สมาคมเครือข่ายหมออนามัยวิชาการ
Mohanamai Academic Network Association

ISSN 3057-1901 (Online)

วารสารวิชาการ

เพื่อการพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิและสาธารณสุข

Academic Journal for Primary Care and Public Health Development

ปีที่ 4 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม-สิงหาคม 2569
VOL.4 NO.2 May-August 2026

AJPPD

สมาคมเครือข่ายหมออนามัยวิชาการ (Mohanamai Academic Network Association)

กองบรรณาธิการ (EDITORIAL BOARD)

วารสารวิชาการเพื่อการพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิและสาธารณสุข

Academic Journal for Primary Care and Public Health Development

ปีที่ 4 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม-สิงหาคม 2569

Vol.4 No.2 May-August 2026

บรรณาธิการ (Editor-in-Chief)

ผศ.ดร. บุญเรือง ขาวนวล มหาวิทยาลัยทักษิณ

กองบรรณาธิการ (Editorial Board Members)

ผศ. ดร. กิตติพงษ์ สอนล้อม	มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ดร. ณีรนุช วงศ์เจริญ	มหาวิทยาลัยพะเยา
ดร. พุทธิไกร ประมวล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ
ดร. อนุวัฒน์ เพ็งพุฒ	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธรจังหวัดขอนแก่น
ดร. ดุริยางค์ วาสนา	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี
ดร. ภัชชนก รัตนกรปรีดา	มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา
ดร. ธีรพัฒน์ สุทธิประภา	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์
ดร. วิเชียร ไทยเจริญ	ข้าราชการบำนาญ
อาจารย์พิศิษฐ์ พวงนาค	ข้าราชการบำนาญ
ว่าที รอ. วีระศักดิ์ เดชอรัญ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง

ผู้ช่วยบรรณาธิการ (Assistant Editors)

นายจักรินทร์ ปริมานนท์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธรจังหวัดตรัง

เลขานุการกองบรรณาธิการ (Editorial Secretary)

นายกฤตเมธ อัตภูมิ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอคำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์

ติดต่อ: Krittamath2013@gmail.com, โทรศัพท์: 0956647343

บทบรรณาธิการ

วารสารวิชาการเพื่อการพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิและสาธารณสุข ปีที่ 4 ฉบับที่ 2 ประจำเดือนพฤษภาคม–สิงหาคม 2569 นำเสนอบทความวิจัยจำนวน 15 เรื่อง ครอบคลุมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ การป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ และการดูแลผู้ป่วยในระดับโรงพยาบาล ปฐมภูมิ และชุมชน

เนื้อหาสำคัญส่วนหนึ่งมุ่งเน้นการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยเฉพาะโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ครอบคลุมการศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคเบาหวานในกลุ่มเสี่ยงที่มีภาวะก่อนเป็นโรคเบาหวาน อิทธิพลของแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ตลอดจนความรอบรู้ด้านสุขภาพกับการจัดการความเครียดในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง นอกจากนี้ ยังมีการประเมินผลโปรแกรมการจัดการตนเองโดยใช้ระบบติดตามทางไกลในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งแสดงให้เห็นทิศทางการพัฒนาบริการที่ผสมผสานการดูแลต่อเนื่องเข้ากับเทคโนโลยีสุขภาพอย่างเหมาะสมกับบริบทบริการ

ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นอีกประเด็นที่ได้รับความสนใจอย่างเด่นชัดในฉบับนี้ ทั้งในกลุ่มผู้สูงอายุ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้ปกครองเด็ก และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เนื้อหาเหล่านี้สะท้อนว่า การเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน และใช้ข้อมูลสุขภาพอย่างเหมาะสมเป็นพื้นฐานสำคัญของการตัดสินใจและการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ขณะเดียวกัน การเข้าถึงข้อมูลสารสนเทศและสมรรถนะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านยังมีบทบาทต่อความเข้มแข็งของระบบสุขภาพระดับชุมชน โดยเฉพาะการดูแลประชาชนที่มีโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอย่างต่อเนื่องและใกล้ชิด

สำหรับการป้องกันโรคติดต่อและปัญหาสุขภาพเฉพาะพื้นที่ ฉบับนี้มีบทความเกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก การป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ในผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง และโปรแกรมพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน รวมทั้งการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างชนิดของเชื้อไวรัสเอชพีวีกับความรุนแรงของรอยโรคปากมดลูก องค์ความรู้ดังกล่าวช่วยสนับสนุนการวางแผนป้องกันโรค การคัดกรอง และการสื่อสารความเสี่ยงให้เหมาะสมกับประชากรและบริบททางระบาดวิทยาของแต่ละพื้นที่

นอกจากนี้ ยังมีบทความที่ให้ความสำคัญกับคุณภาพและความต่อเนื่องของการดูแล ได้แก่ การติดตามดูแลผู้ใช้ยาเสพติดโดยชุมชนมีส่วนร่วม การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และโปรแกรมป้องกันแผลกดทับในผู้ป่วยภาวะวิกฤต ประเด็นเหล่านี้ชี้ให้เห็นความสำคัญของการเชื่อมโยงการดูแลระหว่างบุคลากรสุขภาพ ผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน ตลอดจนการนำหลักฐานทางวิชาการมาใช้พัฒนากระบวนการดูแลให้มีคุณภาพและสอดคล้องกับปัญหาของผู้รับบริการ

กองบรรณาธิการหวังว่าองค์ความรู้จากบทความในฉบับนี้จะเป็นประโยชน์ต่อบุคลากรทางการแพทย์ การพยาบาล การสาธารณสุข และนักวิจัย ในการประยุกต์ใช้เพื่อพัฒนางานประจำ คุณภาพบริการ และระบบสุขภาพที่ตอบสนองต่อบริบทของประชาชน พร้อมกันนี้ ขอขอบคุณผู้นิพนธ์ ผู้ทรงคุณวุฒิ และผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่ายที่ร่วมสนับสนุนการเผยแพร่ผลงานวิชาการให้มีคุณภาพและเกิดประโยชน์ต่อระบบสุขภาพอย่างต่อเนื่อง

(ผศ. ดร. บุญเรือง ขาวนวล)

บรรณาธิการ

วารสารวิชาการเพื่อการพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิและสาธารณสุข

สารบัญ

เรื่อง	หน้า
ประสิทธิผลการติดตามดูแลผู้เสพยาเสพติดโดยชุมชนมีส่วนร่วม ในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านทู้ อำเภอธาตุพนม จังหวัดนครพนม Effectiveness of Community-Participatory Monitoring and Care for Drug Users in the Catchment Area of Ban Thu Subdistrict Health Promoting Hospital, That Phanom District, Nakhon Phanom Province เสกสันติ์ จันทนะ, จริยา มาตราช, กนกกร ราชวัตร	167-173
ผลของการให้ความรู้ในผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง ตำบลเขานิเวศน์ Effects of Health Education on Stroke Patients in Khao Niwet Subdistrict สุนทรี จันทรกูล	174-187
ปัจจัยความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ในผู้สูงอายุ ในพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านท่าบันได อำเภอย่านตาขาว จังหวัดตรัง Health Literacy Factors Influencing Desirable Health Behaviors Among the Elderly in the Catchment Area of Ban Tha Bandai Health Promoting Hospital, Yan Ta Khao District, Trang Province สรพงษ์ ทวีรัตน์	188-203
ประสิทธิผลของโปรแกรมการป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤต ขณะนอนรักษาในโรงพยาบาลระนอง Effectiveness of Caring Program for Preventing Pressure Ulcer in Critical Patient in Ranong Hospital สุปราณี นุชบุญช่วย	204-218
ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานของกลุ่มเสี่ยงที่มีภาวะก่อนเป็นโรคเบาหวาน อำเภอศรีสมเด็จ จังหวัดร้อยเอ็ด Predictive Factors of Diabetes Prevention Behaviors among At-Risk Individuals with Prediabetes in Si Somdet District, Roi Et Province ปิยะนุช ศรีปัดถา	219-230
อิทธิพลของแรงสนับสนุนทางสังคมที่ส่งผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน อำเภอบางขัน จังหวัดนครศรีธรรมราช The Influence of Social Support on Glycemic Control among Diabetic Patients in Bang Khan District, Nakhon Si Thammarat Province บุญฤทธิ์ รัตนบุรี	231-247

สารบัญ (ต่อ)

เรื่อง	หน้า
ความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีอิทธิผลต่อการจัดการความเครียดในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อำเภอบางขัน จังหวัดนครศรีธรรมราช Health Literacy Influencing Stress Management in Hypertensive Patients in Bang Khan District, Nakhon Si Thammarat Province บุษยมาศ ตรีรัตนกิจ	248-263
การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการในคลินิกหมอครอบครัว สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี คลองพน อำเภอคลองท่อม จังหวัดกระบี่ A Study of Factors related to self–care behavior of diabetic patients at the Primary Care Cluster Clinic of Chaloem Phrakiat 60th Anniversary Nawaminthrachini Sub-district Health Promoting Hospital, Krabi Province อุมาพร ทองเกลี้ยง	264-282
การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างชนิดของเชื้อ HPV และความรุนแรงของรอยโรคปากมดลูก จากการตรวจด้วยคอลโปสโคปในสตรีจังหวัดระนอง Association between Human Papillomavirus (HPV) Genotypes and the Severity of Cervical Lesions Determined by Colposcopy among Women in Ranong Province อรุณ เจ๊ะแว	283-296
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนในพื้นที่ตำบลปลายพระยา อำเภอปลายพระยา จังหวัดกระบี่ Factors Associated with Dengue Fever Prevention and Control Behaviors among Residents in Plai Phraya Subdistrict, Plai Phraya District, Krabi Province บุปผา ทองศักดิ์	297-306
ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการให้อาหารเด็กของผู้ปกครองในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านอู่ทอง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหัวทุ่ง อำเภอนบพิตำ จังหวัดนครศรีธรรมราช The Relationship between Health Literacy and Child Feeding Behaviors among Parents at Ban U-Thong Child Development Center, Ban Hua Thung Sub-district Health Promoting Hospital, Nopphitam District, Nakhon Si Thammarat Province เกษกาญจน์ ไชยยัง	307-324

สารบัญ (ต่อ)

เรื่อง	หน้า
อิทธิพลของความรอบรู้ด้านสุขภาพ และการเข้าถึงข้อมูลสารสนเทศ ที่มีต่อสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเมืองกระบี่ จังหวัดกระบี่ The Influence of Health Literacy and Information Accessibility on the Competence in Caring for Patients with Non-Communicable Diseases among Village Health Volunteers in Mueang Krabi District, Krabi Province ธนภรณ์ ชนะไพริน	325-343
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้หวัดใหญ่ในผู้สูงอายุ ที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรัง อำเภอเมือง จังหวัดพังงา Factors associated with influenza prevention and control behavior among elderly people with chronic diseases, Mueang District, Phang Nga Province สิทธิชัย สุดศรี	344-358
ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองโดยใช้ระบบติดตามทางไกลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลสามชัย จังหวัดกาฬสินธุ์ Effects of a Self-Management Program Using Remote Monitoring on Self-Care Behaviors and Glycated Hemoglobin (HbA1c) Levels Among Patients with Type 2 Diabetes at Sam Chai Hospital, Kalasin Province พิชญาภัค มองเพ็ชร	359-372
ผลของโปรแกรมพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลศรีตระกูล อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ Effects of a Community-Participatory Health Literacy Program on Opisthorchiasis Prevention among a High-Risk Population in Sri Trakul Subdistrict, Khukhan District, Sisaket Province ประกอบกิจ ศิลาโชติ และพุทธิไกร ประมวล	373-389
ประสิทธิผลของโปรแกรมเสริมสร้างความรู้และทักษะการแพทย์ฉุกเฉินของอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์ จังหวัดกระบี่ Effectiveness of an Emergency Medical Knowledge and Skills Enhancement Program for Emergency Medical Volunteers in Krabi Province ศรัญยา โชคไพศาล	390-400

สารบัญ (ต่อ)

เรื่อง	หน้า
การพัฒนารูปแบบการจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือนแบบมีส่วนร่วมโดยกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอเมืองเชียงราย จังหวัดเชียงราย	401-412
Development of a Participatory Household Solid Waste Management Model through the District Health Board Mechanism in Mueang Chiang Rai District, Chiang Rai Province	
อนุชิต หน่อแหวน	

วารสารวิชาการเพื่อการพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิและสาธารณสุข
Academic Journal for Primary Care and Public Health Development

ประสิทธิผลการติดตามดูแลผู้เสพยาเสพติดโดยชุมชนมีส่วนร่วม ในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านทู้ อำเภอธาตุพนม จังหวัดนครพนม

Effectiveness of Community-Participatory Monitoring and Care for Drug Users in the Catchment Area of Ban Thu Subdistrict Health Promoting Hospital, That Phanom District, Nakhon Phanom Province

เสกสันติ์ จันทนะ, จริยา มาตราช, กนกกร ราชวัตร

Seksan Chantana, Jariya Matrach, Kanokkon Ratchawat

(Received: May 1, 2026; Accepted: May 20, 2026)

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบอาการของผู้ใช้สารเสพติด คุณภาพชีวิต และความคิดเห็นเกี่ยวกับผลการติดตามบำบัดและการกลับไปเสพซ้ำ ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการติดตามดูแลโดยชุมชนมีส่วนร่วม กลุ่มตัวอย่าง คือ ประชาชนผู้ผ่านการบำบัดยาเสพติด CBTx ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านทู้ อำเภอธาตุพนม จังหวัดนครพนม จำนวน 34 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการติดตามดูแลโดยทีม 511 ระยะเวลา 12 สัปดาห์ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถาม 4 ส่วน ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินอาการของผู้ใช้สารเสพติด แบบประเมินคุณภาพชีวิต และแบบประเมินความคิดเห็นเกี่ยวกับผลการติดตามบำบัดและการกลับไปเสพซ้ำ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติทดสอบทีชนิดกลุ่มตัวอย่างไม่เป็นอิสระต่อกัน (paired sample t-test) ที่ระดับนัยสำคัญ .05

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย อายุ 20–30 ปี การศึกษาต่ำกว่าระดับปริญญาตรี สถานภาพโสด ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป สารเสพติดที่ใช้มากที่สุด คือ ยาบ้า เริ่มใช้เมื่ออายุ 15–18 ปี ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม คะแนนเฉลี่ยของอาการเพิ่มขึ้นจาก 6.50 เป็น 12.32 คุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นจาก 10.61 เป็น 20.44 และความคิดเห็นเกี่ยวกับผลการติดตามบำบัดและการกลับไปเสพซ้ำเพิ่มขึ้นจาก 8.38 เป็น 14.85 โดยทั้งสามด้านเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ผลการศึกษาเบื้องต้นชี้ให้เห็นการเปลี่ยนแปลงในทิศทางที่ดีขึ้นของกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโปรแกรม อย่างไรก็ตาม เนื่องจากเป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียว ไม่มีกลุ่มควบคุม จึงยังไม่สามารถยืนยันได้ว่าการเปลี่ยนแปลงเป็นผลจากโปรแกรมโดยตรง การศึกษาในอนาคตควรออกแบบให้มีกลุ่มควบคุมและติดตามผลในระยะยาว

คำสำคัญ: การติดตามดูแลผู้เสพยาเสพติด, การมีส่วนร่วมของชุมชน, การฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด

Abstract

This quasi-experimental, one-group pretest–posttest study aimed to compare symptoms, quality of life, and attitudes toward treatment outcomes and relapse before and after participation in a community-participatory follow-up care program. Thirty-four participants who had completed CBTx substance use treatment were purposively recruited from the catchment area of Ban Thu Subdistrict Health Promoting Hospital, That Phanom District, Nakhon Phanom Province. The intervention was a 12-week community-participatory follow-up program delivered by the "511 team," consisting of multidisciplinary professionals, village health volunteers, peer buddies, and family members. Data were collected using a four-part questionnaire covering demographic characteristics, symptoms of substance users, quality of life, and attitudes toward treatment outcomes and relapse. Descriptive statistics and the paired sample t-test were used at the .05 significance level.

Most participants were male, aged 20–30 years, with education below the bachelor's level, single, and worked as general laborers. The majority used methamphetamine, initiated between 15 and 18 years of age. After the 12-week program, mean scores significantly increased ($p < .05$) in all three domains: symptoms (from 6.50 to 12.32), quality of life (from 10.61 to 20.44), and attitudes toward treatment outcomes and relapse (from 8.38 to 14.85). These preliminary findings suggest favorable within-group changes among participants. However, given the single-group pretest–posttest design without a control group, the observed changes cannot be attributed to the program alone. Future studies with control groups and longer follow-up periods are recommended to evaluate relapse prevention and the sustainability of outcomes.

Keywords: monitoring of substance users, community engagement, rehabilitation of individuals with substance use disorders

บทนำ

ปัญหายาเสพติดเป็นปัญหาสำคัญของทั่วโลก ส่งผลกระทบต่อความมั่นคงของประเทศ ระบบสังคม และเศรษฐกิจ ตลอดจนปัญหาอาชญากรรม โดยมีแนวโน้มผู้ใช้ยาเสพติดเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง รายงานของสำนักงานว่าด้วยยาเสพติดและอาชญากรรมแห่งสหประชาชาติ (UNODC, 2019) ระบุว่าจำนวนผู้ใช้ยาเสพติดทั่วโลกเพิ่มขึ้นจาก 210 ล้านคนในปี ค.ศ. 2009 เป็น 269 ล้านคนในปี ค.ศ. 2018 หรือคิดเป็นความชุกที่เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 4.8 เป็นร้อยละ 5.4 ของประชากรโลก สถานการณ์ดังกล่าวสะท้อนว่าการแก้ไขปัญหายาเสพติดต้องอาศัยความร่วมมือจากหลายภาคส่วน โดยเฉพาะการช่วยให้ผู้เสพสามารถลด ละ หรือเลิกใช้ยาเสพติดได้อย่างยั่งยืน

ประเทศไทยได้ประกาศใช้พระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. 2545 ซึ่งกำหนดให้ผู้ติดยาเสพติดทุกประเภทถือเป็น "ผู้ป่วย" และต้องเข้ารับการบำบัดฟื้นฟูตามกฎหมาย โดยรูปแบบการบำบัดที่ได้รับการยอมรับในระดับสากล คือ Classical Model ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอนสำคัญ ได้แก่ การเตรียมการก่อนรักษา การบำบัดด้วยยา การฟื้นฟูสมรรถภาพ และการติดตามหลังการรักษา อย่างไรก็ตาม ด้วยสถานการณ์การแพร่ระบาดของยาเสพติดและจำนวนผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ระบบบริการของภาครัฐสามารถรองรับผู้เข้ารับการบำบัดได้เพียงประมาณ 200,000 รายต่อปี ขณะที่ยังมีผู้เสพ/ผู้ติดยาเสพติดอีกจำนวนมากที่ไม่สามารถเข้าสู่กระบวนการบำบัดได้และยังคงอาศัยอยู่ในชุมชน จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องพัฒนาระบบการบำบัดฟื้นฟูโดยชุมชนมีส่วนร่วม เพื่อตอบโจทย์การแก้ไขปัญหายาเสพติดของประเทศ (อัครพล คุรุศาสตรา และจอมขวัญ รุ่งโชติ, 2562) ทั้งนี้องค์การอนามัยโลกได้สนับสนุนแนวคิดดังกล่าว โดยส่งเสริมให้ผู้ใช้ยาและสารเสพติดสามารถดำเนินชีวิตร่วมกับครอบครัว สังคม และชุมชนของตนได้อย่างปกติ

ข้อมูลจากกระทรวงสาธารณสุข ระบุว่า ในปี พ.ศ. 2565 มีผู้เข้ารับการบำบัดยาเสพติดรวม 120,915 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (106,709 คน) ช่วงอายุที่พบมากที่สุด คือ มากกว่า 39 ปี (33,166 คน) รองลงมา คือ 18–24 ปี (22,301 คน) อาชีพหลัก คือ รับจ้าง (57,201 คน) รองลงมาคือว่างงานและเกษตรกรรม สารเสพติดที่ใช้มากที่สุด คือ ยาบ้า (96,248 คน) ตามด้วยยาไอซ์และเฮโรอีน การเข้าสู่ระบบบำบัดส่วนใหญ่เป็นแบบสมัครใจ (86,255 คน) ทั้งนี้ แนวโน้มผู้เข้ารับการบำบัดในช่วงปี พ.ศ. 2566–2568 เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจาก 185,608 ราย เป็น 251,051 ราย ขณะที่อัตราการคงอยู่ในระบบ (retention rate) เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 67 เป็นร้อยละ 79 สะท้อนถึงประสิทธิภาพการบำบัดและการเข้าถึงบริการที่ดีขึ้น

