 ข้อมูลพฤติกรรมการดูแลเท้าของผู้ป่วยเบาหวาน จำนวน 15 ข้อ เป็นการสอบถามพฤติกรรมใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา ลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบเพียงคำตอบเดียว ได้แก่ ปฏิบัติเป็นประจำ (7 วัน/สัปดาห์) ปฏิบัติเป็นส่วนใหญ่ (4-6 วัน/สัปดาห์) ปฏิบัติบางครั้ง (1-3 วัน/สัปดาห์) หรือไม่เคยปฏิบัติ โดยการให้คะแนนเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ สำหรับข้อความเชิงบวก: ปฏิบัติเป็นประจำ (4) ปฏิบัติเป็นส่วนใหญ่ (3) ปฏิบัติบางครั้ง (2) ไม่เคยปฏิบัติ (1) และสำหรับข้อความเชิงลบให้คะแนนในทิศทางตรงกันข้าม แปลผลพิจารณาจากค่าเฉลี่ยตามเกณฑ์การให้คะแนนของ Best (1981) โดยคะแนนเฉลี่ย 3.01-4.00 หมายถึงพฤติกรรมอยู่ในระดับเหมาะสม 2.01-3.00 หมายถึงพฤติกรรมอยู่ในระดับพอใช้ และ 1.00-2.00 หมายถึงพฤติกรรมอยู่ในระดับต้องปรับปรุง แบบสอบถามส่วนนี้มีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.89

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ดำเนินการเก็บข้อมูลภายหลังได้รับการอนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด โดยมีขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล 2 ระยะ คือ ระยะเตรียมการและระยะการเก็บข้อมูล

1. ขั้นตอนการเตรียมการ เป็นการเตรียมผู้ช่วยวิจัย จำนวน 2 คน

1.1 อธิบายรายละเอียดโครงการวิจัย การอธิบายคำชี้แจง การขอความยินยอมและการใช้แบบสอบถาม คำอธิบายตัวเลือกแต่ละข้อคำถามแก่ผู้ช่วยวิจัย

1.2 ผู้วิจัยสาธิตการใช้แบบสอบถามทุกข้อเปิดโอกาสให้ผู้ช่วยวิจัยได้สอบถามในประเด็นที่สงสัย

2. ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขอความยินยอมในกลุ่มตัวอย่างที่เข้าเกณฑ์ โดยขอเก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถาม กรณีที่กลุ่มตัวอย่างไม่สามารถตอบแบบสอบถามไม่ได้จะให้ผู้ช่วยวิจัยอ่านแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างตอบตามข้อมูลที่เป็นจริง

2.2 การแจกและเก็บแบบสอบถามเพื่อเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง ตรวจสอบความสมบูรณ์ครบถ้วนของแบบสอบถามทุกฉบับ

2.3 นำข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถาม มาวิเคราะห์โดยวิธีการทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic)

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลเท้าของผู้ป่วยเบาหวานด้วยความถี่และร้อยละ

2. การวิเคราะห์สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

วิเคราะห์อิทธิพลของความรู้เรื่องการดูแลเท้าในผู้ป่วยเบาหวาน การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดแผลที่เท้าจากโรคเบาหวาน การรับรู้ความรุนแรงของแผลที่เท้าที่เกิดจากโรคเบาหวาน การรับรู้ประโยชน์ในการดูแลเท้า การรับรู้อุปสรรคของการดูแลเท้า และแรงจูงใจด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลเท้าของผู้ป่วยเบาหวาน ด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Correlation Coefficient) และการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Multiple Linear Regression Analysis Stepwise Method)

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด เลขที่โครงการ HE 2567-09-04-053

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 74.86) มีอายุ 61 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 57.38) สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 72.13) ประกอบอาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 71.04) มีรายได้อยู่ในช่วง 0-5,000 บาท (ร้อยละ 55.74) ระยะเวลาที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน 11 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 39.89) (ตารางที่ 1)