พื้นที่เขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านทู้ ครอบคลุม 8 หมู่บ้าน ประชากรรวม 3,156 คน ผลการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงผู้เสพยาเสพติด 2,346 คน พบผลตรวจปัสสาวะเป็นบวก 34 คน จำแนกตามระดับความเสี่ยง ได้แก่ สีเขียว 23 คน สีส้ม 3 คน สีเหลือง 7 คน และสีแดง 1 คน นอกจากนี้ ข้อมูลย้อนหลังพบว่าอัตราการบำบัดสำเร็จมีแนวโน้มต่ำและไม่เปลี่ยนแปลง โดยในปี พ.ศ. 2566 มีผู้เข้ารับการบำบัด 42 คน (13.13 ต่อประชากรพันคน) บำบัดผ่าน 4 คน (ร้อยละ 9.52) ปี พ.ศ. 2567 มีผู้เข้ารับการบำบัด 38 คน (11.88 ต่อประชากรพันคน) บำบัดผ่าน 6 คน (ร้อยละ 15.79) และในปี พ.ศ. 2568 มีผู้เข้ารับการบำบัด 34 คน (10.63 ต่อประชากรพันคน) บำบัดผ่าน 5 คน (ร้อยละ 14.70) สาเหตุสำคัญที่ส่งผลให้อัตราการบำบัดสำเร็จต่ำ ได้แก่ ผู้เสพไม่ให้ความร่วมมือในการบำบัด ระบบติดตามผลหลังการบำบัดไม่เข้มแข็ง ทำให้

ผู้ป่วยมักกลับไปเสพซ้ำหรือหลุดออกจากระบบการรักษา ประกอบกับชุมชนยังคงมีการตีตราทางสังคม ส่งผลให้ผู้ที่ผ่านการบำบัดกลับไปเสพยาเสพติดและถูกดำเนินคดีซ้ำ รวมถึงครอบครัวและญาติไม่ให้ข้อมูลที่ถูกต้องกับเจ้าหน้าที่ภาครัฐ

จากสภาพปัญหาดังกล่าว ซึ่งส่งผลกระทบต่อบุคคล ครอบครัว และชุมชน ทั้งในด้านสุขภาพกาย สุขภาพจิต สังคม และความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน หากไม่ได้รับการแก้ไขอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง ปัญหามีแนวโน้มทวีความรุนแรงและขยายวงกว้างมากยิ่งขึ้น ดังนั้น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านทู้ จึงได้ดำเนินการศึกษาวิจัย เรื่อง ประสิทธิผลการติดตามดูแลผู้เสพยาเสพติดโดยชุมชนมีส่วนร่วม ในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านทู้ ตำบลน้ำก่ำ อำเภอธาตุพนม จังหวัดนครพนม ประจำปีงบประมาณ 2569 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลลัพธ์ของรูปแบบการดูแลผู้เสพยาเสพติดที่อาศัยการมีส่วนร่วมของชุมชน อันจะนำไปสู่การพัฒนาแนวทางการดูแลที่มีประสิทธิภาพ เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการแก้ไขปัญหายาเสพติดในระดับชุมชนได้อย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบระดับอาการของผู้ใช้สารเสพติดก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการติดตามดูแลโดยชุมชนมีส่วนร่วม
2. เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้เข้ารับการติดตามบำบัดก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม
3. เพื่อเปรียบเทียบความคิดเห็นเกี่ยวกับผลการติดตามบำบัดและการกลับไปเสพซ้ำของผู้เข้ารับการติดตามบำบัดก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง (one-group pretest–posttest design) ดำเนินการระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2568 ถึงเดือนเมษายน พ.ศ. 2569 รวมระยะเวลาดำเนินการ 12 สัปดาห์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ประชาชนผู้ผ่านการบำบัดยาเสพติดด้วยรูปแบบ CBTx (Community-Based Treatment) ในปี พ.ศ. 2568 ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านทู้ ตำบลน้ำก่ำ อำเภอธาตุพนม จังหวัดนครพนม จำนวน 34 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ประชาชนผู้ผ่านการบำบัดยาเสพติด จำนวน 34 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ตามเกณฑ์การคัดเข้าและคัดออก ดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า (inclusion criteria)

1. เพศชายและหญิง อายุระหว่าง 18–65 ปี ผ่านการบำบัดยาเสพติดด้วยรูปแบบ CBTx ในปี พ.ศ. 2568 ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านทู้
2. สามารถอ่านและเข้าใจภาษาไทยได้
3. สมัครใจเข้าร่วมการวิจัยและให้ข้อมูล

เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria)

1. มีโรคประจำตัวหรือความพิการที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมการวิจัย
2. ไม่อยู่ในพื้นที่ตลอดระยะเวลาดำเนินการวิจัย
3. ขอถอนตัวจากการวิจัยระหว่างดำเนินการ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

โปรแกรมการติดตามดูแลผู้เสพยาเสพติดโดยชุมชนมีส่วนร่วม ดำเนินการโดยทีม 511 ระยะเวลา 12 สัปดาห์ ประกอบด้วย 7 องค์ประกอบสำคัญ ได้แก่ (1) การจัดบริการดูแลแบบบูรณาการโดยทีมสหวิชาชีพ (2) ความเข้มข้นของการติดตาม (intensity of follow-up) (3) ระบบติดตามและสื่อสารดิจิทัลผ่านแอปพลิเคชันไลน์ และ Telehealth (4) การมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน (5) กระบวนการประเมินและคัดกรองอย่างเป็นระบบ (6) การปรับพฤติกรรมและเสริมทักษะชีวิต และ (7) การเฝ้าระวังความเสี่ยงและการป้องกันการกลับไปใช้ซ้ำ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและประยุกต์จากเครื่องมือที่มีอยู่เดิม แบ่งออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 10 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ รายได้ อาชีพหลัก ระดับการศึกษา สถานภาพ ชนิดของสารเสพติดที่ใช้ อายุที่เริ่มใช้สารเสพติด เหตุผลที่เริ่มใช้ และความถี่ของการใช้สารเสพติด ลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและเติมคำในช่องว่าง

ส่วนที่ 2 แบบประเมินอาการของผู้ใช้สารเสพติด จำนวน 16 ข้อ ประยุกต์จากแบบติดตามผู้ป่วยโรคจิตในชุมชนของโรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ ครอบคลุมประเด็นสำคัญ ได้แก่ อาการทางจิตกำเริบ การกินยา การมีผู้ดูแลหรือญาติ การทำกิจวัตรประจำวัน การประกอบอาชีพ สัมพันธภาพในครอบครัว สิ่งแวดล้อม การสื่อสาร และความสามารถในการเรียนรู้ ลักษณะคำตอบเป็นแบบ "ใช่/ไม่ใช่" โดยให้ 1 คะแนน สำหรับคำตอบที่สะท้อนพฤติกรรมหรือภาวะที่พึงประสงค์ และ 0 คะแนนสำหรับคำตอบที่ไม่สะท้อน รวมคะแนนเต็ม 16 คะแนน (คะแนนสูงสะท้อนการฟื้นฟูที่ดีขึ้น) แปลผลตามเกณฑ์ของ Bloom (1971) เป็น 3 ระดับ คือ ระดับต่ำ (0–5 คะแนน) ระดับปานกลาง (6–10 คะแนน) และระดับสูง (11–16 คะแนน)

ส่วนที่ 3 แบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ใช้สารเสพติด จำนวน 28 ข้อ ประยุกต์จากคู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทของสำนักบริหารระบบบริการสุขภาพจิต ครอบคลุมทักษะสำคัญ 6 ด้าน ได้แก่ การดูแลตนเอง การอยู่ร่วมกันภายในบ้าน ทักษะทางสังคม การทำงาน การพักผ่อน และทักษะการใช้ชีวิตในชุมชน ลักษณะคำตอบเป็นแบบ "ใช่/ไม่ใช่" ตอบถูก 1 คะแนน ตอบผิด 0 คะแนน รวมคะแนนเต็ม 28 คะแนน แปลผลตามเกณฑ์ของ Bloom (1971) เป็น 3 ระดับ คือ ระดับต่ำ (0–9 คะแนน) ระดับปานกลาง (10–18 คะแนน) และระดับสูง (19–28 คะแนน)

ส่วนที่ 4 แบบประเมินความคิดเห็นเกี่ยวกับผลการติดตามบำบัดและการกลับไปเสพซ้ำ จำนวน 20 ข้อ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ลักษณะคำตอบเป็นแบบ "ใช่/ไม่ใช่" ตอบถูก 1 คะแนน ตอบผิด 0 คะแนน รวมคะแนนเต็ม 20 คะแนน แปลผลตามเกณฑ์ของ Bloom (1971) เป็น 3 ระดับ คือ ระดับต่ำ (0–6 คะแนน) ระดับปานกลาง (7–13 คะแนน) และระดับสูง (14–20 คะแนน)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ 2 ขั้นตอน ดังนี้

1. ความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นเสนอผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน

ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านจิตเวช พยาบาลเฉพาะทางด้านยาเสพติด และนักวิชาการสาธารณสุข เพื่อตรวจสอบความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Item-Objective Congruence Index: IOC) คัดเลือกข้อคำถามที่มีค่า IOC ตั้งแต่ 0.50 ขึ้นไป ผลการตรวจสอบพบว่าทุกข้อคำถามมีค่า IOC ตั้งแต่ 0.67 ขึ้นไป

ความเชื่อมั่น (reliability) นำแบบสอบถามที่ปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญไปทดลองใช้ (try-out) กับประชาชนที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างแต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างจริง จำนวน 30 คน จากตำบลฝั่งแดง ตำบลนาหนาด และตำบลอุ่มเหม้า อำเภอธาตุพนม จังหวัดนครพนม ตำบลละ 10 คน วิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ 0.92

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอน ดังนี้

ขั้นเตรียมการ

1. ผู้วิจัยขออนุญาตและชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านทู้ และสาธารณสุขอำเภอธาตุพนม จังหวัดนครพนม เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ประสานงานกับทีมสหวิชาชีพ ทีม 511 ผู้นำชุมชน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เพื่อชี้แจงรายละเอียดของโครงการ และเตรียมความพร้อมในการดำเนินการ

3. คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเข้าและคัดออก จำนวน 34 คน ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย สิทธิของผู้เข้าร่วม และให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ขั้นดำเนินการ

ดำเนินการเก็บข้อมูลและจัดกิจกรรมตามโปรแกรมการติดตามดูแลโดยชุมชนมีส่วนร่วม ต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ แบ่งเป็น 4 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ประเมินครั้งแรก (สัปดาห์ที่ 1) ทีม 511 ลงพื้นที่เยี่ยมบ้านกลุ่มตัวอย่างเพื่อเก็บข้อมูลพื้นฐาน (pretest) ด้วยแบบสอบถามทั้ง 4 ส่วน ร่วมกับการประเมินสภาพผู้เสพใน 4 มิติสำคัญ ได้แก่ การประเมินอาการ การประเมินคุณภาพชีวิต การใช้แบบประเมิน OAS (Overt Aggression Scale) และ SMI-V (Serious Mental Illness with Violence) เพื่อคัดกรองปัญหาทางพฤติกรรมและสุขภาพจิต จากนั้นจัดระดับความเสี่ยงเป็น 3 ระดับ (ต่ำ ปานกลาง สูง) เพื่อใช้วางแผนการดูแลรายบุคคล พร้อมจัดตั้งกลุ่มไลน์ระหว่างทีมผู้ปฏิบัติงาน ญาติ และ อสม. เพื่อใช้สื่อสารและติดตามอย่างต่อเนื่อง และให้ความรู้แก่ครอบครัวเกี่ยวกับการดูแลผู้เสพและการป้องกันการกลับไปใช้ซ้ำ

ระยะที่ 2 ติดตามเข้มข้น (สัปดาห์ที่ 2–4) ติดตามผู้เข้าร่วมผ่านแอปพลิเคชันไลน์สัปดาห์ละ 2 ครั้ง โดย อสม. หรือญาติเป็นผู้รายงานอาการ ร่วมกับการประเมินผ่าน Telehealth ในรูปแบบวิดีโอคอลในสัปดาห์ที่ 2 และ 4 พร้อมประเมินอาการและใช้แบบประเมิน OAS เพื่อคัดกรองความเสี่ยง ในสัปดาห์ที่ 3 เน้นการเฝ้าระวังภาวะ SMI-V และกระตุ้นการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการสังเกตอาการและสนับสนุนทางอารมณ์ ในระยะนี้ผู้วิจัยทบทวนและปรับแผนการดูแลรายบุคคลให้สอดคล้องกับสภาพปัญหา

ระยะที่ 3 ติดตามต่อเนื่อง (สัปดาห์ที่ 5–8)

ติดตามผ่านแอปพลิเคชันไลน์สัปดาห์ละ 2 ครั้ง เพื่อให้การสนับสนุน ติดตามพฤติกรรม และให้คำแนะนำอย่างต่อเนื่อง ในสัปดาห์ที่ 6 ให้บริการ Telehealth ครั้งที่ 3 พร้อมประเมินอาการและแบบ

ประเมิน OAS ในสัปดาห์ที่ 7 เน้นการเฝ้าระวังการกลับไปใช้ซ้ำ (relapse) โดยติดตามสัญญาณเตือนและพฤติกรรมเสี่ยง และในสัปดาห์ที่ 8 ประเมินแนวโน้มของผู้เข้าร่วมทั้งด้านความรุนแรงของปัญหาและความสามารถในการปรับตัว เพื่อใช้วางแผนการดูแลในระยะต่อไป

ระยะที่ 4 ประเมินผลลัพธ์ (สัปดาห์ที่ 9–12) สัปดาห์ที่ 9–11 ติดตามผ่านไลน์สัปดาห์ละ 2 ครั้ง เพื่อประเมินความก้าวหน้ารายบุคคล คัดกรองกลุ่มเสี่ยงสูง และเตรียมการประเมินผลปลายทาง ในสัปดาห์ที่ 12 ทีม 511 ลงพื้นที่เยี่ยมบ้านเพื่อเก็บข้อมูลหลังการทดลอง (posttest) ด้วยแบบสอบถามชุดเดียวกับ pretest ครอบคลุมอาการของผู้ใช้สารเสพติด คุณภาพชีวิต และความคิดเห็นเกี่ยวกับผลการติดตามบำบัดและการกลับไปเสพซ้ำ พร้อมจัดทำแผนการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้เข้าร่วมที่ยังมีความจำเป็น

ขั้นสรุปผล ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนและความถูกต้องของข้อมูล นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ทางสถิติ และสรุปผลการศึกษา

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามมาตรวจสอบความครบถ้วนและความถูกต้อง จากนั้นวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ รายได้ อาชีพหลัก ระดับการศึกษา สถานภาพ ชนิดของสารเสพติดที่ใช้ อายุที่เริ่มใช้สารเสพติด เหตุผลที่เริ่มใช้ และความถี่ของการใช้สารเสพติด วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ (frequency) และร้อยละ (percentage)

2. ระดับอาการของผู้ใช้สารเสพติด คุณภาพชีวิต และความคิดเห็นเกี่ยวกับผลการติดตามบำบัดและการกลับไปเสพซ้ำ ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation)

3. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของอาการของผู้ใช้สารเสพติด คุณภาพชีวิต และความคิดเห็นเกี่ยวกับผลการติดตามบำบัดและการกลับไปเสพซ้ำ ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ด้วยสถิติทดสอบทีชนิดกลุ่มตัวอย่างไม่เป็นอิสระต่อกัน (paired sample t-test)

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการพิจารณาและรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม เลขที่โครงการ 139/68

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่าง จำนวน 34 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย จำนวน 30 คน ร้อยละ 88.24 มีอายุระหว่าง 20–30 ปี จำนวน 27 คน ร้อยละ 79.41 สำเร็จการศึกษาต่ำกว่าระดับปริญญาตรี ร้อยละ 100.00 มีรายได้มากกว่า 30,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 100.00 สถานภาพโสด จำนวน 31 คน ร้อยละ 91.18 และประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป จำนวน 22 คน ร้อยละ 64.71 สำหรับพฤติกรรมการใช้สารเสพติด พบว่าสารเสพติดที่ใช้มากที่สุด คือ ยาบ้า จำนวน 28 คน ร้อยละ 82.35 ส่วนใหญ่เริ่มใช้สารเสพติดเมื่ออายุ 15–18 ปี จำนวน 30 คน ร้อยละ 88.24 ด้วยเหตุผลเพื่อความบันเทิง จำนวน 23 คน ร้อยละ 67.65 และมีความถี่ในการใช้สารเสพติดทุกวันก่อนเข้ารับการบำบัด จำนวน 20 คน ร้อยละ 58.82

ระดับอาการของผู้ใช้สารเสพติด คุณภาพชีวิต และความคิดเห็นก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม

ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนอาการของผู้ใช้สารเสพติดอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 23 คน ร้อยละ 67.65 รองลงมาคือระดับต่ำ จำนวน 10 คน ร้อยละ 29.41 และระดับสูง จำนวน 1 คน ร้อยละ 2.94 ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีคะแนนอาการอยู่ในระดับสูง จำนวน 34 คน ร้อยละ 100.00 สะท้อนถึงการมีพฤติกรรมและภาวะที่พึงประสงค์เพิ่มขึ้นในทุกราย

ในด้านคุณภาพชีวิต ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 23 คน ร้อยละ 67.65 รองลงมาคือระดับต่ำ จำนวน 11 คน ร้อยละ 32.35 และไม่พบผู้ที่อยู่ในระดับสูง ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม คุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างดีขึ้นอย่างชัดเจน โดยส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง จำนวน 29 คน ร้อยละ 85.29 รองลงมาคือระดับปานกลาง จำนวน 5 คน ร้อยละ 14.71 และไม่พบผู้ที่อยู่ในระดับต่ำ

สำหรับความคิดเห็นเกี่ยวกับผลการติดตามบำบัดและการกลับไปเสพซ้ำ ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความคิดเห็นอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 25 คน ร้อยละ 73.53 รองลงมาคือระดับต่ำ จำนวน 8 คน ร้อยละ 23.53 และระดับสูง จำนวน 1 คน ร้อยละ 2.94 ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม ความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น โดยส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง จำนวน 28 คน ร้อยละ 82.35 รองลงมาคือระดับปานกลาง จำนวน 6 คน ร้อยละ 17.65 และไม่พบผู้ที่อยู่ในระดับต่ำ

การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของอาการ คุณภาพชีวิต และความคิดเห็นก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม

ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยทั้งสามด้านเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยคะแนนอาการของผู้ใช้สารเสพติดเพิ่มขึ้นจากค่าเฉลี่ย 6.50 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.54 เป็นค่าเฉลี่ย 12.32 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.68 (Mean diff = 5.82; 95% CI: 5.10–6.54; $t = 16.43$; $p < .05$)

คุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นจากค่าเฉลี่ย 10.61 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.10 เป็นค่าเฉลี่ย 20.44 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.14 (Mean diff = 9.82; 95% CI: 8.83–10.81; $t = 20.21$; $p < .05$) และความคิดเห็นเกี่ยวกับผลการติดตามบำบัดและการกลับไปเสพซ้ำเพิ่มขึ้นจากค่าเฉลี่ย 8.38 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.33 เป็นค่าเฉลี่ย 14.85 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.45 (Mean diff = 6.47; 95% CI: 5.49–7.44; $t = 13.53$; $p < .05$) ซึ่งสะท้อนถึงประสิทธิผลของโปรแกรมการติดตามดูแลในการลดความรุนแรงของอาการ ยกระดับคุณภาพชีวิต และเสริมสร้างทัศนคติเชิงบวกต่อการบำบัด (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคะแนนอาการของผู้ใช้สารเสพติด คุณภาพชีวิต และความคิดเห็นเกี่ยวกับผลการติดตามบำบัดและการกลับไปเสพซ้ำ ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม (n = 34)

ตัวแปร	ก่อน		หลัง		Mean diff	95% CI	t	p-value
	M	S.D.	M	S.D.				
อาการของผู้ใช้สารเสพติด	6.50	1.54	12.32	1.68	5.82	5.10–6.54	16.43	< .05
คุณภาพชีวิต	10.61	2.10	20.44	2.14	9.82	8.83–10.81	20.21	< .05
ความคิดเห็นเกี่ยวกับผลการติดตามบำบัดและการกลับไปเสพซ้ำ	8.38	2.33	14.85	1.45	6.47	5.49–7.44	13.53	< .05

การอภิปรายผล

ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการติดตามดูแลโดยชุมชนมีส่วนร่วม ระยะเวลา 12 สัปดาห์ คะแนนเฉลี่ยของอาการของผู้ใช้สารเสพติด คุณภาพชีวิต และความคิดเห็นเกี่ยวกับผลการติดตามบำบัดและการกลับไปเสพซ้ำ ของกลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งสามด้าน อย่างไรก็ตาม เนื่องจากการวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลัง ผลที่พบจึงเป็นการเปลี่ยนแปลงภายในกลุ่ม (within-group change) ซึ่งไม่สามารถสรุปได้ว่าเป็นผลจากโปรแกรมเพียงอย่างเดียว การอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์การวิจัยมีดังนี้

ด้านอาการของผู้ใช้สารเสพติด กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยอาการเพิ่มขึ้นจาก 6.50 เป็น 12.32 (Mean diff = 5.82; p < .05) เมื่อจำแนกตามระดับพบว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลางและต่ำ ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดอยู่ในระดับสูง ซึ่งสะท้อนว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรม ผู้เข้ารับการบำบัดมีพฤติกรรมและภาวะที่พึงประสงค์เพิ่มขึ้น ทั้งด้านการกินยาตามแผนการรักษา การทำกิจวัตรประจำวัน การประกอบอาชีพ สัมพันธภาพในครอบครัว และความสามารถในการสื่อสาร การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวอาจมีส่วนสัมพันธ์กับกระบวนการประเมินอย่างเป็นระบบในระยะเริ่มต้นร่วมกับการติดตามอย่างเข้มข้นใน 4 สัปดาห์แรก ซึ่งช่วยให้ทีมสหวิชาชีพวางแผนดูแลรายบุคคลและตอบสนองต่อปัญหาได้อย่างต่อเนื่อง ผลการศึกษานี้สอดคล้องไปในทิศทางเดียวกันกับการศึกษาของกีรติยา อุ่นเจริญ (2560) ที่พบว่าการมีส่วนร่วมของชุมชนสัมพันธ์กับการลดลงของพฤติกรรมเสี่ยงของผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติด

ด้านคุณภาพชีวิต กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นจาก 10.61 เป็น 20.44 (Mean diff = 9.82; p < .05) ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลางและต่ำ ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง การเปลี่ยนแปลงที่พบอาจอธิบายได้จากองค์ประกอบของโปรแกรม ได้แก่ การประเมินแบบองค์รวมตั้งแต่ระยะเริ่มต้น ครอบคลุมทักษะการดูแลตนเอง การอยู่ร่วมกันภายในบ้าน ทักษะทางสังคม การทำงาน การพักผ่อน และทักษะการใช้ชีวิตในชุมชน การมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนที่ช่วยสนับสนุนด้านอารมณ์และสังคม รวมถึงการใช้แอปพลิเคชันไลน์และ Telehealth ในการติดตามและสื่อสารอย่างต่อเนื่อง ผลการศึกษานี้สอดคล้องไปในทิศทางเดียวกันกับการศึกษา

ของกนกลักษณ์ ศิริรุ่งวัฒนากุล (2562) ในประเด็นการบูรณาการเทคโนโลยีกับการดูแลผู้ใช้สารเสพติด และการศึกษาของศรุตา ช่อสไว (2568) ในประเด็นการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติด อย่างไรก็ตาม การวิจัยนี้ไม่ได้แยกอิทธิพลของแต่ละองค์ประกอบ จึงยังไม่สามารถระบุได้ว่าองค์ประกอบใดมีบทบาทสำคัญที่สุด

ด้านความคิดเห็นเกี่ยวกับผลการติดตามบำบัดและการกลับไปเสพซ้ำ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นเพิ่มขึ้นจาก 8.38 เป็น 14.85 (Mean diff = 6.47; $p < .05$) จากเดิมที่อยู่ในระดับปานกลางและต่ำเปลี่ยนเป็นระดับสูงเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งสะท้อนว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรม ผู้เข้ารับการบำบัดมีความคิดเห็นเชิงบวกต่อกระบวนการบำบัดและการป้องกันการกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำเพิ่มขึ้น การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวอาจสัมพันธ์กับการได้รับข้อมูล การสนับสนุนทางอารมณ์ และช่องทางสื่อสารที่เข้าถึงได้ง่ายผ่านทีม 511 อย่างไรก็ตาม การประเมินใช้แบบสอบถามรายงานตนเอง ซึ่งอาจมีอคติจาก social desirability bias เนื่องจากผู้เข้าร่วมอาจตอบในทิศทางที่คาดว่าผู้วิจัยต้องการ การศึกษาของนีรนุช โชติวรางกูล (2565) และปกรณ์ วชิรัคกุล (2567) รายงานผลในทิศทางเดียวกันในประเด็นที่ว่าการให้ข้อมูลและการมีส่วนร่วมของชุมชนสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงทัศนคติของผู้เสพสารเสพติด

ข้อจำกัดของการวิจัย การวิจัยครั้งนี้มีข้อจำกัดที่ควรพิจารณาในการตีความผล ประการแรก เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลัง ไม่มีกลุ่มควบคุม ทำให้ไม่สามารถสรุปได้ว่าการเปลี่ยนแปลงที่พบเป็นผลจากโปรแกรมเพียงอย่างเดียว อาจมีปัจจัยอื่น เช่น การเข้ารับบริการสุขภาพอื่นในช่วงเวลาเดียวกัน หรือ regression to the mean ที่ส่งผลต่อคะแนนได้ ประการที่สอง ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 34 คน เป็นขนาดที่ค่อนข้างเล็กและเฉพาะในพื้นที่เดียว จำกัดการสรุปผลสู่ประชากรกลุ่มอื่น ประการที่สาม ระยะเวลาการติดตาม 12 สัปดาห์ ไม่เพียงพอต่อการประเมินอัตราการกลับไปเสพซ้ำในระยะยาว และประการที่สี่ การประเมินใช้แบบสอบถามรายงานตนเองเป็นหลัก ซึ่งอาจมีอคติจาก social desirability bias

ข้อเสนอแนะ

1. การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลัง ไม่สามารถสรุปได้ว่าการเปลี่ยนแปลงที่พบเป็นผลจากโปรแกรมเพียงอย่างเดียว ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมที่ออกแบบให้มีกลุ่มควบคุม เพื่อให้ได้หลักฐานเชิงสาเหตุที่ชัดเจนยิ่งขึ้น

2. ระยะเวลาการติดตามในการวิจัยนี้สั้นเพียง 12 สัปดาห์ ยังไม่สามารถประเมินผลด้านการกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำในระยะยาวได้ ควรมีการศึกษาที่ติดตามผลในระยะ 6–12 เดือนหรือนานกว่านั้น เพื่อให้เห็นแนวโน้มของผลลัพธ์ที่ชัดเจนขึ้น

3. ควรมีการวิจัยเชิงคุณภาพควบคู่ เพื่อทำความเข้าใจประสบการณ์ของผู้เข้ารับการบำบัด สมาชิกครอบครัว และผู้ให้บริการ ซึ่งจะช่วยอธิบายปัจจัยที่อยู่เบื้องหลังผลลัพธ์ที่พบในการวิจัยเชิงปริมาณได้ดียิ่งขึ้น

4. การวิจัยครั้งนี้ดำเนินการในกลุ่มตัวอย่างที่ส่วนใหญ่เป็นเพศชายและใช้ยาบ้า ควรมีการขยายการศึกษาไปยังกลุ่มประชากรอื่น เช่น เพศหญิง กลุ่มเยาวชน หรือผู้ใช้สารเสพติดประเภทอื่น เพื่อสำรวจความเป็นไปได้ในการประยุกต์ใช้ในบริบทที่หลากหลาย

เอกสารอ้างอิง

กนกลักษณ์ ศิริรุ่งวัฒนากุล. (2562). ประสิทธิผลและปัจจัยที่มีผลต่อการบำบัดรักษาผู้ติดยาและสารเสพติด โดยใช้รูปแบบการบำบัดความคิดและพฤติกรรมแบบประยุกต์ของโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์. *สวรรค์ประชารักษ์เวชสาร*, 16(1), 23–33.

กีรติยา อุ่นเจริญ. (2560). *การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเวชสารเสพติดในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านห้อม อำเภอเมือง จังหวัดนครพนม* (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

จรรยา ใจหนุน. (2566). การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตแบบบูรณาการ. *เพชรบูรณ์เวชสาร*, 3(2), 219–232.

นีรนุช โชติวรางกูล. (2565). การประเมินความรู้ด้านยาเสพติด ทัศนคติต่อการใช้ยาเสพติด และทัศนคติต่อการบำบัดรักษายาเสพติดในโปรแกรมการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติด โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จังหวัดนครสวรรค์. *สวรรค์ประชารักษ์เวชสาร*, 19(3), 236–257.

นุชรีย์ ทองเจิม, ธีรวัฒน์ สกุลมานนท์ และลัดดาวัลย์ สิทธิสาร. (2566). การพัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติดโดยชุมชนเป็นฐาน: กรณีศึกษาตำบลแห่งหนึ่ง อำเภออ่าวลึก จังหวัดกระบี่. ใน *เอกสารประกอบการประชุมวิชาการยาเสพติดแห่งชาติ ครั้งที่ 23*. ปทุมธานี: สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี.

ปกรณ์ วชิรัคกุล. (2567). การพัฒนารูปแบบการบำบัดผู้เสพ ผู้ใช้ยาเสพติด โดยรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ในจังหวัดแพร่. *วารสารสาธารณสุขแพร่เพื่อการพัฒนา*, 4(2), 19–35.

ศรุตา ช่อสไว. (2568). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติด โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย จังหวัดนครสวรรค์. *วารสารวิชาการแพทย์และสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 3*, 22(3), 231–254.

อัครพล คุรุศาสตรา และจอมขวัญ รุ่งโชติ. (2562). การศึกษาการพัฒนาแนวทางการบำบัดฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติด โดยใช้ชุมชนเป็นศูนย์กลางขับเคลื่อนสู่การปฏิบัติในระดับพื้นที่. *วารสารวิชาการ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ*, 15(1), 12–19.

Bloom, B. S. (1971). *Handbook on formative and summative evaluation of student learning*. New York: McGraw-Hill.

United Nations Office on Drugs and Crime. (2019). *World drug report 2019*. Vienna: United Nations.

วารสารวิชาการเพื่อการพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิและสาธารณสุข
Academic Journal for Primary Care and Public Health Development

ผลของการให้ความรู้ในผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง ตำบลเขานิเวศน์

Effects of Health Education on Stroke Patients in Khao Niwet Subdistrict

สุนทรี จันทรกูล

Suntree Chantarakul

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลระนอง

(Received: May 1, 2026; Accepted: May 27, 2026)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปริมาณแบบทดลองเบื้องต้น (Pre-Experimental Research) ชนิดกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลองนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความรู้และทักษะการดูแลตนเองก่อนและหลังได้รับความรู้ของผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง ตำบลเขานิเวศน์ อำเภอเมือง จังหวัดระนอง กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการส่งต่อเยี่ยมบ้านในระบบดูแลต่อเนื่อง (THAI COC) จำนวน 30 คน เครื่องมือวิจัยประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบวัดความรู้ และแบบประเมินทักษะการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Barthel ADL Index) ดำเนินการทดลองโดยพยาบาลวิชาชีพลงพื้นที่ให้สุขศึกษาเรื่องโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านจำนวน 2 ครั้ง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติทดสอบทีแบบจับคู่ (Paired t-test)

ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังการให้สุขศึกษา กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นจาก 8.90 เป็น 13.30 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยกลุ่มตัวอย่างมีความรู้ในระดับสูงถึงร้อยละ 86.67 ในส่วนของทักษะการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน พบว่ามีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 88.16 เป็น 91.53 แต่ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .069$) เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนฐานในระดับที่พึ่งพาตนเองได้ดีอยู่แล้วประกอบกับการฟื้นฟูทักษะทางกายภาพต้องอาศัยระยะเวลา

สรุปได้ว่า การให้ความรู้ผ่านระบบการเยี่ยมบ้าน (THAI COC) เป็นกลไกที่มีประสิทธิภาพในการยกระดับความรู้และความตระหนักในการจัดการโรคของผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง ข้อเสนอแนะจากการศึกษาคือควรนำรูปแบบการให้สุขศึกษานี้ไปใช้เป็นมาตรฐานในการเยี่ยมบ้าน และควรบูรณาการการทำงานร่วมกับสหวิชาชีพเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายของผู้ป่วยในระยะยาวต่อไป

คำสำคัญ: โรคหลอดเลือดสมอง, การให้สุขศึกษา, ทักษะการดูแลตนเอง, การเยี่ยมบ้าน, THAI COC

Abstract

This pre-experimental quantitative research, utilizing a one-group pretest-posttest design, aimed to compare the knowledge and self-care skills of stroke patients in Khao Niwet Subdistrict, Mueang District, Ranong Province, before and after receiving health education. The sample consisted of 30 stroke patients referred for home visits through the Thai Continuous of Care (THAI COC) system. The research instruments included a demographic questionnaire, a knowledge assessment test, and the Barthel ADL Index for assessing daily living skills. The intervention involved registered nurses conducting two home visits to provide health education on cerebrovascular disease. Data were analyzed using descriptive statistics and a paired t-test.

The results revealed that after receiving health education, the sample's average knowledge score regarding stroke significantly increased from 8.90 to 13.30 ($p < .001$). Additionally, 86.67% of the sample demonstrated a high level of knowledge. Regarding daily living skills, the average score increased from 88.16 to 91.53; however, the difference was not statistically significant ($p = .069$). This was primarily due to the sample's already high baseline scores, indicating a high level of independence, combined with the fact that physical skill rehabilitation requires a longer duration.

In conclusion, providing health education through the home visit system (THAI COC) is an effective mechanism for enhancing knowledge and awareness of stroke management among patients. The study recommends integrating this health education model as a standard practice for home visits and collaborating with a multidisciplinary team for the long-term physical rehabilitation of patients.

Keywords : Stroke, Health Education, Self-Care Skills, Home Visit, THAI COC

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular Disease: Stroke) เป็นปัญหาสาธารณสุขระดับโลกที่ส่งผลกระทบอย่างรุนแรง มีผู้ป่วยทั่วโลกถึง 15 ล้านคน ส่งผลให้มีผู้พิการถาวร 5 ล้านคน และมีผู้เสียชีวิต 6.7 ล้านคน โดยพบว่าผู้ป่วยจำนวน 2 ใน 3 อยู่ในประเทศที่กำลังพัฒนา และคาดการณ์ว่าในปี 2563 จะเพิ่มขึ้น 2 เท่า โดย 1 ใน 6 ของประชากรโลกมีโอกาสป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง (World Stroke Organization [WSO], 2016) องค์การอนามัยโลกรายงานว่าโรคนี้เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับที่ 2 ของประชากรโลก คิดเป็นร้อยละ 10.2 ของสาเหตุการเสียชีวิตทั้งหมด สำหรับประเทศไทย อุบัติการณ์ผู้ป่วยรายใหม่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี สถิติของกระทรวงสาธารณสุขพบว่าอัตราการป่วยต่อประชากรแสนคนในช่วงปี 2559 - 2561 เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจาก 399.88, 423.27 และ 471.72 ตามลำดับ แม้อัตราการตายจะมีแนวโน้มลดลงเล็กน้อย (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2561) ทั้งนี้ โรคหลอดเลือดสมองยังก่อให้เกิดภาระค่าใช้จ่ายในการรักษามหาศาล โดยในปี 2551 พบค่ารักษาผู้ป่วยในเฉลี่ย 29,571 บาทต่อราย และคาดการณ์ว่าหากมีผู้ป่วย 0.5 ล้านคน ประเทศจะต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษามากถึง 20,632 ล้านบาทต่อปี สำหรับสถานการณ์ในระดับพื้นที่จังหวัดระนอง พบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างต่อเนื่อง โดยสถิติในปี 2563 - 2567 พบผู้ป่วยจำนวน 466, 398, 476, 597 และ 444 รายตามลำดับ

จากการทบทวนวรรณกรรม โรคหลอดเลือดสมองคือภาวะที่สมองขาดเลือดไปเลี้ยงเนื่องจากหลอดเลือดตีบ อุดตัน หรือแตก ส่งผลให้เนื้อเยื่อสมองถูกทำลาย โดยปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มหลัก คือ 1) ปัจจัยเสี่ยงที่เปลี่ยนแปลงได้ (Modifiable risk factors) ซึ่งสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อควบคุมไม่ให้โรคลุกลามได้ เช่น โรคความดันโลหิตสูงที่เป็นสาเหตุหลักของทั้งภาวะหลอดเลือดแตกและขาดเลือด โรคหัวใจ ภาวะไขมันในเลือดสูง โรคเบาหวานที่เพิ่มความเสี่ยง 1.6 ถึง 6 เท่า โรคอ้วน การสูบบุหรี่ พฤติกรรมการบริโภคอาหารทอด อาหารรสเค็มจัด หวานจัด หรือไขมันอิ่มตัวสูง การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการไม่ออกกำลังกาย 2) ปัจจัยเสี่ยงที่เปลี่ยนแปลงไม่ได้ (Non-modifiable risk factors) ได้แก่ อายุที่มากขึ้น เพศชายที่มีความเสี่ยงสูงกว่าเพศหญิง 1.5 เท่า และปัจจัยด้านเชื้อชาติ ซึ่งการป่วยด้วยโรคนี้ส่งผลกระทบอย่างหนักต่อภาวะสุขภาพร่างกายและจิตใจ ผู้ป่วยที่รอดชีวิตส่วนใหญ่จะมีความพิการ ไม่สามารถดำรงชีวิตหรือทำงานได้เหมือนเดิม (Raju, Mphil, Sarma, & Pandian, 2010) ทำให้ครอบครัวต้องรับภาระดูแลอย่างใกล้ชิด ต้องเผชิญกับความเครียดและสูญเสียรายได้ นำไปสู่ความสูญเสียทางเศรษฐกิจทั้งในระดับครัวเรือนและระดับประเทศ

จากสถิติและผลกระทบที่ปรากฏ ชี้ให้เห็นว่าโรคหลอดเลือดสมองไม่เพียงบั่นทอนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย แต่ยังสร้างภาระหนักให้แก่ครอบครัวและสังคมในระยะยาว การฟื้นฟูสภาพและการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนหรือการป่วยซ้ำ จึงต้องอาศัยความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องในการดูแลตนเองและการจัดการปัจจัยเสี่ยง โดยเฉพาะในบริบทของพื้นที่ตำบลเขานิเวศน์ จังหวัดระนอง ที่ยังคงเผชิญกับปัญหาจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เพิ่มขึ้นและอาจมีข้อจำกัดในการเข้าถึงข้อมูลการดูแลสุขภาพที่ถูกต้องและต่อเนื่อง

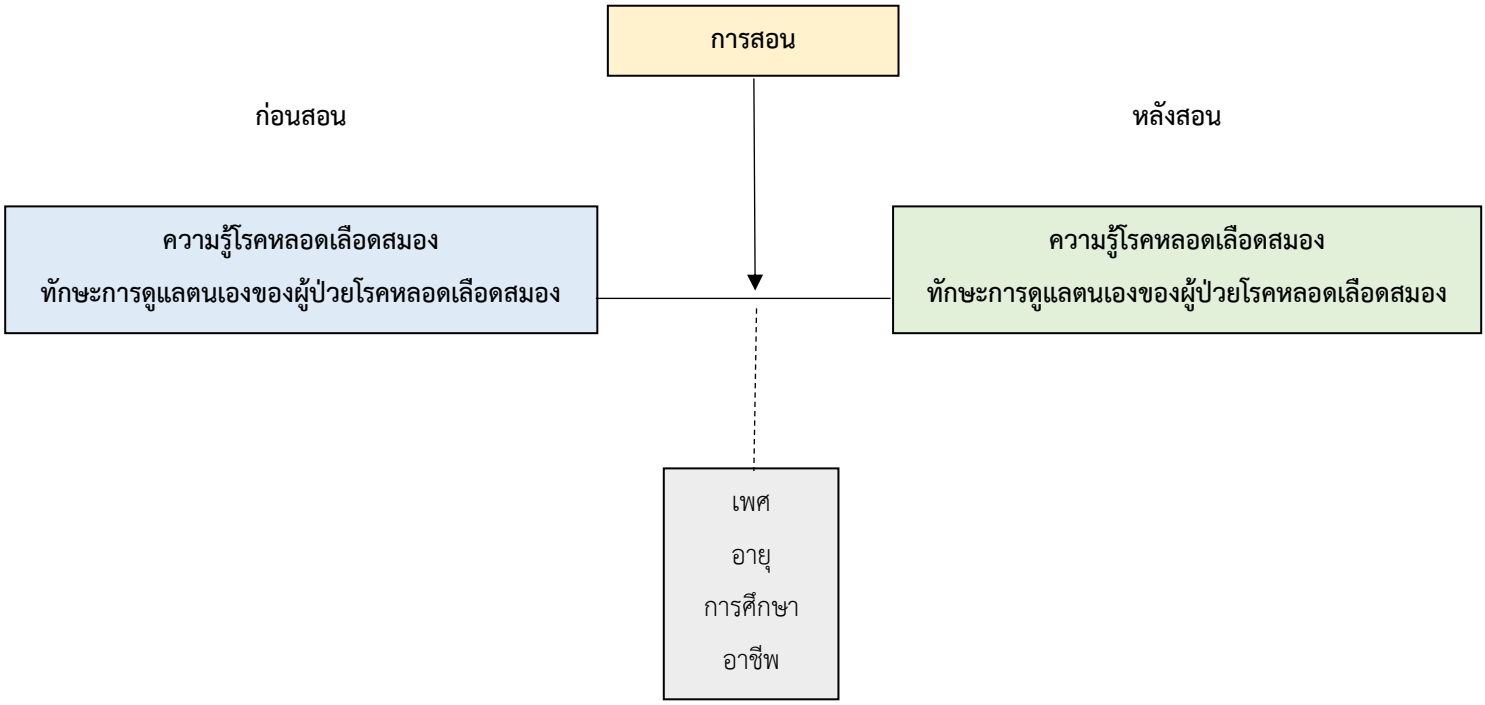
การให้ความรู้ที่เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยจึงเป็นกลไกสำคัญที่จะช่วยส่งเสริมศักยภาพในการดูแลตนเอง ลดอัตราความพิการถาวร และลดความเครียดของผู้ดูแล ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยจึงเล็งเห็นถึงสภาพปัญหาและความสำคัญดังกล่าว และมีความสนใจที่จะศึกษาเรื่อง ผลของการให้ความรู้ในผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง ตำบลเขานิเวศน์ เพื่อนำผลการศึกษาที่ได้ไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน ยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว และช่วยลดภาระทางสาธารณสุขของประเทศได้อย่างยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1.เพื่อเปรียบเทียบความรู้ก่อน-หลังได้รับความรู้ของผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง ตำบลเขานิเวศน์

2.เพื่อเปรียบเทียบทักษะการดูแลตนเองก่อน-หลังได้รับความรู้ของผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง ตำบลเขานิเวศน์

กรอบแนวคิดการวิจัย



วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ แบบทดลองเบื้องตัน (Pre Experimental Research) เปรียบเทียบกลุ่มเดียว วัดผลก่อน-หลัง (One group Pre-Post design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยหลอดเลือดสมองที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ อาศัยในเขตตำบลเขานิเวศน์ อำเภอเมือง จังหวัดระนอง จำนวน 30 ราย

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้ง หญิงและชาย ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ อาศัยในเขตตำบลเขานิเวศน์ อำเภอเมือง จังหวัดระนอง ส่งต่อเยี่ยมบ้านในระบบ THAI COC ตั้งแต่วันที่ 1ตุลาคม 2567-30 กันยายน 2568

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ กำหนดเกณฑ์การคัดเข้าศึกษา (Inclusion criteria) ได้แก่ เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบหรือตันที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยได้ดี ไม่มีข้อจำกัดด้านการได้ยินและการมองเห็นที่เป็นอุปสรรคต่อการอ่าน อาศัยอยู่ในพื้นที่ตำบลเขานิเวศน์ อำเภอเมือง จังหวัดระนอง ตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป และได้รับการส่งต่อเพื่อดูแลต่อเนื่องที่บ้านผ่านระบบ THAI COC สำหรับเกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) ได้แก่ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดเลือดออก (Hemorrhage) หรือมีภาวะโรคกลับเป็นซ้ำ ผู้ที่ไม่สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ รวมถึงผู้ป่วยที่แจ้งความประสงค์ขอถอนตัวจากการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วยเครื่องมือสำหรับการเก็บรวบรวมข้อมูลและเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย โดยเครื่องมือที่ใช้รวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามที่สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ลักษณะคำถามปลายปิดจำนวน 7 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ และโรคประจำตัว

ส่วนที่ 2 เป็นแบบวัดความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองเพื่อใช้ประเมินเปรียบเทียบก่อนและหลังการให้ความรู้ มีลักษณะเป็นคำถามปรนัย 3 ตัวเลือก ได้แก่ ใช่ ไม่ใช่ และไม่ทราบ โดยแบ่งเกณฑ์การให้คะแนนเป็น 2 ลักษณะ คือ ข้อความเชิงบวกจำนวน 11 ข้อ หากตอบ "ใช่" จะได้ 1 คะแนน ตอบ "ไม่ใช่" หรือ "ไม่ทราบ" จะได้ 0 คะแนน และข้อความเชิงลบจำนวน 4 ข้อ หากตอบ "ไม่ใช่" จะได้ 1 คะแนน ตอบ "ใช่" หรือ "ไม่ทราบ" จะได้ 0 คะแนน

ส่วนที่ 3 เป็นแบบประเมินทักษะการดูแลตนเองและการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Barthel ADL Index) จำนวน 10 ข้อ ซึ่งมีเกณฑ์การให้คะแนนลดหลั่นกันตามระดับความสามารถในการทำกิจกรรม แบ่งเป็นการประเมิน 2 ระดับ (0 และ 5 คะแนน) การประเมิน 3 ระดับ (0, 5 และ 10 คะแนน) และการประเมิน 4 ระดับ (0, 5, 10 และ 15 คะแนน) โดยพิจารณาจากระดับความต้องการพึ่งพาผู้อื่น ตั้งแต่การต้องการความช่วยเหลือทั้งหมดไปจนถึงสามารถปฏิบัติกิจกรรมนั้น ๆ ได้ด้วยตนเองอย่างสมบูรณ์

นอกจากนี้ สำหรับเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย (เครื่องมือทดลอง) ได้แก่ เอกสารความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งนำมาใช้เป็นสื่อหลักในการให้ความรู้แก่กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ผู้วิจัยได้ดำเนินการตรวจสอบความตรง (Validity) โดยนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นเสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของการใช้ภาษาและความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) จากนั้นได้นำข้อเสนอแนะมาปรับปรุงแก้ไขและส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาอีกครั้งจนเป็นที่ยอมรับ สำหรับการตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มประชากรที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน จากนั้นนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป โดยใช้สูตรคูเดอร์-ริชาร์ดสัน 20 (Kuder-Richardson 20: KR-20) และสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ซึ่งพบว่าแบบสอบถามมีค่าความเชื่อมั่นระหว่าง 0.86 ถึง 0.92 นอกจากนี้ ผลการทดสอบความเชื่อมั่นซ้ำ (Test-Retest Reliability) ยังมีค่าอยู่ระหว่าง 0.73 ถึง 0.92 ซึ่งแสดงให้เห็นว่าเครื่องมือมีความน่าเชื่อถือและได้มาตรฐาน พร้อมสำหรับการนำไปใช้เก็บรวบรวมข้อมูลจริง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1.ผู้วิจัยสำรวจกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด อธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย

2. .จัดทำแบบบันทึกการวิจัยแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลแบบประเมินความรู้และทักษะการดูแลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนให้สุขศึกษา

3. จัดทำแบบบันทึกการวิจัยแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลแบบประเมินความรู้และทักษะการดูแลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังให้สุขศึกษา 3 สัปดาห์

4 .รวบรวมข้อมูลเสร็จในแต่ละรายแล้ว ผู้วิจัยจะตรวจสอบความครบถ้วน ความถูกต้องและความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามทั้งหมดมาตรวจสอบความสมบูรณ์ก่อนนำไปประมวลผลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลประกอบด้วย สถิติพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติอนุมาน (Inferential statistics) โดยใช้สถิติทดสอบทีแบบจับคู่ (Paired t-test)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลระนอง เลขที่โครงการ COA_RNH.EC.004/2569

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

จากตารางที่ 1 แสดงข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคเบาหวาน จำนวนทั้งสิ้น 30 คน พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย จำนวน 17 คน คิดเป็นร้อยละ 56.67 และเพศหญิง จำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ

43.33 เมื่อพิจารณาด้านอายุพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 65.86 ปี (S.D. = 15.28) โดยส่วนใหญ่มีอายุตั้งแต่ 66 ปีขึ้นไป จำนวน 16 คน (ร้อยละ 53.33) รองลงมาคือช่วงอายุ 51 - 65 ปี จำนวน 9 คน (ร้อยละ 30.00) และช่วงอายุ 35 - 50 ปี จำนวน 5 คน (ร้อยละ 16.67) ด้านสถานภาพสมรส ส่วนใหญ่มีสถานภาพคู่ จำนวน 19 คน (ร้อยละ 63.33) รองลงมาคือสถานภาพหม้าย จำนวน 7 คน (ร้อยละ 23.33) ส่วนสถานภาพโสดและหย่ามีจำนวนเท่ากันคือ 2 คน (ร้อยละ 6.67)

ในด้านระดับการศึกษา กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษา จำนวน 13 คน (ร้อยละ 43.33) รองลงมาคือระดับมัธยมศึกษา จำนวน 12 คน (ร้อยละ 40.00) และระดับปริญญาตรี จำนวน 3 คน (ร้อยละ 10.00) ในขณะที่ผู้ที่ไม่ได้เรียนหนังสือและผู้ที่สำเร็จการศึกษาสูงกว่าปริญญาตรีมีจำนวนเท่ากันที่ 1 คน (ร้อยละ 3.33) สำหรับการประกอบอาชีพ ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้าง จำนวน 12 คน (ร้อยละ 40.00) รองลงมาคือทำงานบ้าน จำนวน 7 คน (ร้อยละ 23.33) ค้าขาย จำนวน 5 คน (ร้อยละ 16.67) ทำการประมง จำนวน 3 คน (ร้อยละ 10.00) ไม่มีอาชีพ จำนวน 2 คน (ร้อยละ 6.67) และรับราชการ จำนวน 1 คน (ร้อยละ 3.33) ด้านรายได้เฉลี่ยต่อเดือน พบว่าส่วนใหญ่มีรายได้อยู่ระหว่าง 5,000 - 10,000 บาท จำนวน 14 คน (ร้อยละ 46.67) รองลงมาคือรายได้น้อยกว่า 5,000 บาท จำนวน 8 คน (ร้อยละ 26.67) ไม่มีรายได้ จำนวน 5 คน (ร้อยละ 16.66) และกลุ่มที่มีรายได้มากกว่า 10,000 บาท จำนวน 3 คน (ร้อยละ 10.00)

เมื่อพิจารณาด้านประวัติโรคประจำตัว พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวคือโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 16 คน (ร้อยละ 53.33) รองลงมาคือกลุ่มที่ไม่มีโรคประจำตัว จำนวน 8 คน (ร้อยละ 26.67) และกลุ่มที่มีทั้งโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน จำนวน 6 คน (ร้อยละ 20.00) ตามลำดับ

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานจำแนกตามข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	17	56.67
หญิง	13	43.33
อายุ (ปี) (M = 65.86, S.D. = 15.28)		
35-50	5	16.67
51-65	9	30.00
66 ปีขึ้นไป	16	53.33
สถานภาพ		
โสด	2	6.67
คู่	19	63.33
หย่า	2	6.67
หม้าย	7	23.33

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียน	1	3.33
ประถมศึกษา	13	43.33
มัธยมศึกษา	12	40.00
ปริญญาตรี	3	10.00
สูงกว่าปริญญาตรี	1	3.33
อาชีพ		
ไม่มีอาชีพ	2	6.67
รับจ้าง	12	40.00
ประมง	3	10.00
ค้าขาย	5	16.67
ข้าราชการ	1	3.33
งานบ้าน	7	23.33
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (บาท)		
ไม่มีรายได้	5	16.66
< 5,000	8	26.67
5,000 - 10,000	14	46.67
> 10,000	3	10.00
โรคประจำตัว		
ไม่มีโรคประจำตัว	8	26.67
ความดันโลหิตสูง	16	53.33
โรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน	6	20.00

2. ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง

ก่อนการให้สุขศึกษาแก่ผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง มีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองที่ถูกต้อง 2 อันดับแรก ได้แก่ ผู้ที่สูบบุหรี่เป็นประจำเสี่ยงเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้มากกว่าผู้ที่ไม่ได้สูบบุหรี่ได้ ร้อยละ 93.30 รองลงมา คือการลดการบริโภคอาหารประเภทแป้ง ไขมัน น้ำตาล เกลือ สามารถลดความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 90 และตอบถูกน้อย 2 อันดับแรก ได้แก่การดื่มสุราเป็นประจำ ไม่มีผลต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 16.70 รองลงคือ ผู้สูงอายุมีโอกาสการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง มากกว่าผู้ที่มีอายุน้อย ร้อยละ 23.30 หลังการให้สุขศึกษาแก่ผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง ตอบถูกมาก 5 เรื่อง ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง เป็นโรคที่เกิดจากหลอดเลือดสมองตีบ อุดตัน แตก การออกกำลังกายสม่ำเสมอทุกวันวันละ 30 นาที เป็นการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง การลดการบริโภคอาหารประเภทแป้ง ไขมัน น้ำตาล เกลือ สามารถลดความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง เมื่อมีอาการ

ชาหรืออ่อนแรง ปากเบี้ยว พูดไม่ชัด ตาพร่ามองไม่ชัด โทร 1669การรักษาโรคหลอดเลือดสมอง แบบฉีดยาละลายลิ่มเลือดจะได้ผลดีต้องเริ่มให้ยาภายในสี่ชั่วโมงหลังมีอาการ ร้อยละ 100 รองลงมาคือ ผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง หรือโรคหัวใจ มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ที่สูบบุหรี่เป็นประจำเสี่ยงเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้มากกว่าผู้ที่ไม่ได้สูบบุหรี่ อาการปวดศีรษะอย่างรุนแรงเป็นอาการเตือนของ โรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงมีความเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าคนที่ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 96.70 ดังรายละเอียดในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ร้อยละของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำแนกตามคะแนนความรู้ที่ตอบถูกก่อนและหลังการให้สุขศึกษาโรคหลอดเลือดสมอง

ข้อที่	ความรู้	ก่อนการให้สุขศึกษา	หลังการให้สุขศึกษา
		ร้อยละ	ร้อยละ
1.	โรคหลอดเลือดสมอง เป็นโรคที่เกิดจากหลอดเลือดสมองตีบ อุดตัน แตก	80.00	100.00
2.	ผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง หรือโรคหัวใจ มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง	63.30	96.70
3.	ผู้ที่สูบบุหรี่เป็นประจำเสี่ยงเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้มากกว่าผู้ที่ไม่ได้สูบบุหรี่	93.30	96.70
4.	ผู้สูงอายุมีโอกาสการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง มากกว่าผู้ที่มีอายุน้อย	23.30	93.30
5.	ความเครียดส่งผลทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองได้	26.70	93.30
6.	โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่ไม่สามารถป้องกันได้	26.70	70.00
7.	อาการปวดศีรษะอย่างรุนแรงเป็นอาการเตือนของ โรคหลอดเลือดสมอง	86.70	96.70
8.	ผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงมีความเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าคนที่ไม่มีโรคประจำตัว	46.70	96.70
9.	ผู้ที่มีภาวะไขมันเลือดสูงไม่มีความเสี่ยงเกิดโรคหลอดเลือดสมอง	40.00	66.70
10.	การดื่มสุราเป็นประจำ ไม่มีผลต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง	16.70	33.30
11.	การออกกำลังกายสม่ำเสมอทุกวันวันละ 30 นาทีเป็นการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง	86.70	100.00
12.	การลดการบริโภคอาหารประเภทแป้ง ไขมัน น้ำตาล เกลือ สามารถลดความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง	90.00	100.00
13.	โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่สามารถหายได้เองไม่จำเป็นต้องมาโรงพยาบาล	40.00	86.70
14.	เมื่อมีอาการชาหรืออ่อนแรง ปากเบี้ยว พูดไม่ชัด ตาพร่ามองไม่ชัดโทร1669	66.70	100.00

ข้อที่	ความรู้	ก่อนการให้สุขศึกษา ร้อยละ	หลังการให้สุขศึกษา ร้อยละ
15.	การรักษาโรคหลอดเลือดสมอง แบบฉีดยาละลายลิ่มเลือดจะได้ผลดีต้องเริ่มให้ยาภายในสี่ชั่วโมงหลังมีอาการ	43.30	100.00

เมื่อพิจารณาระดับความรู้ ก่อนและหลังให้สุขศึกษา เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าส่วนใหญ่มีความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับกลาง ร้อยละ 13.33 และระดับสูง ร้อยละ 86.67 ตามลำดับ ดังรายละเอียดในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ระดับความรู้ ก่อนและหลังให้สุขศึกษา เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง

ระดับความรู้	ก่อน		หลัง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ต่ำ (0-8 คะแนน)	13	43.33	0	0.00
ปานกลาง (9-10 คะแนน)	12	40.00	4	13.33
สูง (12-15 คะแนน)	5	16.67	26	86.67
รวม	**30**	**100.00**	**30**	**100.00**

3. การเปรียบเทียบคะแนนความรู้ก่อนและหลังการให้สุขศึกษาเรื่องโรคหลอดเลือดสมอง

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีคะแนนเฉลี่ยของความรู้ก่อนการให้สุขศึกษาเท่ากับ 8.90 และหลังการให้สุขศึกษาเท่ากับ 13.30 เมื่อทดสอบความแตกต่างทางสถิติพบว่าคะแนนเฉลี่ยของความรู้หลังการให้สุขศึกษาเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความรู้ก่อนและหลังการให้สุขศึกษา

ความรู้	คะแนนเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	t	p
ก่อนการให้สุขศึกษา	8.90	2.89	- 9.15	<.001
หลังการให้สุขศึกษา	13.30	1.41		

4. การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

เมื่อพิจารณาของผู้ป่วยหลอดเลือดสมองก่อนและหลังให้สุขศึกษาเรื่องโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าส่วนใหญ่ มีทักษะในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 88.16 เป็นร้อยละ 91.53 ตามลำดับ ดังรายละเอียด ในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบทักษะการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลอดเลือดสมองก่อนและหลังการให้สุขศึกษา

ทักษะการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง	คะแนนเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	t	p
ก่อนการให้สุขศึกษา	88.16	25.37	-1.89	.069
หลังการให้สุขศึกษา	91.53	19.49		

อภิปรายผล

จากการศึกษาเรื่องผลของการให้ความรู้ในผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง ตำบลเขานิเวศน์ ผู้วิจัยสามารถนำผลการวิเคราะห์ข้อมูลมาอภิปรายเพื่อให้เห็นถึงความสอดคล้องกับสมมติฐาน แนวคิด และข้อเท็จจริงทางวิชาการได้ดังนี้

ประเด็นแรก ด้านความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ผลการศึกษาพบว่าภายหลังการได้รับสุขศึกษา กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เพิ่มขึ้นจาก 8.90 เป็น 13.30 ซึ่งเป็นการเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) แสดงให้เห็นว่ากระบวนการให้สุขศึกษาผ่านระบบการส่งต่อและดูแลต่อเนื่องที่บ้าน (THAI COC) เป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพในการยกระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วย สาเหตุที่เป็นเช่นนี้เนื่องจากการลงพื้นที่เยี่ยมบ้านและให้ความรู้โดยพยาบาลวิชาชีพอย่างใกล้ชิดถึง 2 ครั้ง เป็นการสื่อสารแบบสองทางในสภาพแวดล้อมที่ผู้ป่วยคุ้นเคย ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจที่ชัดเจน โดยเฉพาะในประเด็นสำคัญ เช่น การรับรู้อาการเตือน (ชา อ่อนแรง ปากเบี้ยว) และการโทร 1669 เพื่อเข้าสู่ระบบช่องทางด่วน (Stroke Fast Track) ซึ่งผลลัพธ์ดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของ สุพัตรา ต๊ะแสนเทพ (2562) ที่พบว่าการพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุโดยใช้กระบวนการกลุ่มและการให้ความรู้ ส่งผลให้กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นำไปสู่การเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง

ประเด็นที่สอง ด้านทักษะการดูแลตนเองและการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Barthel ADL Index) ผลการศึกษาพบว่าภายหลังการให้สุขศึกษา กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเพิ่มขึ้นจาก 88.16 เป็น 91.53 อย่างไรก็ตาม เมื่อทดสอบทางสถิติพบว่าความแตกต่างดังกล่าวไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .069$) ประเด็นนี้สามารถอภิปรายได้จากข้อเท็จจริงทางคลินิก 2 ประการ ได้แก่

1. ปรากฏการณ์เพดานคะแนน (Ceiling effect): กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้มีคะแนนฐาน

(Baseline) ของการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันก่อนการทดลองในระดับที่สูงมากอยู่แล้ว (เฉลี่ย 88.16 จากคะแนนเต็ม 100) ซึ่งจัดอยู่ในกลุ่มที่พึ่งพาตนเองได้ดีเยี่ยม (Mild to no dependence) เมื่อได้รับการส่งเสริมเพิ่มเติม คะแนนจึงขยับเพิ่มขึ้นได้อีกเพียงเล็กน้อย ทำให้การทดสอบทางสถิติไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ

2. ระยะเวลาในการฟื้นฟูระบบประสาท: การเปลี่ยนแปลงด้านความรู้ (Cognitive) สามารถเห็นผลได้ในระยะเวลาสั้นหลังรับคำแนะนำ แตกต่างจากการฟื้นฟูทักษะการเคลื่อนไหวร่างกาย (Motor function) ซึ่งเป็นปัจจัยหลักของแบบประเมิน ADL ที่ต้องอาศัยระยะเวลาทำกายภาพบำบัดอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับแนวทางการรักษาโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันสำหรับแพทย์ ของ สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ (2562) ที่ระบุว่าการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพื่อให้กลับมาทำกิจวัตรประจำวันได้นั้น ต้องอาศัยการประเมินและการฝึกฝนอย่างต่อเนื่องในระยะยาว (อย่างน้อย 3-6 เดือน)

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 การบูรณาการรูปแบบการให้สุขศึกษาเข้าสู่ระบบบริการเยี่ยมบ้าน (THAI COC) เป็นมาตรฐานการดูแลปกติ จากผลการศึกษาที่พบว่า การลงพื้นที่ให้สุขศึกษาถึงที่พักอาศัยโดยพยาบาลวิชาชีพ ช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้น หน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ (เช่น โรงพยาบาล หรือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล) ควรนำรูปแบบและเนื้อหาการให้สุขศึกษานี้ ไปกำหนดเป็นมาตรฐานการปฏิบัติงาน (Standard Operating Procedure) ในกระบวนการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูทุกราย โดยเน้นการสื่อสารแบบสองทางในสภาพแวดล้อมจริงของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติเกิดความตระหนักรู้ในการจัดการปัจจัยเสี่ยง การสังเกตอาการเตือน และการเข้าถึงระบบการแพทย์ฉุกเฉิน (1669) ได้อย่างทันท่วงที