ความรู้เรื่องการดูแลเท้าในผู้ป่วยเบาหวาน

ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้อยู่ในระดับดี ร้อยละ 87.73 ระดับปานกลาง ร้อยละ 10.93 และระดับต่ำ ร้อยละ 1.64 (ตารางที่ 2)



ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n=183)

ข้อมูลทั่วไป		จำนวน	ร้อยละ
เพศ	ชาย	46	25.14
	หญิง	137	74.86
อายุ	31-40 ปี	3	1.64
	41-50 ปี	11	6.01
	51-60 ปี	64	34.97
	61 ปีขึ้นไป	105	57.38
ระดับการศึกษา	ไม่ได้รับการศึกษา	4	2.18
	ประถมศึกษา	132	72.13
	มัธยมศึกษาตอนต้น	31	16.94
	มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	9	4.92
	ปวส./อนุปริญญา	2	1.09
	ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	5	2.73
อาชีพ	ไม่ได้ประกอบอาชีพ	26	14.21
	เกษตรกร	130	71.04
	รับจ้าง	11	6.01
	อื่นๆ	16	8.74
รายได้	0-5,000 บาท	102	55.74
	5,001-10,000 บาท	57	31.14
	10,001-20,000 บาท	12	6.56
	20,001 ขึ้นไป	12	6.56
ระยะเวลาที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน	1-3 ปี	27	14.75
	4-6 ปี	32	17.49
	7-10 ปี	51	27.87
	11 ปีขึ้นไป	73	39.89

ตารางที่ 2 ความรู้เรื่องการดูแลเท้าในผู้ป่วยเบาหวาน (n=183)

ระดับความรู้	คะแนน	จำนวน	ร้อยละ
ระดับสูง	8-10	160	87.43
ระดับปานกลาง	5-7	20	10.93
ระดับต่ำ	0-4	3	1.64

การรับรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพเท้าของผู้ป่วยเบาหวาน ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดแผลที่เท้าจากโรคเบาหวาน การรับรู้ความรุนแรงของแผลที่เท้าที่เกิดจากโรคเบาหวาน การ

รับรู้ประโยชน์ในการดูแลเท้า แรงจูงใจด้านสุขภาพและการรับรู้ภาพรวม มีการรับรู้อยู่ในระดับสูง ส่วนการรับรู้อุปสรรคของการดูแลเท้ามีการรับรู้ในระดับปานกลาง (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 การรับรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพเท้าของผู้ป่วยเบาหวาน (n=183)

การรับรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพเท้าของผู้ป่วยเบาหวาน	Mean	S.D.	ระดับ
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดแผลที่เท้าจากโรคเบาหวาน	3.53	0.46	สูง
การรับรู้ความรุนแรงของแผลที่เท้าที่เกิดจากโรคเบาหวาน	3.56	0.48	สูง
การรับรู้ประโยชน์ในการดูแลเท้า	3.54	0.45	สูง
การรับรู้อุปสรรคของการดูแลเท้า	2.86	0.63	ปานกลาง
แรงจูงใจด้านสุขภาพ	3.61	0.41	สูง
การรับรู้ภาพรวม	3.42	0.52	สูง

พฤติกรรมกรรมการดูแลเท้าของผู้ป่วยเบาหวาน ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับพฤติกรรมการดูแลเท้าของผู้ป่วยเบาหวานอยู่ระดับเหมาะสม ร้อยละ 71.04 และพอใช้ ร้อยละ 28.96 (ตารางที่ 4)

ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพเท้าของผู้ป่วยเบาหวานกับพฤติกรรมการดูแลเท้าของผู้ป่วยเบาหวาน

ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดแผลที่เท้าจากโรคเบาหวาน การรับรู้ความรุนแรงของแผลที่เท้าที่เกิดจากโรคเบาหวาน การรับรู้ประโยชน์ในการดูแลเท้า การรับรู้อุปสรรคของการดูแลเท้า และแรงจูงใจด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลเท้าของผู้ป่วยเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .05$ (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 4 พฤติกรรมการดูแลเท้าของผู้ป่วยเบาหวาน (n=183)