1.2 การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวแบบสหวิชาชีพและการเพิ่มศักยภาพผู้ดูแล (Caregiver Empowerment) จากผลการศึกษาด้านทักษะการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Barthel ADL Index) ที่ชี้ให้เห็นว่าการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายต้องอาศัยความต่อเนื่องและระยะเวลา ทีมบุคลากรทางการแพทย์ควรนำผลประเมินนี้ไปใช้เป็นข้อมูลฐานในการวางแผนการดูแลระยะยาว (Long-term Care) โดยนำระบบสหวิชาชีพ (Multidisciplinary team) เช่น นักกายภาพบำบัด และนักกิจกรรมบำบัด เข้ามามีส่วนร่วมในการออกแบบโปรแกรมฟื้นฟูที่บ้าน รวมทั้งควรขยายผลการให้สุขศึกษาไปสู่ "ญาติหรือผู้ดูแลหลัก" เพื่อให้ผู้ดูแลมีทักษะในการกระตุ้นการเคลื่อนไหวและการทำกายภาพบำบัดเบื้องต้นอย่างถูกต้อง ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูอย่างต่อเนื่อง ลดภาวะพึ่งพิง และสามารถยกระดับความสามารถในการดูแลตนเองได้อย่างยั่งยืนมากยิ่งขึ้น

2. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรพัฒนารูปแบบการวิจัยโดยการเพิ่มกลุ่มควบคุม (Control Group) และขยายพื้นที่การศึกษา เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลองเบื้องต้นแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลัง (One-group pretest-posttest design) ซึ่งมีข้อจำกัด

ในการควบคุมตัวแปรแทรกซ้อน ดังนั้นในการวิจัยครั้งต่อไป ควรออกแบบการวิจัยให้เป็นรูปแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) หรือการทดลองที่แท้จริง โดยเพิ่มกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ เพื่อให้สามารถเปรียบเทียบผลลัพธ์ของการให้สุขศึกษาได้อย่างชัดเจนและน่าเชื่อถือมากยิ่งขึ้น นอกจากนี้ ควรพิจารณาขยายพื้นที่การศึกษาไปยังตำบลหรืออำเภออื่นในจังหวัดระนอง เพื่อให้ได้ขนาดตัวอย่างที่มากขึ้น ซึ่งจะช่วยให้ผลการวิจัยสามารถนำไปอ้างอิงและประยุกต์ใช้กับประชากรในวงกว้างได้

2.2 ควรมีการศึกษาติดตามผลในระยะยาว (Longitudinal Study) และขยายขอบเขตไปยังกลุ่มผู้ดูแล จากผลการศึกษาที่พบว่าทักษะการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Barthel ADL Index) มีแนวโน้มที่ดีขึ้นแต่ยังไม่ถึงระดับที่มีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากข้อจำกัดด้านระยะเวลา การวิจัยครั้งต่อไปจึงควรเพิ่มระยะเวลาในการติดตามผลให้ยาวนานขึ้น (เช่น 3 เดือน หรือ 6 เดือน) เพื่อให้เห็นความเปลี่ยนแปลงด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายอย่างชัดเจน นอกจากนี้ ควรขยายขอบเขตการศึกษาโดยการประเมินผลสัมฤทธิ์ที่เกิดขึ้นกับญาติหรือผู้ดูแลหลัก ร่วมด้วย เช่น การศึกษาผลของการให้ความรู้ต่อระดับความเครียดของผู้ดูแล หรือความสามารถของผู้ดูแลในการทำกายภาพบำบัดเบื้องต้น ซึ่งจะทำให้การวิจัยครอบคลุมมิติการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนได้อย่างสมบูรณ์และยั่งยืนมากยิ่งขึ้น

อ้างอิง

กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2562). *แนวทางการจัดบริการพยาบาลการดูแลต่อเนื่อง (Nursing continuous care)*. กระทรวงสาธารณสุข.

เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย. (2535). *การวิจัยทางการพยาบาล*. สำนักพิมพ์อัลลายด์ เพรส.

สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์. (2562). *แนวทางการรักษาโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันสำหรับแพทย์ (Clinical practice guidelines for ischemic stroke)* (ฉบับปรับปรุง 2562). สถาบันประสาทวิทยา.

Best, J. W. (1970). *Research in education*. Prentice-Hall.

Bloom, B. S. (1968). Learning for mastery. *Evaluation Comment, 2*, 47–62.

Cochran, W. G. (1953). *Sampling technique*. John Wiley & Sons.

Cohen, J., & Cohen, P. (1983). *Applied multiple regression/correlation: Analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Lawrence Erlbaum Associates.

Loether, H. J., & McTavish, D. G. (1993). *Descriptive and inferential statistics: An introduction*. Allyn and Bacon.

Raju, R. S., Sarma, P. S., & Pandian, J. D. (2010). Psychosocial problems, quality of life, and functional independence among stroke survivors in India. *Stroke, 41*(12), 2932–2937. https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.110.596817

Thorndike, R. M. (1978). *Correlational procedure for research*. Gardner Press.

World Stroke Organization. (2016). *Global stroke fact sheet 2016*.

Yamane, T. (1975). *Statistics: An introductory analysis* (3rd ed.). Harper International.

วารสารวิชาการเพื่อการพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิและสาธารณสุข
Academic Journal for Primary Care and Public Health Development

ปัจจัยความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ในผู้สูงอายุ ในพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านท่าบันได อำเภอย่านตาขาว จังหวัดตรัง

Health Literacy Factors Influencing Desirable Health Behaviors Among the Elderly in the Catchment Area of Ban Tha Bandai Health Promoting Hospital, Yan Ta Khao District, Trang Province

สรพงษ์ ทวีรัตน์

Sorapong Thaweirat

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านท่าบันได

(Received: May 1, 2026; Accepted: May 29, 2026)

บทคัดย่อ

การวิจัยภาคตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับและปัจจัยความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุ ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านท่าบันได อำเภอย่านตาขาว จังหวัดตรัง กลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 254 คน คัดเลือกด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย เครื่องมือที่ใช้คือแบบสอบถามที่มีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ 0.78 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติก (Logistic Regression)

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 74.80) มีอายุเฉลี่ย 67.50 ปี ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพพบว่า ทักษะการเข้าใจอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 61.42) ขณะที่ทักษะการเข้าถึง ทักษะการไต่ถาม ทักษะการตัดสินใจ และทักษะการนำไปใช้ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง สำหรับพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ในภาพรวมพบว่าส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 58.27) ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ระดับสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) มี 3 ปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยด้านเพศ โดยผู้หญิงมีโอกาสแสดงพฤติกรรมฯ ระดับสูงเป็น 1.55 เท่าของผู้ชาย (Adjusted OR = 1.55) ทักษะการเข้าใจข้อมูลสุขภาพระดับสูง มีโอกาสเป็น 2.10 เท่า (Adjusted OR = 2.10) และทักษะการนำไปใช้ระดับสูง มีโอกาสสูงถึง 2.85 เท่า เมื่อเทียบกับกลุ่มที่มีทักษะระดับปานกลางและต่ำ (Adjusted OR = 2.85) จากผลการวิจัยสรุปได้ว่าทักษะการเข้าใจและการนำข้อมูลไปใช้ รวมถึงเพศสภาพ เป็นปัจจัยสำคัญที่กำหนดพฤติกรรมสุขภาพ จึงมีข้อเสนอแนะให้หน่วยงานในพื้นที่จัดทำโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยเน้นฝึกทักษะการไต่ถามและการนำไปปฏิบัติจริง ควบคู่กับการจัดตั้งศูนย์เรียนรู้สุขภาพแบบมีส่วนร่วมในชุมชนเพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างยั่งยืน

คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์, ผู้สูงอายุ

Abstract

This cross-sectional study aimed to examine the levels of health literacy and the factors affecting desirable health behaviors among the elderly in the catchment area of Ban Tha Bandai Sub-district Health Promoting Hospital, Yan Ta Khao District, Trang Province. The sample consisted of 254 older adults aged 60 years and above, selected through simple random sampling. Data were collected using a questionnaire with an overall reliability coefficient of 0.78 and analyzed using descriptive statistics and logistic regression.

The results revealed that the majority of the participants were female (74.80%), with a mean age of 67.50 years. Regarding health literacy levels, comprehension skills were at a high level (61.42%), whereas accessing, questioning, decision-making, and application skills were predominantly at a moderate level. The overall desirable health behaviors were primarily at a high level (58.27%). The analysis identified three factors significantly affecting high-level desirable health behaviors ($p < 0.05$). Females were 1.55 times more likely to exhibit high-level desirable health behaviors compared to males (Adjusted OR = 1.55). Furthermore, participants with high-level comprehension skills and high-level application skills were 2.10 times (Adjusted OR = 2.10) and 2.85 times (Adjusted OR = 2.85) more likely to demonstrate these behaviors, respectively, compared to those with moderate and low skill levels. In conclusion, comprehension skills, application skills, and gender are significant determinants of desirable health behaviors. Therefore, it is recommended that local authorities develop health literacy promotion programs focusing on practicing questioning skills and practical application. Additionally, establishing a participatory community health learning center is suggested to sustainably enhance the quality of life for the elderly.

Keywords : Health literacy, Desirable health behaviors, Elderly

บทนำ

ประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 และมีแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (ชัชวาลย์ เพ็ชรกอง, 2562) การก้าวเข้าสู่วัยสูงอายุส่งผลให้ร่างกายเกิดการเปลี่ยนแปลงในทิศทางที่เสื่อมถอยตามธรรมชาติ ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่นำไปสู่การเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ภาวะไขมันในเลือดสูง และโรคข้อเข่าเสื่อม (ชัชวาลย์ เพ็ชรกอง, 2562) หากผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ไม่ดี จะยิ่งส่งผลให้อัตราการพึ่งพิงด้านสุขภาพเพิ่มสูงขึ้นตามวัย การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีความสามารถในการจัดการดูแลสุขภาพตนเองให้แข็งแรง จึงเป็นทางออกสำคัญในการลดภาระการพึ่งพิงการดูแลระยะยาวในอนาคต (ชัชวาลย์ เพ็ชรกอง, 2562)

เป้าหมายหลักในการยกระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ คือการส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ซึ่งเป็นแนวทางการปฏิบัติตนเพื่อการมีสุขภาวะที่ดี (ศูนย์อนามัยกลุ่มชาติพันธุ์ ชายขอบ และแรงงานข้ามชาติ, 2562) ตามเกณฑ์มาตรฐาน พฤติกรรมเหล่านี้ประกอบด้วยหลักปฏิบัติที่สำคัญ ได้แก่ 1) การมีกิจกรรมทางกายหรือออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3-5 วัน ครั้งละ 15-30 นาที หรือสะสมให้ได้ 150 นาทีต่อสัปดาห์ 2) การรับประทานผักและผลไม้สดเป็นประจำ 3) การดื่มน้ำสะอาดอย่างน้อยวันละ 8 แก้ว 4) การงดสูบบุหรี่หรือยาเส้น 5) การงดดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ 6) การนอนหลับพักผ่อนอย่างเพียงพอวันละ 7-8 ชั่วโมง และ 7) การมีความสามารถในการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วย เช่น การรับประทานยาอย่างต่อเนื่องเมื่อมีโรคประจำตัว (ศูนย์อนามัยกลุ่มชาติพันธุ์ ชายขอบ และแรงงานข้ามชาติ, 2562; ศูนย์เฝ้าระวังสุขภาพหนึ่งเดียว มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2566) ปัจจัยที่เป็นตัวแปรสำคัญในการกำหนดและขับเคลื่อนให้ผู้สูงอายุสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดังกล่าวได้สำเร็จ คือ "ความรอบรู้ด้านสุขภาพ" (Health Literacy) ซึ่งหมายถึงความสามารถและทักษะในการเข้าถึง เข้าใจ วิเคราะห์ข้อมูล ตลอดจนการประเมินและการตัดสินใจเพื่อจัดการดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัว (ชัชวาลย์ เพ็ชรกอง, 2562)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์โดยตรงกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพและการควบคุมโรคเรื้อรัง ซึ่งสอดคล้องกับยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (พ.ศ. 2561 – 2580) ที่มุ่งเน้นการปฏิรูประบบเสริมสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพ เพื่อให้ประชาชนเกิดทักษะทางปัญญาในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเอง (ชัชวาลย์ เพ็ชรกอง, 2562) อย่างไรก็ตาม สถานการณ์ในระดับพื้นที่มักพบว่า ผู้สูงอายุยังคงมีอุปสรรคและมีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพที่จำกัด โดยเฉพาะทักษะการรู้เท่าทันสื่อ ทักษะการสื่อสารด้านสุขภาพ และทักษะการเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร ซึ่งมักอยู่ในเกณฑ์ที่ต้องได้รับการพัฒนา (ชัชวาลย์ เพ็ชรกอง, 2562)

บริบททางสังคมและสภาพแวดล้อมที่แตกต่างกันในแต่ละพื้นที่ ล้วนส่งผลต่อระดับความรอบรู้และพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ การอ้างอิงเพียงข้อมูลในระดับภาพรวมจึงอาจไม่สะท้อนถึงปัญหาที่แท้จริงของชุมชน ผู้วิจัยจึงเล็งเห็นความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องศึกษา ปัจจัยความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ในผู้สูงอายุ ในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านท่าบันได อำเภอย่านตาขาว จังหวัดตรัง เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิง

ประจักษ์ในระดับชุมชน อันจะเป็นประโยชน์และเป็นแนวทางให้บุคลากรทางสาธารณสุขสามารถนำไปใช้กำหนดนโยบาย วางแผนจัดหาสื่อหรือช่องทางการสื่อสารที่เหมาะสม และพัฒนากิจกรรมเพื่อยกระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพให้สอดคล้องกับบริบทของผู้สูงอายุในพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืนต่อไป (ชัชวาลย์ เพ็ชรกอง, 2562)

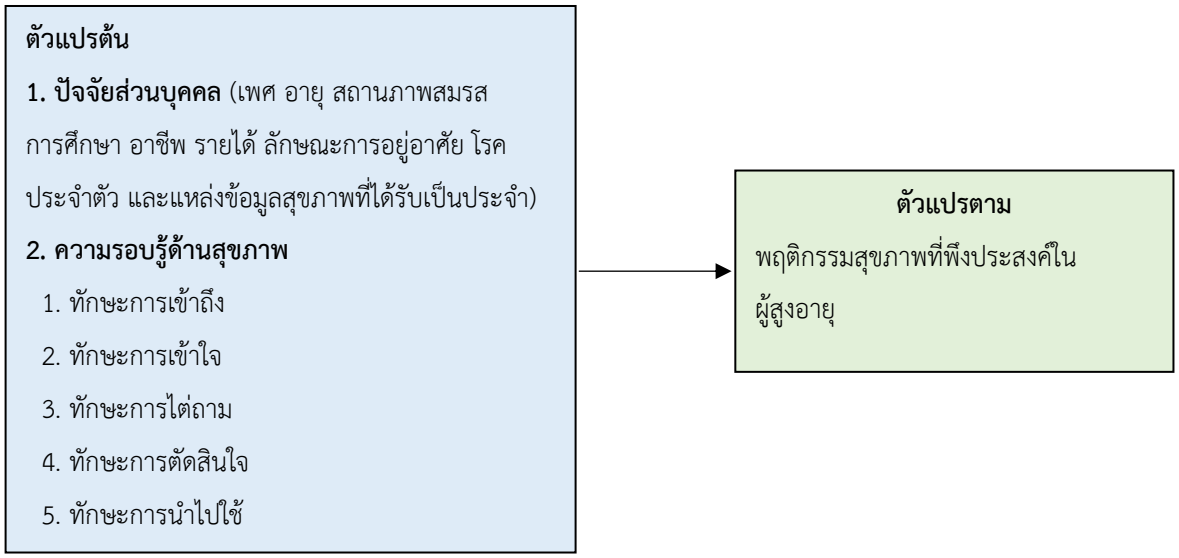
วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1.เพื่อศึกษาระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุ ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านท่าบันได ตำบลทุ่งกระบือ อำเภอย่านตาขาว จังหวัดตรัง

2. เพื่อศึกษาปัจจัยความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ในผู้สูงอายุ ในพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านท่าบันได อำเภอย่านตาขาว จังหวัดตรัง

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ปัจจัยความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ในผู้สูงอายุ ในพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านท่าบันได อำเภอย่านตาขาว จังหวัดตรัง โดยอาศัยแนวคิดแบบวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพตาม ใน 5 ทักษะ ได้แก่ ทักษะการเข้าถึง ทักษะการเข้าใจ ทักษะการไต่ถาม ทักษะการตัดสินใจ ทักษะการนำไปใช้ สำหรับตัวแปรตามได้แก่ พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ในผู้สูงอายุ มาสร้างเป็นกรอบแนวคิดการวิจัย ดังนี้



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบตัดขวาง (Cross sectional research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ในการศึกษาครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านท่าบันได ตำบลทุ่งกระบือ อำเภอย่านตาขาว จังหวัดตรัง โดยมีจำนวนประชากรทั้งหมดที่ขึ้นทะเบียนและมารับบริการในปีล่าสุดรวมทั้งสิ้น 696 คน

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างจากประชากรทั้งหมด 696 คน ใช้สูตรของ Yamane (1967) ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมสำหรับประชากร 696 คน คือ 254 คน จากนั้นใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) โดยจับฉลากรายชื่อผู้สูงอายุทุกคนในพื้นที่รักผิดชอบ โดยไม่ใส่คืน เพื่อเลือกผู้สูงอายุจำนวน 254 คน ที่จะเข้าร่วมการวิจัย นักวิจัยได้นัดหมายผู้ป่วยในวันที่มารับบริการตามปกติ เพื่ออธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขอความยินยอมเข้าร่วม จากนั้นดำเนินการเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามใน โดยการตอบแบบสอบถามใช้เวลาประมาณ 20–30 นาที ภายใต้การดูแลของนักวิจัยและเจ้าหน้าที่ที่ได้รับการฝึกอบรม เพื่อให้มั่นใจในความถูกต้องและความสมบูรณ์ของข้อมูล

สำหรับเกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) คือ มีอายุ 60 ปีขึ้นไป อาศัยในเขต รพ.สต.บ้านท่าบันได ติดต่อกันอย่างน้อย 6 เดือน สามารถสื่อสารและให้ข้อมูลได้ และลงนามยินยอมเข้าร่วมโครงการ โดยมีเกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) ได้แก่ ผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม บกพร่องทางสติปัญญา มีปัญหาการสื่อสารรุนแรง เจ็บป่วยเฉียบพลัน หรือไม่สมัครใจ ซึ่งเป็นอุปสรรคต่อการให้ข้อมูลที่ถูกต้อง นอกจากนี้ ได้กำหนด เกณฑ์การถอนตัว (Withdrawal criteria) ระหว่างการศึกษา โดยจะยุติการเก็บข้อมูลทันทีหากอาสาสมัครขอถอนความยินยอม เจ็บป่วยกะทันหัน ให้ข้อมูลไม่ครบถ้วน หรือผู้วิจัยประเมินว่าการเข้าร่วมต่ออาจเกิดความเสี่ยงด้านความปลอดภัยหรือผลกระทบทางจิตใจต่ออาสาสมัคร

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลสำหรับการวิจัยครั้งนี้คือแบบสอบถาม ซึ่งผู้วิจัยได้สร้างขึ้นเพื่อประเมินข้อมูลส่วนบุคคล ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยโครงสร้างของแบบสอบถามแบ่งออกเป็น 3 ตอน ได้แก่ ตอนที่ 1 เป็นแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม มีลักษณะเป็นข้อคำถามแบบตรวจสอบรายการ จำนวน 9 ข้อ เพื่อเก็บข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคลและภูมิหลังด้านสุขภาพ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ลักษณะการอยู่อาศัยในปัจจุบัน โรคประจำตัว ตลอดจนแหล่งข้อมูลด้านสุขภาพที่ผู้สูงอายุได้รับเป็นประจำ

ตอนที่ 2 เป็นแบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ จำนวน 20 ข้อ ซึ่งครอบคลุมการประเมินทักษะที่สำคัญ 5 ด้าน ได้แก่ ทักษะการเข้าถึงข้อมูล ทักษะการทำความเข้าใจ ทักษะการไต่ถาม ทักษะการตัดสินใจ และทักษะการนำข้อมูลไปใช้ โดยข้อคำถามมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ประเมินจากการรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติ กำหนดเกณฑ์การให้คะแนน คือ 4 หมายถึงทำได้ง่ายมาก 3 หมายถึงทำได้

ง่าย 2 หมายถึงทำได้ยาก 1 หมายถึงทำได้ยากมาก และ 0 หมายถึงไม่ได้ทำ

ตอนที่ 3 เป็นแบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุ จำนวน 20 ข้อ มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ โดยประเมินจากความถี่ในการแสดงพฤติกรรม กำหนดเกณฑ์การให้คะแนน คือ 5 หมายถึงปฏิบัติเป็นประจำ 4 หมายถึงปฏิบัติบ่อยครั้ง 3 หมายถึงปฏิบัติบางครั้ง 2 หมายถึงปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง และ 1 หมายถึงไม่เคยปฏิบัติเลย ทั้งนี้ สำหรับการแปลผลคะแนนแบบประเมินในตอนที่ 3 ผู้วิจัยได้นำคะแนนเฉลี่ยมากำหนดเกณฑ์การแปลความหมายตามแนวคิดของ Best (1977) ซึ่งแบ่งระดับพฤติกรรมที่พึงประสงค์ออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ พฤติกรรมที่พึงประสงค์ระดับสูง มีช่วงคะแนนเฉลี่ย 3.68 ถึง 5.00 พฤติกรรมที่พึงประสงค์ระดับปานกลาง มีช่วงคะแนนเฉลี่ย 2.34 ถึง 3.67 และพฤติกรรมที่พึงประสงค์ระดับต่ำ มีช่วงคะแนนเฉลี่ย 1.00 ถึง 2.33

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ผู้วิจัยได้ดำเนินการตรวจสอบความตรง (Validity) โดยนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นเสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของการใช้ภาษาและความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) จากนั้นได้นำข้อเสนอแนะมาปรับปรุงแก้ไขและส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาอีกครั้งจนเป็นที่ยอมรับ สำหรับการตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มประชากรที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน จากนั้นนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป โดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ซึ่งพบว่าแบบสอบถามมีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ 0.78

การวิเคราะห์ข้อมูล

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

(2) อธิบายระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ระดับพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุ โดยวิเคราะห์หาค่าเฉลี่ย และนำผลการวิเคราะห์มาเทียบกับเกณฑ์ และแปลความหมายของค่าเฉลี่ย

(3) อธิบายปัจจัยของความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุ โดยใช้การถดถอยโลจีสติก (Logistic Regression)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา เลขที่ SCPHYLIRB-2568/622

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 254 คน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 190 คน (ร้อยละ 74.80) ด้านอายุส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 60 - 69 ปี จำนวน 159 คน (ร้อยละ 62.60) รองลงมาคือช่วงอายุ 70 - 79 ปี จำนวน 94 คน (ร้อยละ 37.01) และอายุ 80 ปีขึ้นไป จำนวน 1 คน (ร้อยละ 0.39) โดยมีอายุเฉลี่ย 67.50 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 5.80 อายุต่ำสุด 60.00 ปี และสูงสุด 82.00 ปี) สำหรับ

สถานภาพสมรส ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ จำนวน 159 คน (ร้อยละ 62.60) รองลงมาคือหม้าย จำนวน 70 คน (ร้อยละ 27.56) โสด จำนวน 13 คน (ร้อยละ 5.12) และหย่าร้างหรือแยกกันอยู่ จำนวน 12 คน (ร้อยละ 4.72) ด้านระดับการศึกษาสูงสุด ส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษา จำนวน 183 คน (ร้อยละ 72.05) รองลงมาคือมัธยมศึกษาตอนต้น จำนวน 25 คน (ร้อยละ 9.84) ไม่ได้เรียนหนังสือ จำนวน 21 คน (ร้อยละ 8.27) มัธยมศึกษาตอนปลายหรือ ปวช. จำนวน 15 คน (ร้อยละ 5.91) อนุปริญญาหรือ ปวส. จำนวน 6 คน (ร้อยละ 2.36) และปริญญาตรีขึ้นไป จำนวน 4 คน (ร้อยละ 1.57) ในส่วนของอาชีพปัจจุบัน ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม จำนวน 108 คน (ร้อยละ 42.52) รองลงมาคือไม่มีอาชีพ จำนวน 95 คน (ร้อยละ 37.40) รับจ้าง จำนวน 20 คน (ร้อยละ 7.87) ค้าขาย จำนวน 18 คน (ร้อยละ 7.09) ธุรกิจส่วนตัว จำนวน 8 คน (ร้อยละ 3.15) และอื่น ๆ จำนวน 5 คน (ร้อยละ 1.97) สำหรับรายได้ต่อเดือนโดยประมาณ ส่วนใหญ่มีรายได้อยู่ในช่วง 3,000 - 5,000 บาท จำนวน 125 คน (ร้อยละ 49.21) รองลงมาคือน้อยกว่า 3,000 บาท จำนวน 80 คน (ร้อยละ 31.50) และมากกว่า 5,000 บาทขึ้นไป จำนวน 49 คน (ร้อยละ 19.29) โดยมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 4,250.00 บาท (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 2,150.50 บาท รายได้ต่ำสุด 600.00 บาท และสูงสุด 15,000.00 บาท)

เมื่อพิจารณาลักษณะการอยู่อาศัย พบว่า ส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับบุตรหลาน จำนวน 146 คน (ร้อยละ 57.48) รองลงมาคืออยู่กับคู่สมรส จำนวน 80 คน (ร้อยละ 31.50) อยู่คนเดียว จำนวน 24 คน (ร้อยละ 9.45) และอื่น ๆ จำนวน 4 คน (ร้อยละ 1.57) ด้านโรคประจำตัว ส่วนใหญ่มีโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 90 คน (ร้อยละ 35.43) รองลงมาคือโรคเบาหวาน จำนวน 45 คน (ร้อยละ 17.72) ไม่มีโรคประจำตัว จำนวน 44 คน (ร้อยละ 17.32) ข้อเข่าเสื่อมหรือโรคกระดูก จำนวน 35 คน (ร้อยละ 13.78) โรคหัวใจ จำนวน 15 คน (ร้อยละ 5.91) โรคอื่น ๆ จำนวน 14 คน (ร้อยละ 5.51) และโรคไต จำนวน 11 คน (ร้อยละ 4.33) และสำหรับแหล่งข้อมูลสุขภาพที่ได้รับเป็นประจำ กลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูลจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรืออาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) มากที่สุด จำนวน 115 คน รองลงมาคือโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาล จำนวน 85 คน (ร้อยละ 33.46) บุตรหลานหรือญาติพี่น้อง จำนวน 28 คน (ร้อยละ 11.02) โทรทัศน์ วิทยุ หรือสื่อสิ่งพิมพ์ จำนวน 15 คน (ร้อยละ 5.91) และอินเทอร์เน็ตหรือสื่อสังคมออนไลน์ จำนวน 11 คน (ร้อยละ 4.33) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n = 254)

คุณลักษณะทางประชากร	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	64	25.20
หญิง	190	74.80
อายุ (ปี)		
60 - 69 ปี	159	62.60

คุณลักษณะทางประชากร	จำนวน	ร้อยละ
70 - 79 ปี	94	37.01
80 ปีขึ้นไป	1	0.39
Mean = 67.50, SD = 5.80, Min = 60.00, Max = 82.00		
สถานภาพสมรส		
โสด	13	5.12
คู่	159	62.60
หม้าย	70	27.56
หย่าร้าง/แยกกันอยู่	12	4.72
ระดับการศึกษาสูงสุด		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	21	8.27
ประถมศึกษา	183	72.05
มัธยมศึกษาตอนต้น	25	9.84
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	15	5.91
อนุปริญญา/ปวส.	6	2.36
ปริญญาตรีขึ้นไป	4	1.57
อาชีพปัจจุบัน		
ไม่มีอาชีพ	95	37.40
เกษตรกรรม	108	42.52
รับจ้าง	20	7.87
ค้าขาย	18	7.09
ธุรกิจส่วนตัว	8	3.15
อื่น ๆ (เช่น แม่บ้าน)	5	1.97
รายได้ต่อเดือนโดยประมาณ (บาท)		
น้อยกว่า 3,000 บาท	80	31.50
3,000 - 5,000 บาท	125	49.21
มากกว่า 5,000 บาทขึ้นไป	49	19.29
Mean = 4,250.00, SD = 2,150.50, Min = 600.00, Max = 15,000.00		
ลักษณะการอยู่อาศัย		
อยู่คนเดียว	24	9.45
อยู่กับคู่สมรส	80	31.50
อยู่กับบุตรหลาน	146	57.48
อื่น ๆ	4	1.57
โรคประจำตัว		
ไม่มีโรคประจำตัว	44	17.32

คุณลักษณะทางประชากร	จำนวน	ร้อยละ
โรคความดันโลหิตสูง	90	35.43
โรคเบาหวาน	45	17.72
ข้อเข่าเสื่อม/โรคกระดูก	35	13.78
โรคหัวใจ	15	5.91
โรคไต	11	4.33
โรคอื่น ๆ	14	5.51
แหล่งข้อมูลสุขภาพที่ได้รับเป็นประจำ		
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข/อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.)	115	
โรงพยาบาล/สถานพยาบาล	85	33.46
บุตรหลาน/ญาติพี่น้อง	28	11.02
โทรทัศน์/วิทยุ/สื่อสิ่งพิมพ์	15	5.91
อินเทอร์เน็ต/สื่อสังคมออนไลน์	11	4.33

2. ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพจำแนกตามทักษะ

ผลการวิเคราะห์ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพจำแนกตามทักษะของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 254 คน พบว่า ทักษะการเข้าถึง ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 130 คน (ร้อยละ 51.19) รองลงมาคือระดับสูง จำนวน 112 คน (ร้อยละ 44.09) และระดับต่ำ จำนวน 12 คน (ร้อยละ 4.72) ด้านทักษะการเข้าใจ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง จำนวน 156 คน (ร้อยละ 61.42) รองลงมาคือระดับปานกลาง จำนวน 90 คน (ร้อยละ 35.43) และระดับต่ำ จำนวน 8 คน (ร้อยละ 3.15) สำหรับทักษะการไต่ถาม ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 144 คน (ร้อยละ 56.69) รองลงมาคือระดับสูง จำนวน 100 คน (ร้อยละ 39.37) และระดับต่ำ จำนวน 10 คน (ร้อยละ 3.94) ในส่วนของทักษะการตัดสินใจ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 124 คน (ร้อยละ 48.82) รองลงมาคือระดับสูง จำนวน 116 คน (ร้อยละ 45.67) และระดับต่ำ จำนวน 14 คน (ร้อยละ 5.51) และสุดท้ายทักษะการนำไปใช้ พบว่าส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 155 คน (ร้อยละ 61.02) รองลงมาคือระดับสูง จำนวน 92 คน (ร้อยละ 36.22) และระดับต่ำ จำนวน 7 คน (ร้อยละ 2.76) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพจำแนกตามทักษะ (n = 254)

ทักษะความรอบรู้ด้านสุขภาพ	ระดับ	จำนวน	ร้อยละ
ทักษะการเข้าถึง	ระดับสูง	112	44.09
	ระดับปานกลาง	130	51.19
	ระดับต่ำ	12	4.72
ทักษะการเข้าใจ	ระดับสูง	156	61.42
	ระดับปานกลาง	90	35.43
	ระดับต่ำ	8	3.15
ทักษะการไต่ถาม	ระดับสูง	100	39.37
	ระดับปานกลาง	144	56.69
	ระดับต่ำ	10	3.94
ทักษะการตัดสินใจ	ระดับสูง	116	45.67
	ระดับปานกลาง	124	48.82
	ระดับต่ำ	14	5.51
ทักษะการนำไปใช้	ระดับสูง	92	36.22
	ระดับปานกลาง	155	61.02
	ระดับต่ำ	7	2.76

3. ระดับพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุ

ผลการวิเคราะห์ระดับพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุ จำนวน 254 คน เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านการดูแลสุขภาพตนเอง ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง จำนวน 140 คน (ร้อยละ 55.12) รองลงมาคือระดับปานกลาง จำนวน 104 คน (ร้อยละ 40.94) และระดับต่ำ จำนวน 10 คน (ร้อยละ 3.94) ด้านสุขอนามัยส่วนบุคคล ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง จำนวน 165 คน (ร้อยละ 64.96) รองลงมาคือระดับปานกลาง จำนวน 84 คน (ร้อยละ 33.07) และระดับต่ำ จำนวน 5 คน (ร้อยละ 1.97) สำหรับด้านการป้องกันโรคและการใช้ยา ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง จำนวน 125 คน (ร้อยละ 49.21) รองลงมาคือระดับปานกลาง จำนวน 118 คน (ร้อยละ 46.46) และระดับต่ำ จำนวน 11 คน (ร้อยละ 4.33) และด้านสุขภาพจิตและสังคม ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง จำนวน 145 คน (ร้อยละ 57.09) รองลงมาคือระดับปานกลาง จำนวน 101 คน (ร้อยละ 39.76) และระดับต่ำ จำนวน 8 คน (ร้อยละ 3.15)

ทั้งนี้ เมื่อพิจารณาในภาพรวมพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง จำนวน 148 คน (ร้อยละ 58.27) รองลงมาคือระดับปานกลาง จำนวน 98 คน (ร้อยละ 38.58) และอยู่ในระดับต่ำ จำนวน 8 คน (ร้อยละ 3.15) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ระดับพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุจำแนกรายด้านและภาพรวม (n = 254)

ด้านพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์	ระดับ	จำนวน	ร้อยละ
ด้านการดูแลสุขภาพตนเอง	ระดับสูง	140	55.12
	ระดับปานกลาง	104	40.94
	ระดับต่ำ	10	3.94
ด้านสุขอนามัยส่วนบุคคล	ระดับสูง	165	64.96
	ระดับปานกลาง	84	33.07
	ระดับต่ำ	5	1.97
ด้านการป้องกันโรคและการใช้ยา	ระดับสูง	125	49.21
	ระดับปานกลาง	118	46.46
	ระดับต่ำ	11	4.33
ด้านสุขภาพจิตและสังคม	ระดับสูง	145	57.09
	ระดับปานกลาง	101	39.76
	ระดับต่ำ	8	3.15
ภาพรวมพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์	ระดับสูง	148	58.27
	ระดับปานกลาง	98	38.58
	ระดับต่ำ	8	3.15

4. ปัจจัยและทักษะความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยและทักษะความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ระดับสูงของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 254 คน พบว่ามี 3 ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ระดับสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ เพศ พบว่าผู้หญิงมีโอกาสแสดงพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ระดับสูงเป็น 1.55 เท่าของผู้ชาย (Adjusted OR = 1.55, 95% CI = 1.02 - 2.35, p-value = 0.040) ถัดมาคือทักษะการเข้าใจข้อมูลสุขภาพ โดยกลุ่มที่มีทักษะการเข้าใจระดับสูงมีโอกาสแสดงพฤติกรรมฯ ระดับสูงเป็น 2.10 เท่า เมื่อเทียบกับกลุ่มที่มีทักษะระดับปานกลางและต่ำ (Adjusted OR = 2.10, 95% CI = 1.15 - 3.85, p-value = 0.015) และทักษะการนำไปใช้ ซึ่งกลุ่มที่มีทักษะการนำไปใช้ระดับสูงมีโอกาสแสดงพฤติกรรมฯ ระดับสูงถึง 2.85 เท่า เมื่อเทียบกับกลุ่มที่มีทักษะระดับปานกลางและต่ำ (Adjusted OR = 2.85, 95% CI = 1.65 - 4.90, p-value = 0.002)

สำหรับปัจจัยด้านอายุ ระดับการศึกษาสูงสุด โรคประจำตัว ทักษะการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ ทักษะการไต่ถาม และทักษะการตัดสินใจ พบว่าไม่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ระดับสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value > 0.05) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การวิเคราะห์ปัจจัยและทักษะความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ระดับสูง (n = 254)

ปัจจัย	OR $_{Crude}$	OR $_{Adjust}$	95%CI	p-value
ชาย				
ชาย	Ref.	Ref.		0.040*
หญิง	1.85	1.55	1.02 - 2.35	
อายุ				
60 - 69 ปี	Ref.	Ref.		0.540
70 ปีขึ้นไป	0.75	0.85	0.50 - 1.45	
ระดับการศึกษาสูงสุด				
ประถมศึกษาและไม่ได้เรียนหนังสือ	Ref.	Ref.		0.180
มัธยมศึกษาตอนต้นขึ้นไป	2.40	1.60	0.80 - 3.20	
โรคประจำตัว				
ไม่มี	Ref.	Ref.		0.720
มีโรคประจำตัว	0.88	0.90	0.50 - 1.60	
ทักษะการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ				
ระดับปานกลางและต่ำ	Ref.	Ref.		0.480
ระดับสูง	1.50	1.25	0.65 - 2.40	
ทักษะการเข้าใจข้อมูลสุขภาพ				
ระดับปานกลางและต่ำ	Ref.	Ref.		0.015*
ระดับสูง	2.65	2.10	1.15 - 3.85	
ทักษะการไต่ถาม				
ระดับปานกลางและต่ำ	Ref.	Ref.		0.185
ระดับสูง	1.80	1.40	0.85 - 2.30	
ทักษะการตัดสินใจ				
ระดับปานกลางและต่ำ	Ref.	Ref.		0.580
ระดับสูง	1.45	1.15	0.70 - 1.90	
ทักษะการนำไปใช้				
ระดับปานกลางและต่ำ	Ref.	Ref.		0.002**
ระดับสูง	3.50	2.85	1.65 - 4.90	

หมายเหตุ: Ref. = กลุ่มอ้างอิง (Reference group), * มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

อภิปรายผล

ผลการวิเคราะห์ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านท่าบันได อำเภอย่านตาขาว จังหวัดตรัง จำนวน 254 คน สามารถนำมาอภิปรายผลโดยเชื่อมโยงกับแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องตามมิติของทักษะต่าง ๆ ได้ดังนี้

ทักษะการเข้าใจและทักษะการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ จากผลการศึกษา กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีทักษะการเข้าใจอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 61.42) และมีทักษะการเข้าถึงอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 51.19) ถึงระดับสูง (ร้อยละ 44.09) ผลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่าผู้สูงอายุในพื้นที่มีศักยภาพพื้นฐานที่ดีในการรับรู้และทำความเข้าใจข้อมูลทางสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับกรอบแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพของนัทบีม (Nutbeam) ที่อธิบายว่า ความรู้และความเข้าใจเป็นปัจจัยพื้นฐานสำคัญที่จะนำไปสู่การคิดวิเคราะห์ เพื่อพิจารณาตัดสินใจนำข้อมูลข่าวสารมาใช้ส่งเสริมและดูแลสุขภาพตนเอง (กรรณิการ์ การีสรรพ์ และคณะ, 2562) ความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ดีจะช่วยสนับสนุนให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึง ทำความเข้าใจ และประยุกต์ใช้ข้อมูลในการจัดการตนเองได้อย่างเหมาะสม (นพดล ทองอร่าม และคณะ, 2567) นอกจากนี้ การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในด้านการเข้าถึงและการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร ยังมีความสัมพันธ์เชิงบวกระดับสูงต่อการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพของผู้สูงอายุอีกด้วย (จันจิรา เสมามิ่ง และสุพัฒน์ อาสนะ, 2568) ทักษะการไต่ถามในบริบททางสังคมและวัฒนธรรม ผลการประเมินด้านทักษะการไต่ถามพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 56.69) ประเด็นนี้นับเป็นความท้าทายที่สำคัญยิ่งต่อระบบสาธารณสุข เนื่องจากการศึกษาของ ชนิล ละม้าย (2568) ได้ข้อค้นพบว่า ทักษะการไต่ถามเป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลสูงสุดในการพยากรณ์พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุ การที่กลุ่มตัวอย่างมีทักษะด้านนี้อยู่ในระดับปานกลาง อาจเป็นผลสะท้อนมาจากบริบททางวัฒนธรรมไทยที่ผู้สูงอายุมักให้ความเคารพและเชื่อฟังบุคลากรทางการแพทย์ จึงทำให้เกิดความเกรงใจและไม่กล้าตั้งคำถามหรือขอคำอธิบายเพิ่มเติม การขาดทักษะกระบวนการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพและไม่กล้าเจรจาซักถามนี้ อาจเป็นอุปสรรคสำคัญที่ทำให้ผู้สูงอายุเข้าใจข้อมูลโรคและการดูแลตนเองได้ไม่สมบูรณ์ และนำไปสู่การปฏิบัติตัวที่ไม่ถูกต้องเหมาะสมได้ (กรรณิการ์ การีสรรพ์ และคณะ, 2562)

ทักษะการตัดสินใจและการนำไปปฏิบัติภายใต้ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง สำหรับทักษะการตัดสินใจ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 48.82) และระดับสูง (ร้อยละ 45.67) ซึ่งทักษะการตัดสินใจนี้ได้รับการพิสูจน์ว่าเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลรองลงมาในการส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ในขณะที่ทักษะการนำไปใช้พบว่าส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 61.02) ซึ่งการที่ทักษะการนำไปปฏิบัติใช้จริงยังมีข้อจำกัดนั้น สามารถอธิบายได้ด้วย ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy Theory) ที่ชี้ให้เห็นว่า พฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมของผู้สูงอายุจะเกิดขึ้นและดำเนินไปอย่างยั่งยืนได้ ผู้สูงอายุจะต้องมีความเชื่อมั่นและการรับรู้ความสามารถของตนเองในระดับสูง (ภาสิต ศิริเทศ และณพวิทย์ ธรรมสีหา, 2562) สอดคล้องกับการศึกษาของ ชวนพิศ ศิริไพบูลย์ และคณะ (2564) ที่แสดงให้เห็นว่าการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติและการมีปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติ มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุไทย ยิ่งไปกว่านั้น ปัจจัยแวดล้อมเช่น คุณลักษณะของผู้ดูแล (Caregiver) ทั้งในด้านทัศนคติที่

มีต่อการดูแล การผ่านการฝึกอบรม และระยะเวลาที่ใช้ในการดูแล ล้วนมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญต่อพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุ (ภานุพันธุ์ พันธุ์กว้าง และรักชนก คชานุบาล, 2567)