ระดับพฤติกรรมการดูแลเท้าของผู้ป่วยเบาหวาน	จำนวน	ร้อยละ
เหมาะสม	130	71.04
พอใช้	53	28.96
ต้องปรับปรุง	0	0.00

ตารางที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพเท้าของผู้ป่วยเบาหวานกับพฤติกรรมการดูแลเท้าของผู้ป่วยเบาหวาน (n=183)

ตัวแปร	r	p-value
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดแผลที่เท้าจากโรคเบาหวาน	.275	0.00*
การรับรู้ความรุนแรงของแผลที่เท้าที่เกิดจากโรคเบาหวาน	.489	0.00*
การรับรู้ประโยชน์ในการดูแลเท้า	.464	0.00*
การรับรู้อุปสรรคของการดูแลเท้า	.337	0.00*
แรงจูงใจด้านสุขภาพ	.482	0.00*

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลเท้าของผู้ป่วยเบาหวาน

ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลเท้าของผู้ป่วยเบาหวาน ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของแผลที่เท้าที่เกิดจากโรคเบาหวาน แรงจูงใจด้านสุขภาพ และการรับรู้อุปสรรคของการดูแลเท้าโดยสามารถอธิบาย

ความแปรปรวนของพฤติกรรมการดูแลเท้าของผู้ป่วยเบาหวานได้ร้อยละ 32.6 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .05$ โดยเขียนเป็นสมการทำนายได้ ดังนี้ $Y = 22.171 + 0.448X_1 + 0.436X_2 + 0.166X_3$ (ตารางที่ 6)

ตารางที่ 6 ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลเท้าของผู้ป่วยเบาหวาน (n=183)

ปัจจัยทำนาย	B	SE	Beta	t	p-value
ค่าคงที่	22.171	2.784		7.963	0.00
การรับรู้ความรุนแรงของแผลที่เท้าที่เกิดจากโรคเบาหวาน (X_1)	.448	.125	.275	3.572	0.00
แรงจูงใจด้านสุขภาพ (X_2)	.436	.123	.272	3.559	0.00
การรับรู้อุปสรรคของการดูแลเท้า (X_3)	.166	.049	.212	3.364	0.01
$R = .581, R^2 = .337, \text{adj.} R^2 = .326, F = 30.328, \text{SE. est} = 3.689$					

อภิปรายผล

จากผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้ในระดับดี (ร้อยละ 87.73) สอดคล้องกับการศึกษาของกรวรรณ ผมทอง เขมารดี มาสิงบุญ และวัลภา คุณทรงเกียรติ (2562) ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้การดูแลเท้าในผู้ป่วยเบาหวานระดับดี ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีพื้นฐานความรู้ที่แข็งแรง อาจเป็นผลมาจากการได้รับข้อมูลที่ถูกต้อง ครบถ้วน และเหมาะสมกับระดับความเข้าใจ รวมถึงประสบการณ์หรือการฝึกอบรมที่ได้รับมาก่อนหน้านี้ สำหรับกลุ่มที่มีความรู้ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 10.93) อาจเกิดจากความแตกต่างของปัจจัยส่วนบุคคล เช่น ระดับการศึกษา ประสบการณ์ หรือโอกาสในการเข้าถึงแหล่งข้อมูลที่มีประสิทธิภาพ ทั้งนี้ กลุ่มนี้ยังสามารถพัฒนาให้มีความรู้ในระดับดีขึ้นได้ผ่านการให้ข้อมูลเพิ่มเติมหรือการฝึกอบรมที่ตรงประเด็น ส่วนกลุ่มที่มีความรู้ในระดับต่ำ (ร้อยละ 1.64) แม้จะเป็นสัดส่วนที่น้อย แต่ก็ควรให้ความสำคัญเพื่อพัฒนาความรู้ของกลุ่มนี้ อาจเกิดจากข้อจำกัดด้านการเข้าถึงข้อมูล ความซับซ้อนของเนื้อหา หรือความสนใจต่อประเด็นดังกล่าวที่น้อยกว่ากลุ่มอื่น โดยสรุป ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้ในระดับที่น่าพึงพอใจ อย่างไรก็ตาม ควรมุ่งเน้นการพัฒนาคนที่อยู่ในระดับปานกลางและระดับต่ำ เพื่อให้ทุกกลุ่มสามารถเพิ่มพูนความรู้ได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพสูงสุด

ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดแผลที่เท้าจากโรคเบาหวานและการรับรู้ความรุนแรงของแผลที่เท้าอยู่ในระดับสูง แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่ตระหนักถึงความเสี่ยงและผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นจากภาวะแทรกซ้อนที่เท้า อาจเป็นผลมาจากการได้รับข้อมูลข่าวสารที่เพียงพอจากบุคลากรทางการแพทย์ ประสบการณ์ตรงจากตนเองหรือผู้อื่นที่เคย

ประสบปัญหาแผลที่เท้า รวมถึงการได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน นอกจากนี้ การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลเท้าและแรงจูงใจด้านสุขภาพยังอยู่ในระดับสูงด้วย แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยเข้าใจถึงความสำคัญของการดูแลเท้า และตระหนักว่าการปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์สามารถลดความเสี่ยงต่อการเกิดแผลที่เท้าได้ อย่างไรก็ตาม แม้ว่าผู้ป่วยจะมีแรงจูงใจที่ดี แต่ก็จำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนและส่งเสริมพฤติกรรมที่เหมาะสมอย่างต่อเนื่อง ส่วนการรับรู้อุปสรรคของการดูแลเท้าอยู่ในระดับปานกลาง แสดงให้เห็นว่ายังมีปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถดูแลเท้าได้อย่างเต็มที่ เช่น ข้อจำกัดด้านร่างกาย ความไม่สะดวกในการเข้าถึงสถานบริการ สาธารณสุข การสวมรองเท้าที่ไม่เหมาะสม หรือการขาดความรู้เฉพาะทางเกี่ยวกับการดูแลเท้า ปัจจัยเหล่านี้เป็นอุปสรรคสำคัญที่ต้องได้รับการแก้ไขเพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดแผลที่เท้า

ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการดูแลเท้าอยู่ในระดับที่เหมาะสม (ร้อยละ 71.04) ขณะที่อีกร้อยละ 28.96 อยู่ในระดับพอใช้ สอดคล้องกับการศึกษาของสุปรียา เสียงดัง (2562) ที่ศึกษาพฤติกรรมการดูแลเท้าของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลสิงหนคร อำเภอสิงหนคร จังหวัดสงขลา ซึ่งพบว่าพฤติกรรมการดูแลเท้าของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในภาพรวมอยู่ในระดับสูง ผลการศึกษาสะท้อนให้เห็นว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีกระบวนการรับรู้และเข้าใจถึงความสำคัญของการดูแลเท้าเป็นอย่างดี อีกทั้งยังสามารถนำความรู้ที่นำไปปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง การดูแลเท้าที่เหมาะสมช่วยลดความเสี่ยงของการเกิดแผลที่เท้าและการติดเชื้อ ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยเบาหวาน

อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมการดูแลเท้าในระดับพอใช้ (ร้อยละ 28.96) อาจขาดความรู้หรือ

ทักษะที่จำเป็นในการดูแลเท้า หรืออาจมีข้อจำกัดบางประการ เช่น ปัญหาทางสายตาหรือการเคลื่อนไหว ส่งผลให้มีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลที่เท้ามากขึ้น การจัดโปรแกรมสุขศึกษาที่หลากหลายให้กับผู้ป่วยจึงเป็นสิ่งจำเป็นที่โรงพยาบาลต้องดำเนินการ รวมทั้งการออกเยี่ยมติดตามเพื่อประเมินพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเท้าของผู้ป่วยในชุมชน ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นถึงความสำคัญของการให้ความรู้และการสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยที่ยังมีพฤติกรรมการดูแลเท้าในระดับพอใช้ ควรมีการส่งเสริมและฝึกทักษะเพิ่มเติมเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดูแลเท้าได้อย่างเหมาะสม โดยสรุป ผลการศึกษานี้ให้เห็นว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการดูแลเท้าที่ดี แต่ยังคงมีกลุ่มที่ต้องการการสนับสนุนเพิ่มเติม เพื่อให้สามารถดูแลเท้าได้อย่างมีประสิทธิภาพ และลดความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต

ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ถึงความเสี่ยงในการเกิดแผลที่เท้าจากโรคเบาหวาน การตระหนักถึงความรุนแรงของแผล การมองเห็นประโยชน์และอุปสรรคในการดูแลเท้า รวมถึงแรงจูงใจด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับพฤติกรรมการดูแลเท้าของผู้ป่วยเบาหวาน สอดคล้องกับการศึกษาของณัฐสุดา คติชอบพินดา จันทโสภิพันธ์ และวราภรณ์ บุญเชียง (2565) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลเท้าในชีวิตประจำวันของผู้ที่เป็นโรคเบาหวานที่มีภาวะเส้นประสาทส่วนปลายเสื่อมในชุมชน พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงในการถูกตัดเท้า การรับรู้อุปสรรคของการดูแลเท้า ความรู้เรื่องการดูแลเท้า การรับรู้สมรรถนะของตนเองในการดูแลเท้า และการสนับสนุนจากครอบครัวมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลเท้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$

ผลการศึกษาเน้นย้ำถึงบทบาทสำคัญของปัจจัยทางจิตสังคมและความเข้าใจของผู้ป่วยในการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่เหมาะสม การที่ผู้ป่วยตระหนักถึงโอกาสเสี่ยงในการเกิดแผลที่เท้า ช่วยกระตุ้นให้พวกเขาให้ความสำคัญกับการดูแลเท้ามากขึ้น เพราะการรับรู้ความเสี่ยงเป็นปัจจัยหลักที่ส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน นอกจากนี้ การตระหนักถึงความรุนแรงของแผลที่อาจเกิดขึ้นหากไม่ได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม ทำให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงผลกระทบร้ายแรง เช่น การติดเชื้อรุนแรงหรือความจำเป็นในการตัดขา ซึ่งช่วยเพิ่มความตั้งใจในการดูแลเท้า

การรับรู้ถึงประโยชน์ของการดูแลเท้า เช่น การป้องกันแผลและลดความรุนแรงของโรค เป็นอีกหนึ่งปัจจัยที่ช่วยให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามคำแนะนำทางการแพทย์อย่างต่อเนื่อง ในขณะเดียวกัน การรับรู้อุปสรรค เช่น ความยุ่งยากในการดูแล ค่าใช้จ่าย หรือความไม่สะดวกอาจเป็นอุปสรรคต่อการดูแลเท้า อย่างไรก็ตาม หากสามารถลดอุปสรรคเหล่านี้หรือให้แนวทางในการจัดการก็จะช่วยส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลเท้าให้ดีขึ้น

แรงจูงใจเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้ผู้ป่วยดูแลเท้าอย่างสม่ำเสมอ โดยผู้ที่มีแรงจูงใจสูงมักปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์และดูแลสุขภาพของตนเองได้ดีกว่า ดังนั้น การเสริมสร้างแรงจูงใจผ่านการให้ความรู้และการสนับสนุนทางสังคมจึงมีความจำเป็น ผลการศึกษานี้สะท้อนให้เห็นว่า การส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลเท้าของผู้ป่วยเบาหวานไม่เพียงแต่ต้องอาศัยความรู้เท่านั้น แต่ยังคงคำนึงถึงการรับรู้ ความเสี่ยง ความรุนแรง ประโยชน์ อุปสรรค และแรงจูงใจด้านสุขภาพด้วย ดังนั้น โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้ป่วยเบาหวานควรเน้นการสร้างความรู้และเสริมแรงจูงใจควบคู่กัน



การให้ความรู้ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลสุขภาพของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน

ผลการศึกษาพบว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลเท้าของผู้ป่วยเบาหวาน ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของแผลที่เท้า แรงจูงใจด้านสุขภาพ และการรับรู้อุปสรรคในการดูแลเท้า ซึ่งร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมการดูแลเท้าได้ร้อยละ 32.6 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผู้ป่วยที่ตระหนักถึงอันตรายของแผลที่เท้าและภาวะแทรกซ้อนรุนแรง เช่น การติดเชื้อหรือการตัดขา มักมีพฤติกรรมการดูแลเท้าที่ดีกว่า ทั้งการตรวจสอบเท้าประจำ การรักษาความสะอาด และการสวมรองเท้าที่เหมาะสม

แรงจูงใจด้านสุขภาพ ซึ่งเกิดจากความต้องการมีคุณภาพชีวิตที่ดี ลดความเสี่ยงของโรครุนแรง หรือการได้รับกำลังใจจากบุคลากรทางการแพทย์และครอบครัว ส่งผลให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามแนวทางการดูแลเท้าได้ดีขึ้น

การรับรู้และจัดการอุปสรรคในการดูแลเท้า เช่น ข้อจำกัดการเข้าถึงบริการสุขภาพ ความไม่สะดวกในการดูแลตนเอง หรือการขาดความรู้ที่เพียงพอ ก็เป็นปัจจัยสำคัญ ผู้ป่วยที่สามารถจัดการกับอุปสรรคเหล่านี้ได้จะมีพฤติกรรมการดูแลเท้าที่ดีกว่า

แม้ว่าปัจจัยทั้งสามนี้สามารถอธิบายพฤติกรรมการดูแลเท้าได้ในระดับหนึ่ง แต่ก็ยังมีปัจจัยอื่นที่อาจส่งผลต่อพฤติกรรมดังกล่าว ซึ่งไม่ได้ถูกนำมาศึกษาในงานวิจัยนี้ เช่น ปัจจัยทางเศรษฐกิจและสังคม (เช่น รายได้และระดับการศึกษา) การสนับสนุนทางสังคม (เช่น จากครอบครัวหรือชุมชน) และปัจจัยทางจิตวิทยา (เช่น ความเครียดหรือภาวะซึมเศร้า) ซึ่งอาจมีบทบาทสำคัญต่อพฤติกรรมการดูแลเท้าของผู้ป่วยเช่นกัน

ผลการศึกษาชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการสร้างความตระหนักรู้เกี่ยวกับความรุนแรงของแผลที่เท้า การกระตุ้นแรงจูงใจด้านสุขภาพ และการช่วยเหลือผู้ป่วยในการจัดการกับอุปสรรคต่าง ๆ ที่ขัดขวางการดูแลเท้า หากสามารถพัฒนาปัจจัยเหล่านี้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดูแลเท้าได้ดีขึ้น และลดความเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานในระยะยาว

ข้อเสนอแนะ

1. ควรพัฒนาโปรแกรมให้ความรู้เพิ่มเติมและสนับสนุนการเข้าถึงบริการสุขภาพและอุปกรณ์ที่จำเป็น เพื่อลดอุปสรรคและส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถดูแลเท้าของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น
2. ควรเสริมสร้างความรู้ให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากแผลที่เท้า เพื่อกระตุ้นให้เกิดการดูแลเท้าอย่างสม่ำเสมอและมีความระมัดระวังมากขึ้น
3. ควรให้คำแนะนำหรือแนวทางในการดูแลเท้าที่เข้าใจง่ายและเหมาะสมกับผู้ป่วย เพื่อให้สามารถปฏิบัติตามได้โดยไม่รู้สึกรำคาญอุปสรรคมากเกินไป เช่น การแนะนำวิธีการเลือกซื้ออุปกรณ์ที่ใช้ในการดูแลเท้าที่เหมาะสม
4. ควรจัดระบบการติดตามและให้การสนับสนุนผู้ป่วยเบาหวานในระยะยาว เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าการได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องและไม่เป็นภาระ

เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงสาธารณสุข. (2566ก). อัตราการป่วยด้วยโรคเบาหวาน ปีงบประมาณ 2566. สืบค้นเมื่อวันที่ 24 กรกฎาคม 2567 จาก https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?&cat_id=6a1fdf282fd28180eed7d1cfe0155e11&id=cefa42b9223ec4d1969c5ce18d762bdd.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2566ข). อัตราป่วยตายด้วยโรคเบาหวาน ปีงบประมาณ 2566. สืบค้นเมื่อวันที่ 24 กรกฎาคม 2567 จาก https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?&cat_id=6a1fdf282fd28180eed7d1cfe0155e11&id=589248f2516fbb85d4a4a5605c3ca1c4.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2566ค). ร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี ปีงบประมาณ 2566. สืบค้นเมื่อวันที่ 24 กรกฎาคม 2567 จาก <https://hdc.moph.go.th/center/public/standard-report-detail/137a726340e4dfde7bbbc5d8aeee3ac3>
- กระทรวงสาธารณสุข. (2566ง). ร้อยละของการเกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันในผู้ป่วยเบาหวาน ปีงบประมาณ 2566. สืบค้นเมื่อวันที่ 24 กรกฎาคม 2567 จาก <https://hdc.moph.go.th/center/public/standard-report-detail/b06544333648315e83c83445a62dd94e>
- กรวรรณ ผมทอง เขมราดี มาสิงบุญ และวัลภา คุณทรงเกียรติ. (2562). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลเท้าของผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดแผลที่เท้า. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ, 37(4), 109-118.
- ณัฐสุดา คติชอบ พนิดา จันทโสภีพันธ์ และวราภรณ์ บุญเชียง. (2565). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลเท้าในชีวิตประจำวันของผู้ที่เป็นโรคเบาหวานที่มีภาวะเส้นประสาทส่วนปลายเสื่อมในชุมชน. พยาบาลสารมหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 49(4), 357-368.
- บุญญพัฒน์ ไชยเมธ. (2556). การกำหนดขนาดตัวอย่างสำหรับการวิจัยเชิงพรรณนาในงานสาธารณสุข. วารสารมหาวิทยาลัยทักษิณ, 16(2), 9-18.
- รุ่งนภา ลั่นอรัญ วรัญญา ตรีเหล่า และสุภาพร หน่อคำ. (2565). หลักสูตรการเพิ่มสมรรถนะการจัดการ โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง (ระดับกลาง). นนทบุรี: กรมควบคุมโรค.
- โรงพยาบาลอาจสามารถ. สรุปผลการดำเนินงานการควบคุมโรคติดต่อไม่เรื้อรัง โรงพยาบาลอาจสามารถ จังหวัดร้อยเอ็ด ปีงบประมาณ 2566 [เอกสารอัดสำเนา]. ร้อยเอ็ด.
- วิชัย เอกพลากร. (2564). การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562-2563. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์อักษรกราฟิกแอนด์ดีไซน์.
- สุปรียา เสียงดัง. (2562). พฤติกรรมการดูแลเท้าของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลสิงหนคร อำเภอสิงหนคร จังหวัดสงขลา. วารสารสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ, 2(3), 1-15.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2561). การสำรวจพฤติกรรมการบริโภคอาหาร พ.ศ. 2560. กรุงเทพมหานคร: [ม.ป.ท.]
- อรรถสิทธิ์ ศรีสุบัติ และสุวีรพร คนละเอียด. (2552). แนวทางการดูแลเท้าในผู้ป่วยเบาหวาน. กรุงเทพฯ: บริษัท โอ-วิทย์ (ประเทศไทย) จำกัด.