จากการวิเคราะห์ปัจจัยและทักษะความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ระดับสูงของผู้สูงอายุจำนวน ดังนี้ อิทธิพลของปัจจัยด้านเพศต่อพฤติกรรมสุขภาพ ผลการศึกษาพบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ โดยผู้หญิงมีโอกาสแสดงพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ระดับสูงเป็น 1.55 เท่าของผู้ชาย ผลลัพธ์ดังกล่าวสอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมาที่ชี้ให้เห็นว่า เพศหญิงมักมีความตระหนักและมีการเตรียมตัวด้านสุขภาพดีกว่าเพศชาย เช่น การศึกษาของ จันจิรา เสมามิ่ง และสุพัฒน์ อาสนะ (2568) ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างเพศหญิงมีการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุเป็น 1.82 เท่าเมื่อเปรียบเทียบกับเพศชาย นอกจากนี้ ภานุพันธุ์ พันธุ์กว้าง และรักชนก คชานุบาล (2567) ยังพบว่าผู้สูงอายุเพศหญิงมีโอกาสที่จะมีพฤติกรรมการบริโภคผักและผลไม้เป็นประจำมากกว่าเพศชาย ในขณะเดียวกันก็มีโอกาสสูบบุหรี่และดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นประจำน้อยกว่าเพศชายอย่างชัดเจน ความแตกต่างทางพฤติกรรมและความใส่ใจสุขภาพนี้ จึงเป็นส่วนหนึ่งที่สนับสนุนว่าเพศหญิงมีแนวโน้มแสดงพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ในระดับที่สูงกว่า ความสำคัญของทักษะการเข้าใจข้อมูลสุขภาพ (Comprehension Skill) การที่กลุ่มผู้ที่มีทักษะการเข้าใจระดับสูงมีโอกาสแสดงพฤติกรรมสุขภาพฯ ระดับสูงเป็น 2.10 เท่า สะท้อนให้เห็นถึงความสำคัญของความสามารถในการจับประเด็นและตีความข้อมูลสุขภาพ ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดของความรอบรู้ด้านสุขภาพของ Nutbeam ที่ระบุว่า ความรู้ความเข้าใจของบุคคลเป็นปัจจัยพื้นฐานที่จะนำไปสู่การคิดวิเคราะห์และนำข้อมูลข่าวสารทางสุขภาพมาใช้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเหมาะสมในการดำเนินชีวิต การทำความเข้าใจข้อมูลสุขภาพจึงเป็นบันไดขั้นแรกสุดที่เชื่อมโยงไปสู่การปฏิบัติ สอดคล้องกับการศึกษาของ ชนิล ละม้าย (2568) ที่ยืนยันว่า ทักษะการเข้าใจสามารถร่วมพยากรณ์พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุได้อย่างมีนัยสำคัญ สำหรับทักษะการนำไปใช้ (Application Skill) ในฐานะปัจจัยพยากรณ์สูงสุด ทักษะการนำไปใช้เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลสูงสุดในการศึกษานี้ โดยกลุ่มที่มีทักษะระดับสูงมีโอกาสแสดงพฤติกรรมที่พึงประสงค์สูงถึง 2.85 เท่า การค้นพบนี้ชี้ให้เห็นว่า ลำพังเพียงการเข้าถึงหรือเข้าใจข้อมูลนั้นไม่เพียงพอ แต่ความสามารถในการแปลงความรู้ให้เป็นการลงมือปฏิบัติจริงคือหัวใจสำคัญ ประเด็นนี้สามารถอธิบายได้อย่างชัดเจนด้วย ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy Theory) ซึ่งอธิบายว่า หากผู้สูงอายุมีการรับรู้ความสามารถของตนเองในระดับสูง ก็จะมีการแสดงออกซึ่งพฤติกรรมสุขภาพที่ดีและเหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาของ ชวนพิศ ศิริไพบูลย์ และคณะ (2564) ที่ระบุว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติ ตลอดจนปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติ มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงมากกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุไทย ผู้สูงอายุที่มีทักษะการนำไปใช้สูง จึงเป็นผู้ที่มีสมรรถนะแห่งตนเพียงพอในการฟันฝ่าอุปสรรคเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้จริง

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 การพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมทักษะการไต่ถามและการฝึกอบรมผู้ดูแล ควรมีการจัดกิจกรรมฝึกอบรมเพื่อสร้างความมั่นใจให้ผู้สูงอายุกล้าตั้งคำถาม

สอบถามข้อมูลเพิ่มเติม และสื่อสารกับบุคลากรทางการแพทย์ เนื่องจากทักษะนี้มีอิทธิพลสูงสุดต่อพฤติกรรมสุขภาพ โดยอาจใช้รูปแบบกิจกรรมกลุ่มย่อย การฝึกบทบาทสมมติ หรือใช้กรณีศึกษาในชีวิตประจำวัน ควบคู่ไปกับการจัดอบรมแนวทางการดูแลสุขภาพให้แก่ผู้ดูแล (Caregiver) ทั้งในด้านความรู้และทัศนคติ เพื่อให้ผู้ดูแลมีความเข้าใจและสามารถเป็นแรงสนับสนุนที่ช่วยกระตุ้นให้ผู้สูงอายุมีความเชื่อมั่นในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างถูกต้อง

1.2 การจัดตั้งศูนย์การเรียนรู้และบริการสุขภาพแบบมีส่วนร่วมในชุมชน ควรจัดตั้งศูนย์การเรียนรู้สุขภาพในชุมชน เพื่อเป็นแหล่งให้ข้อมูลและให้คำปรึกษาที่ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงได้ง่าย โดยมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หรือผู้นำชุมชนเป็นพี่เลี้ยงในการให้ความรู้และคำแนะนำ นอกจากนี้ ควรส่งเสริมให้ชุมชนเข้ามามีบทบาทในการร่วมดูแลผู้สูงอายุ โดยยกระดับศูนย์ดังกล่าวให้ครอบคลุมบริการที่จำเป็น เช่น การดูแลฟื้นฟูสุขภาพและการเยี่ยมบ้าน เพื่อช่วยลดความเหนื่อยล้าและภาระของผู้ดูแลในครอบครัว ซึ่งจะส่งผลดีต่อคุณภาพชีวิตและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในระยะยาว

2. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 การศึกษาปัจจัยเชิงลึกด้วยระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพหรือแบบผสมผสาน การวิจัยครั้งต่อไปควรมีการออกแบบการวิจัยที่ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) ร่วมด้วย เช่น การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) หรือการสนทนากลุ่ม (Focus group) ตลอดจนใช้การวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed methods) เพื่อให้ได้ข้อมูลและมุมมองเชิงลึกจากผู้สูงอายุในแต่ละบริบท

2.2 การพัฒนาและทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ ควรมีการวิจัยเชิงทดลอง (Experimental research) การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม หรือการศึกษาเชิงทำนาย เพื่อสร้างและพัฒนาโปรแกรมหรือกิจกรรมส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ

อ้างอิง

กรรณิการ์ การีสรรพ์, พรทิพย์ มาลาธรรม และนุชนาฏ สุทธิ. (2562). ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง. *Rama Nurs J*, *25*(3), 280-295.

จันจิรา เสมามิ่ง และสุพัฒน์ อาสนะ. (2568). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเตรียมความพร้อมของกลุ่มวัยก่อนสูงอายุ จังหวัดอุดรธานี. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 9*, *19*(3), 985-1000.

ชนิล ละม้าย. (2568). อิทธิพลของความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุ ในเขตตำบลเขาพระ อำเภอพิปูน จังหวัดนครศรีธรรมราช. *วารสารวิชาการเพื่อการพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิและสาธารณสุข*, 512-526.

ชวนพิศ ศิริไพบูลย์, อิทธิพล ดวงจินดา, กันธิมา ศรีหมากสุก, ศรีสุรางค์ เคหะนาค และอังคณา บุญครอง. (2564). ความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุไทยในอำเภอเมือง จังหวัดสมุทรสงคราม. *วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, *14*(2), 94-107.

ชัชวาลย์ เพ็ชรกอง. (2562). *ความรอบรู้ด้านสุขภาพของแกนนำชมรมผู้สูงอายุ ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี*. กลุ่มพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพวัยสูงอายุ ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี.

นพดล ทองอร่าม, กนกพร สมพร, ดาราวรรณ เอี่ยมสุดใจ และสิรินยา บุญญาธิการ. (2567). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ตำบลบางพรม อำเภอบางคนที จังหวัดสมุทรสงคราม. *วารสารศาสตร์สาธารณสุขและนวัตกรรม*, *4*(2), 1-11.

ภานุพันธุ์ พันธุ์กว้าง และรักชนก คชานุบาล. (2567). ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะของผู้ดูแลและพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุไทย. *Journal of Roi Kaensarn Academi*, *9*(12), 1746-1765.

ภาสิต ศิริเทศ และณพวิทย์ ธรรมสีหา. (2562). ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ. *วารสารพยาบาลทหารบก*, *20*(2), 58-65.

ศูนย์เฝ้าระวังสุขภาพหนึ่งเดียว มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. (2566, 1 กันยายน). *พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุ*. ศูนย์เฝ้าระวังสุขภาพหนึ่งเดียว (PODD Centre). https://www.cmonehealth.org

ศูนย์อนามัยกลุ่มชาติพันธุ์ ชายขอบ และแรงงานข้ามชาติ กรมอนามัย. (2562, 13 มิถุนายน). *พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์สำหรับผู้สูงอายุ*. อนามัยมีเดีย กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. https://multimedia.anamai.moph.go.th

Best, J. W. (1977). *Research in education* (3rd ed.). Prentice-Hall.

Yamane, T. (1967). *Statistics: An introductory analysis* (2nd ed.). Harper and Row.

วารสารวิชาการเพื่อการพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิและสาธารณสุข
Academic Journal for Primary Care and Public Health Development

ประสิทธิผลของโปรแกรมการป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤต ขณะนอนรักษาในโรงพยาบาลระนอง

Effectiveness of Caring Program for Preventing Pressure Ulcer in Critical Patient in Ranong Hospital

สุปราณี นุชบุญช่วย
Supranee Nuchboonchuay
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลระนอง

(Received: May 4, 2026; Accepted: June 4, 2026)

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบปฏิบัติการ โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤตขณะนอนรักษาในโรงพยาบาลระนอง และประเมินความพึงพอใจต่อการใช้โปรแกรมของพยาบาลวิชาชีพและญาติผู้ป่วย ดำเนินการระหว่างเดือนธันวาคม 2567 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2568 กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยเพศหญิงที่มีภาวะวิกฤต ใช้เครื่องควบคุมการให้ออกซิเจนอัตราการไหลสูงหรือใช้เครื่องช่วยหายใจ ขณะนอนรักษาตัวที่ตึกอายุรกรรมหญิง โรงพยาบาลระนอง จำนวน 30 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยสำหรับพยาบาลวิชาชีพ ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามความพึงพอใจต่อรูปแบบการป้องกันการเกิดแผลกดทับ และแบบประเมินการป้องกันการเกิดแผลกดทับ ส่วนเครื่องมือสำหรับญาติ ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและแบบสอบถามความพึงพอใจต่อรูปแบบการป้องกันการเกิดแผลกดทับ เครื่องมือผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติอนุมาน

ผลการศึกษาพบว่า ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อรูปแบบการป้องกันการเกิดแผลกดทับอยู่ในระดับมาก (M = 4.78) มีการประเมิน Braden scale แรกรับของผู้ป่วยทุกราย และมีการประเมินการเกิดแผลกดทับตามคะแนน Braden scale ร้อยละ 100 ส่วนความพึงพอใจของญาติต่อรูปแบบการป้องกันการเกิดแผลกดทับอยู่ในระดับปานกลาง (M = 2.90) ข้อเสนอแนะจากการวิจัย คือ ควรนำแนวทางปฏิบัติการป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤตไปใช้ในตึกอายุรกรรมหญิง โรงพยาบาลระนองอย่างต่อเนื่อง และส่งเสริมให้พยาบาลวิชาชีพได้รับการอบรมเพิ่มเติมด้านการดูแลแผลกดทับ

คำสำคัญ: โปรแกรมการป้องกันแผลกดทับ, ผู้ป่วยภาวะวิกฤต, ความพึงพอใจ

Abstract

This action research employed purposive sampling. The objectives were to examine the effectiveness of a pressure ulcer prevention program among critically ill patients admitted to Ranong Hospital and to assess the satisfaction of professional nurses and patients' relatives with the use of the program. The study was conducted from December 2024 to February 2025. The sample consisted of 30 critically ill female patients who were receiving high-flow oxygen therapy or mechanical ventilation while admitted to the female medical ward at Ranong Hospital. The research instruments for professional nurses included a general information questionnaire, a satisfaction questionnaire regarding the pressure ulcer prevention model, and a pressure ulcer prevention assessment form. The instruments for patients' relatives included a general information questionnaire and a satisfaction questionnaire regarding the pressure ulcer prevention model. The instruments were validated for content validity by experts. Data were analyzed using descriptive statistics, including percentage, mean, and standard deviation, as well as inferential statistics.

The results revealed that professional nurses' satisfaction with the pressure ulcer prevention model was at a high level (M = 4.78). The Braden Scale was assessed upon admission for all patients, and pressure ulcer risk assessment based on the Braden Scale was performed in 100% of the patients. In addition, the overall satisfaction of patients' relatives with the pressure ulcer prevention model was at a moderate level (M = 2.90). The recommendation from this study is that the pressure ulcer prevention practice guideline for critically ill patients should be continuously implemented in the female medical ward at Ranong Hospital. Furthermore, professional nurses should be encouraged to receive additional training in pressure ulcer care.

Keywords : Pressure ulcer prevention program, Critically ill patients, Satisfaction

บทนำ

แผลกดทับเป็นแผลที่เกิดจากการแตกทำลายของผิวหนังและเนื้อเยื่อ เนื่องจากได้รับแรงกดอยู่เป็นเวลานาน รวมทั้งมีแรงเฉือน แรงเสียดทานที่กระทำต่อผิวหนังจนทำให้เกิดการบาดเจ็บ การตายของเนื้อเยื่อจากการขาดออกซิเจนและเลือดไปเลี้ยงไม่เพียงพอ แผลกดทับเป็นปัญหาที่สำคัญในกลุ่มผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวและการทำกิจกรรมลดลง และผู้ป่วยหนักที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ใส่สายต่าง ๆ ทั้งผู้ป่วยที่มีความเจ็บป่วยระยะเฉียบพลันและเรื้อรัง หรือหลังได้รับการผ่าตัด ซึ่งพบว่าผู้ป่วยที่ใช้ระยะเวลาในการผ่าตัดนานมากกว่า 3-4 ชั่วโมงขึ้นไป มีโอกาสเกิดแผลกดทับได้ง่าย (Schoonhoven, Defloor, Tweel, Buskens & Grypdonck, 2002) แผลกดทับเป็นปัญหาทางสุขภาพที่พบได้อยู่เสมอ (Jaul, 2010) และถูกจัดลำดับเป็น 1 ใน 5 ของภัยคุกคามสำหรับผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก (Elliot, Mckinly, & Fox, 2008) ในประเทศไทยพบว่า มีอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับประมาณร้อยละ 5–10 ในผู้ป่วยที่นอนโรงพยาบาล (พุตตานวงศ์ ตรีรัตนชัย, 2556) เมื่อเกิดแผลกดทับจะส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วย โดยส่งผลให้คุณภาพชีวิตผู้ป่วยลดลงในหลายด้าน คือ 1) ด้านร่างกาย ผู้ป่วยจะถูกจำกัดการเคลื่อนไหว การทำกิจวัตรประจำวัน 2) ด้านสังคม พบว่า ผู้ป่วยถูกจำกัดการมีกิจกรรมและการดำเนินชีวิตในสังคม ผู้ป่วยแยกตัวจากสังคม ขาดการปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น รวมถึงขาดความสนใจต่อสิ่งต่าง ๆ และ 3) ด้านจิตใจ ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ ส่งผลต่อการควบคุมอารมณ์และความผาสุกทางด้านจิตใจ อีกทั้งผู้ป่วยต้องทนทุกข์ทรมานกับบาดแผลและอาจเกิดการติดเชื้อจนเป็นอันตรายต่อชีวิตได้ แผลกดทับเป็นภาวะแทรกซ้อนที่จะต้องให้การรักษาเพิ่มมากขึ้น ผู้ป่วยจะต้องนอนโรงพยาบาลนานขึ้น ส่งผลให้เกิดค่าใช้จ่ายที่มากเกินความจำเป็นทั้งต่อตัวผู้ป่วยและโรงพยาบาล รวมทั้งเป็นการเพิ่มภาระงานให้กับพยาบาล การเกิดแผลกดทับของผู้ป่วยแสดงถึงคุณภาพการพยาบาลที่ยังไม่ได้มาตรฐาน เนื่องจากการเกิดแผลกดทับเป็นสิ่งที่ป้องกันได้ และหากเกิดขึ้นในระยะแรกที่ยังไม่มีการทำลายถึงชั้นหนังแท้ การป้องกันจะได้ประสิทธิผลดี การดูแลไม่ให้เกิดแผลกดทับจึงเป็นหน้าที่สำคัญของพยาบาลที่จะต้องตระหนักและให้ความสำคัญจากผลกระทบดังที่กล่าวมาข้างต้น ผู้ป่วยจึงควรต้องได้รับการดูแลและป้องกันการเกิดแผลกดทับตั้งแต่ระยะเริ่มต้น

การเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยที่ถูกจำกัดการเคลื่อนไหวเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบมากในโรงพยาบาลหลายแห่ง จากสถานการณ์การเกิดแผลกดทับที่ต่างประเทศเพิ่มสูงขึ้นทั่วโลก พบอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยระยะวิกฤต (Acute care) ร้อยละ 0.4-38 แตกต่างกันตามบริบทของโรงพยาบาล สำหรับประเทศไทยพบอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับร้อยละ 10.8-11.18 หรือคิดเป็นอัตราการเกิดแผลกดทับ 0.58-3.64 ต่อ 1,000 วันนอน โดยกลุ่มผู้ป่วยที่เกิดแผลกดทับเป็นผู้สูงอายุและมีจำนวนวันที่นอนโรงพยาบาลเป็นเวลานาน (วารสารหัวหินสุขใจไกลกังวล ฉบับที่ 1, 2564) หากไม่ระมัดระวังเรื่องการดูแลความสะอาดของแผลกดทับ ผลที่ตามมาคือแผลเกิดการอักเสบติดเชื้อ ผู้ป่วยต้องได้รับการรักษาเพิ่มขึ้น ภาระค่าใช้จ่ายที่โรงพยาบาลต้องรับผิดชอบย่อมเพิ่มมากขึ้นเช่นกัน

จากสถิติผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลระนอง พบอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับ

เป็นจำนวน 55, 59 และ 74 ครั้งต่อ 1,000 วันนอน ในปี พ.ศ. 2563, 2564 และ 2565 ตามลำดับ และจากสถิติการเกิดอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับโดยส่วนใหญ่เกิดในผู้ป่วยอายุรกรรม (สถิติเวชระเบียน โรงพยาบาลระนอง) สาเหตุเกิดจากการไม่พลิกตะแคงตัวผู้ป่วยตามแนวทางการปฏิบัติการป้องกันการเกิดแผลกดทับ เจ้าหน้าที่ไม่ตระหนักถึงความสำคัญในการพลิกตะแคงตัวผู้ป่วย หรือไม่กระตุ้นญาติให้ช่วยพลิกตะแคงตัวผู้ป่วย อีกทั้งภาระงานที่ล้นมือ ทำให้การจัดการหน้างานไม่ครบถ้วนตามแนวทางที่ใช้ดูแลผู้ป่วย และในผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤตที่ใช้เครื่องควบคุมการให้ออกซิเจนอัตราการไหลสูง หรือผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจขณะนอนรักษา ญาติกลัว ไม่กล้าพลิกตะแคงตัวผู้ป่วย ขาดทักษะในการป้องกันการเกิดแผลกดทับ

ดังนั้น จากการศึกษาแนวทางปฏิบัติประสิทธิผลของโปรแกรมการป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤตขณะนอนรักษาในโรงพยาบาลระนอง เพื่อนำผลการศึกษาไปพัฒนาแนวทางในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงได้ถูกต้อง เหมาะสม และได้มาตรฐาน ช่วยให้บุคลากรทีมสุขภาพมีแนวทางปฏิบัติที่เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ มีความต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วย ส่งผลต่อคุณภาพการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วย ป้องกันการเกิดแผลกดทับ ภาวะแทรกซ้อน ลดระยะวันนอนโรงพยาบาล และช่วยลดค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยและของโรงพยาบาล

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

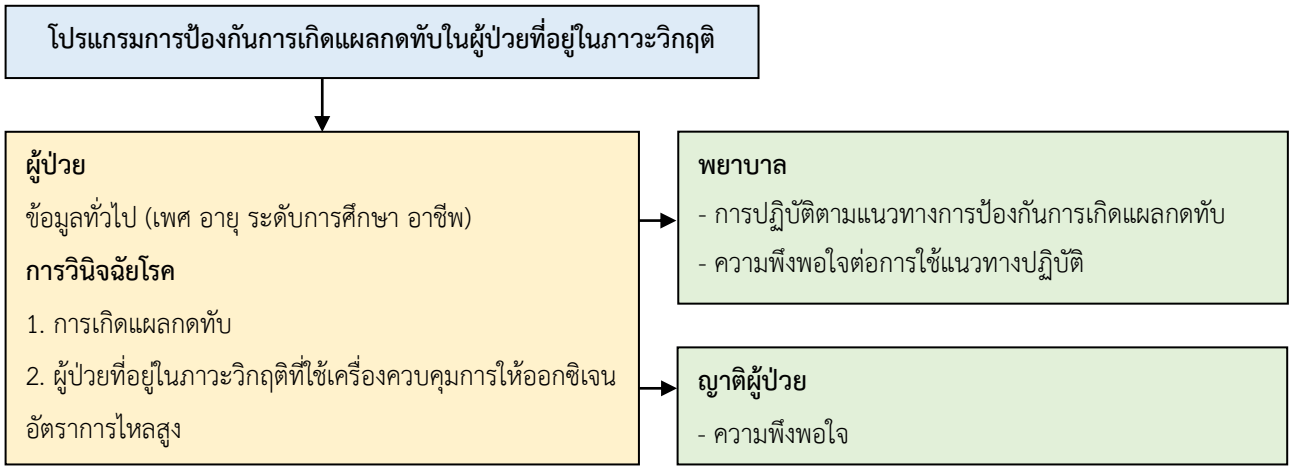
1. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤตขณะนอนรักษาในโรงพยาบาลระนอง

1.1 พยาบาลมีความรู้ ความตระหนัก และปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันการเกิดแผลกดทับได้

1.2 ผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤตขณะนอนรักษาในโรงพยาบาลระนองไม่เกิดแผลกดทับ

2. เพื่อประเมินความพึงพอใจของญาติผู้ป่วยต่อการใช้โปรแกรมการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการพัฒนาทักษะ

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบปฏิบัติการ โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในตึกอายุรกรรมหญิง โรงพยาบาลระนอง 14 คน

2. ผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤตที่ใช้เครื่องควบคุมการให้ออกซิเจนอัตราการไหลสูงหรือผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ขณะนอนรักษาตัวที่ตึกอายุรกรรมหญิง โรงพยาบาลระนอง

พยาบาลวิชาชีพ

ประชากร คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในตึกอายุรกรรมหญิง โรงพยาบาลระนอง จำนวน 14 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพที่ขึ้นปฏิบัติงานในเวรที่มีผู้ป่วยภาวะวิกฤตที่ใช้เครื่องควบคุมการให้ออกซิเจนอัตราการไหลสูงหรือผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ เข้ารับการรักษาตัวที่ตึกอายุรกรรมหญิง โรงพยาบาลระนอง

ผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤต

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤตที่ใช้เครื่องควบคุมการให้ออกซิเจนอัตราการไหลสูงหรือผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ขณะนอนรักษาตัวที่ตึกอายุรกรรมหญิง โรงพยาบาลระนอง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยเพศหญิงที่มีภาวะวิกฤตที่ใช้เครื่องควบคุมการให้ออกซิเจนอัตราการไหลสูงหรือผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ขณะนอนรักษาตัวที่ตึกอายุรกรรมหญิง โรงพยาบาลระนอง เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling)

โดยเกณฑ์ในการคัดเลือกเข้าศึกษา (Inclusion Criteria) มีดังนี้

(1) พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 14 คน ที่ปฏิบัติงานที่ตึกอายุรกรรมหญิง

(2) ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤตที่ใช้เครื่องควบคุมการให้ออกซิเจนอัตราการไหลสูงหรือผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ

(3) Braden Scale น้อยกว่าหรือเท่ากับ 18 คะแนน

(4) ติดต่อสื่อสารได้และมีญาติ

(5) มีสัญชาติและเชื้อชาติไทย

(6) ไม่เป็น case palliative care

เกณฑ์ในการคัดออกจากการศึกษา (Exclusion Criteria) มีดังนี้

(1) ผู้ป่วยหรือญาติผู้ป่วยไม่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย หรือขอถอนตัวออกจากการวิจัยระหว่างดำเนินการศึกษา

(2) ผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงรุนแรงหรือมีภาวะแทรกซ้อนที่ไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมการป้องกันการเกิดแผลกดทับได้อย่างต่อเนื่อง

(3) ผู้ป่วยได้รับการส่งต่อไปรักษาที่หอผู้ป่วยอื่นหรือโรงพยาบาลอื่น หรือเสียชีวิตระหว่างดำเนินการศึกษา

(4) ผู้ป่วยมีแผลกดทับก่อนเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

ส่วนของพยาบาลวิชาชีพ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ประสบการณ์การทำงานในหน่วยงาน และผ่านการอบรมการดูแลผู้ป่วยที่มีแผลกดทับ

แบบประเมินการป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤตขณะนอนรักษา จำนวน 14 ข้อ เป็นแบบวัดตอบประเมินเกี่ยวกับการป้องกันการเกิดแผลกดทับ ตอบคำถามว่า “ปฏิบัติ” หรือ “ไม่ปฏิบัติ”

แบบประเมินความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้โปรแกรมการป้องกันการเกิดแผลกดทับ

ส่วนของญาติผู้ป่วย

แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ

แบบประเมินความพึงพอใจของญาติต่อการใช้โปรแกรมการป้องกันการเกิดแผลกดทับ

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ใช้แบบสอบถามที่สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม 1 ชุด แบ่งออกเป็น 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 ความพึงพอใจของพยาบาลต่อรูปแบบการป้องกันการเกิดแผลกดทับ

(1) การประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ

(2) การดูแลเพื่อลดแรงกดทับ

(3) การดูแลลดการเสียดสี

(4) การดูแลภาวะโภชนาการ

(5) การดูแลสภาพผิวหนัง

(6) การให้ความรู้และการฝึกทักษะญาติในการป้องกันการเกิดแผลกดทับ

(7) การจัดการสิ่งแวดล้อม

(8) การประสานงานและการส่งต่อ

เกณฑ์การให้คะแนนความพึงพอใจแบ่งออกเป็น 5 ระดับ ได้แก่ ระดับพึงพอใจมากที่สุด ให้ 5 คะแนน ระดับพึงพอใจมาก ให้ 4 คะแนน ระดับพึงพอใจปานกลาง ให้ 3 คะแนน ระดับพึงพอใจน้อย ให้ 2 คะแนน และระดับพึงพอใจน้อยที่สุด ให้ 1 คะแนน

ส่วนที่ 3 ความพึงพอใจของญาติต่อรูปแบบการป้องกันการเกิดแผลกดทับ

เกณฑ์การให้คะแนนความพึงพอใจแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับพึงพอใจมาก ให้ 3 คะแนน ระดับพึงพอใจปานกลาง ให้ 2 คะแนน และระดับพึงพอใจน้อย ให้ 1 คะแนน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ยื่นโครงร่างการวิจัยและเอกสารที่เกี่ยวข้องเพื่อขอรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลระนอง

2. หลังจากที่ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์เรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยทำการประสานงานในการดำเนินการเก็บข้อมูล ดังนี้

2.1 เสนอโครงการวิจัยต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลระนอง จังหวัดระนอง เพื่อขออนุญาตในการเก็บข้อมูล

2.2 ผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด เมื่อเลือกกลุ่มตัวอย่างได้แล้ว ผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยเข้าพบและแนะนำตัว ให้ข้อมูลเกี่ยวกับงานวิจัยจนเข้าใจ และชี้แจงเกี่ยวกับการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้เข้าร่วมในงานวิจัยจนเข้าใจ หากยินดีเข้าร่วมให้ลงนามเป็นลายลักษณ์อักษร กรณีที่กลุ่มตัวอย่างมีปัญหาติดขัดในการอ่านหรือการบันทึก ผู้ช่วยวิจัยจะเป็นผู้อ่านคำถามให้ฟัง และช่วยบันทึกตามความเห็นของกลุ่มตัวอย่าง

3. เมื่อกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามเสร็จ ผู้วิจัย/ผู้ช่วยวิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของคำตอบในแบบสอบถาม ถ้าพบว่าไม่สมบูรณ์ ผู้วิจัย/ผู้ช่วยวิจัยจะขอให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามเพิ่มเติม

4. นำข้อมูลไปวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์

สถิติและการวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ได้ตอบเรียบร้อยแล้วมาตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลแล้วประมวลผลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปคอมพิวเตอร์ โดยแบ่งการวิเคราะห์ดังนี้

สถิติพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ดำเนินการภายหลังได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลระนอง เลขที่รับรอง COA_RNH.EC.012/2568 ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย ระยะเวลา ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และสิทธิในการเข้าร่วมหรือปฏิเสธการวิจัย โดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาพยาบาลหรือการได้รับบริการจากโรงพยาบาล

กลุ่มตัวอย่างและญาติผู้ป่วยมีสิทธิซักถามข้อสงสัยก่อนตัดสินใจเข้าร่วม และหากยินยอมจะลงนามในหนังสือยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษร ทั้งนี้ สามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลเสียใด ๆ ข้อมูลที่ได้จะเก็บเป็นความลับ ไม่นำเสนอข้อมูลที่สามารถระบุตัวตนได้ และรายงานผลการวิจัยในภาพรวมเพื่อประโยชน์ทางวิชาการและการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยเท่านั้น

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (พยาบาลวิชาชีพ)

พยาบาลวิชาชีพทั้งหมดเป็นเพศหญิง จำนวน 30 คน คิดเป็นร้อยละ 100.00 เมื่อจำแนกตามอายุ พบว่าส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 20–30 ปี จำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 60.00 รองลงมาอยู่ในช่วงอายุ 31–40 ปี จำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 40.00 ด้านประสบการณ์การทำงาน พบว่าส่วนใหญ่มีประสบการณ์การทำงาน 1–5 ปี จำนวน 17 คน คิดเป็นร้อยละ 56.67 รองลงมามีประสบการณ์การทำงาน 6–10 ปี จำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 36.67 และมีประสบการณ์การทำงาน 11–15 ปี จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 6.66 สำหรับการผ่านการอบรมการดูแลผู้ป่วยที่มีแผลกดทับ พบว่าส่วนใหญ่ไม่ผ่านการอบรม จำนวน 26 คน คิดเป็นร้อยละ 86.67 และผ่านการอบรม จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 13.33 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของพยาบาลวิชาชีพจำแนกตามข้อมูลทั่วไป

คุณลักษณะทางประชากร	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	30	100.00
อายุ (ปี)		
20 - 30 ปี	18	60.00
31 - 40 ปี	12	40.00
ประสบการณ์การทำงาน		
ช่วงระยะประสบการณ์ 1–5 ปี	17	56.67
ช่วงระยะประสบการณ์ 1–5 ปี	11	36.67
ช่วงระยะประสบการณ์ 11–15 ปี	2	6.66
ผ่านการอบรมการดูแลผู้ป่วยที่มีแผลกดทับ		
ผ่านการอบรม	4	13.33
ไม่ผ่านการอบรม	26	86.67

2. ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการรูปแบบการป้องกันการเกิดแผลกดทับ

ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อรูปแบบการป้องกันการเกิดแผลกดทับในภาพรวมอยู่ในระดับมาก (M = 4.78, SD = 0.33) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่าข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ มีการกำหนดกลุ่มเป้าหมายในการนำไปใช้ และทำให้การดูแลเป็นไปในทิศทางเดียวกัน ซึ่งมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากเท่ากัน (M = 4.90, SD = 0.30) รองลงมา คือ มีประโยชน์ต่อหน่วยงาน อยู่ในระดับมาก (M = 4.86, SD = 0.34) และมีประโยชน์ต่อผู้ป่วย อยู่ในระดับมาก (M = 4.80, SD = 0.40) ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ เนื้อหามีความชัดเจน แต่ยังคงอยู่ในระดับมาก (M = 4.66, SD = 0.47) แสดงให้เห็นว่าพยาบาลวิชาชีพมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการป้องกันการเกิดแผลกดทับในทุกด้านอยู่ในระดับมาก ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการรูปแบบการป้องกันการเกิดแผลกดทับ

ลำดับ	ความพึงพอใจ	ค่าเฉลี่ย (M)	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)	ระดับความพึงพอใจ
1	เนื้อหามีความชัดเจน	4.66	0.47	มาก
2	เนื้อหาเข้าใจได้ง่าย	4.76	0.43	มาก
3	มีการกำหนดกลุ่มเป้าหมายในการนำไปใช้	4.90	0.30	มาก
4	มีการอธิบายขั้นตอนการปฏิบัติ	4.76	0.43	มาก

ลำดับ	ความพึงพอใจ	ค่าเฉลี่ย (M)	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)	ระดับความพึงพอใจ
5	มีความต่อเนื่องและความเชื่อมโยงในการดูแลผู้ป่วย	4.70	0.46	มาก
6	ช่วยเพิ่มคุณภาพการบริการของพยาบาล	4.73	0.44	มาก
7	ทำให้เกิดการดูแลมีความครอบคลุมมากขึ้น	4.76	0.43	มาก
8	ทำให้การดูแลเป็นไปในทิศทางเดียวกัน	4.90	0.30	มาก
9	มีประโยชน์ต่อผู้ป่วย	4.80	0.40	มาก
10	มีประโยชน์ต่อหน่วยงาน	4.86	0.34	มาก
	รวม	**4.78**	**0.33**	**มาก**

3. การประเมินการป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยจำแนกการปฏิบัติ

ผลการประเมินการป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วย พบว่ากิจกรรมที่มีการปฏิบัติครบทุกคน จำนวน 30 คน คิดเป็นร้อยละ 100.00 ได้แก่ การประเมิน Braden Scale แรกรับของผู้ป่วยทุกรายและการประเมินการเกิดแผลกดทับตามคะแนน Braden Scale การดูแลผ้าปูที่นอนให้สะอาด แห้ง และเรียบตึง การจัดท่านอน และการให้ความรู้การป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤตขณะนอนโรงพยาบาลแก่ผู้ป่วยและญาติ รองลงมา คือ การใส่ที่นอนลมในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ Braden Scale ≤ 18 คะแนน การกระตุ้นพลิกตะแคงตัวผู้ป่วยตามแผนภาพพลิกตะแคงตัว การใช้อุปกรณ์ทำความสะอาดผู้ป่วยที่อ่อนโยน การประเมินผิวหนังและดูแลความสะอาดผิวหนัง 1 ครั้ง/เวร และการวางแผนจำหน่ายกลับบ้าน มีการปฏิบัติเท่ากัน จำนวน 29 คน คิดเป็นร้อยละ 96.67 ส่วนการจัดท่านั่ง มีการปฏิบัติ จำนวน 28 คน คิดเป็นร้อยละ 93.33 การใช้หมอนสอดระหว่างหัวเข่า/ขา/ใต้ฝ่าเท้า เพื่อลดแรงกดและแรงเสียดสีบริเวณผิวหนัง มีการปฏิบัติ จำนวน 23 คน คิดเป็นร้อยละ 76.67 และการออกกำลังกายเพื่อกระตุ้นการไหลเวียนโลหิต มีการปฏิบัติ จำนวน 21 คน คิดเป็นร้อยละ 70.00

สำหรับกิจกรรมที่มีการปฏิบัติน้อยที่สุด คือ การใช้นาฬิกาปลุกสำหรับเจ้าหน้าที่ในการกระตุ้นพลิกตะแคงตัวผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงทุก 2 ชั่วโมง มีการปฏิบัติ จำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 36.67 และไม่ปฏิบัติ จำนวน 19 คน คิดเป็นร้อยละ 63.33 รองลงมา คือ การส่งปรึกษาโภชนาการในผู้ป่วยที่มีปัญหาเรื่อง Albumin ≤ 3.5 มีการปฏิบัติ จำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 60.00 และไม่ปฏิบัติ จำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 40.00 แสดงให้เห็นว่าโดยภาพรวมมีการปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันการเกิดแผลกดทับในระดับสูงหลายกิจกรรม แต่ยังควรส่งเสริมการใช้นาฬิกาปลุกเพื่อกระตุ้นการพลิกตะแคงตัว และการส่งปรึกษาโภชนาการให้มีความต่อเนื่องมากขึ้น ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของการประเมินการป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยจำแนกการปฏิบัติ

ลำดับ	การประเมิน	ปฏิบัติ จำนวน (คน)	ปฏิบัติ ร้อยละ	ไม่ปฏิบัติ จำนวน (คน)	ไม่ปฏิบัติ ร้อยละ
1	การประเมิน Braden Scale แรกรับของผู้ป่วยทุกราย และการประเมินการเกิดแผลกดทับตามคะแนน Braden Scale	30	100.00	0	0.00
2	การใส่ที่นอนลมในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ Braden Scale ≤ 18 คะแนน	29	96.67	1	3.33
3	การกระตุ้นพลิกตะแคงตัวผู้ป่วยตามแผนภาพพลิกตะแคงตัว	29	96.67	1	3.33
4	การใช้นาฬิกาปลุกสำหรับเจ้าหน้าที่ในการกระตุ้นพลิกตะแคงตัวผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงทุก 2 ชั่วโมง	11	36.67	19	63.33
5	การใช้อุปกรณ์ทำความสะอาดผู้ป่วยที่อ่อนโยน เช่น สบู่เด็ก และการทาวาสลีนเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ	29	96.67	1	3.33
6	การประเมินผิวหนังและดูแลความสะอาดผิวหนัง 1 ครั้ง/เวร	29	96.67	1	3.33
7	การใช้หมอนสอดระหว่างหัวเข่า/ขา/ใต้ฝ่าเท้าเพื่อลดแรงกดและแรงเสียดสีบริเวณผิวหนัง	23	76.67	7	23.33
8	การดูแลผ้าปูที่นอนให้สะอาด แห้ง และเรียบตึง	30	100.00	0	0.00
9	การจัดท่านอน	30	100.00	0	0.00
10	การจัดท่านั่ง	28	93.33	2	6.67
11	การออกกำลังกายเพื่อกระตุ้นการไหลเวียนโลหิต โดยการทำ Active exercise ในรายที่ปฏิบัติเองได้ หรือช่วยทำ Passive exercise ในรายที่ปฏิบัติเองไม่ได้	21	70.00	9	30.00
12	การให้ความรู้การป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤตขณะนอนโรงพยาบาลแก่ผู้ป่วยและญาติ	30	100.00	0	0.00
13	การส่งปรึกษาโภชนาการในผู้ป่วยที่มีปัญหาเรื่อง Albumin ≤ 3.5	18	60.00	12	40.00
14	การวางแผนจำหน่ายกลับบ้าน	29	96.67	1	3.33

4. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (ญาติผู้ดูแลผู้ป่วย)

ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 19 คน คิดเป็นร้อยละ 63.33 และเป็นเพศชาย จำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 36.67 เมื่อจำแนกตามอายุ พบว่าส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 41–60 ปี จำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 43.33 รองลงมาอยู่ในช่วงอายุ 61–80 ปี จำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 36.67 และช่วงอายุ 20–40 ปี จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 20.00 ด้านอาชีพ พบว่าส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม จำนวน 20 คน คิดเป็นร้อยละ 66.67 รองลงมาคืออาชีพอื่น ๆ จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 26.67 ส่วนอาชีพประมงและข้าราชการมีจำนวนเท่ากัน คือ 1 คน คิดเป็นร้อยละ 3.33 ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจำแนกตามข้อมูลทั่วไป

คุณลักษณะทางประชากร	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	11	36.67
หญิง	19	63.33
อายุ (ปี)		
20 - 40 ปี	6	20.00
41 - 60 ปี	13	43.33
61 - 80 ปี	11	36.67
อาชีพ		
เกษตรกรรม	20	66.67
ประมง	1	3.33
ข้าราชการ	1	3.33
อาชีพอื่น ๆ	8	26.67

5. ความพึงพอใจของญาติต่อการรูปแบบการป้องกันการเกิดแผลกดทับ

ความพึงพอใจของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยต่อการใช้โปรแกรมการป้องกันการเกิดแผลกดทับในภาพรวมอยู่ในระดับมาก (M = 2.90, SD = 0.19) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่าข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ได้แก่ พยาบาลมีทักษะ ความรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วย ความสุภาพ กิริยามารยาทของเจ้าหน้าที่ การได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจการรักษาร่วมกับทีมสุขภาพ ซึ่งอยู่ในระดับมากเท่ากัน (M = 2.96, SD = 0.18) รองลงมา คือ พยาบาลมีการอธิบายขั้นตอนและเหตุผลก่อนให้การดูแลรักษา และพยาบาลได้มีการใช้ถ้อยคำที่สุภาพและการสื่อสารที่เข้าใจง่าย อยู่ในระดับมากเท่ากัน (M = 2.93, SD = 0.25) ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ พยาบาลมีการตรวจประเมิน ซักถามอาการ ให้ข้อมูลอาการและแผนการรักษา (M = 2.86, SD = 0.34) แต่ยังคงอยู่ในระดับมาก แสดงให้เห็นว่าญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อการใช้โปรแกรมการป้องกันการเกิดแผลกดทับในทุกด้านอยู่ในระดับมาก ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ความพึงพอใจของญาติต่อการรูปแบบการป้องกันการเกิดแผลกดทับ

ลำดับ	ความพึงพอใจ	ค่าเฉลี่ย (M)	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)	ระดับความพึงพอใจ
1	พยาบาลมีทักษะ ความรู้ ความสามารถในการดูแลผู้ป่วย	2.96	0.18	มาก
2	พยาบาลมีการเอาใจใส่ดูแลอย่างเป็นกันเอง	2.90	0.30	มาก
3	ความสุภาพ กิริยามารยาทของเจ้าหน้าที่	2.96	0.18	มาก
4	ความสะดวกที่ท่านได้รับจากการบริการแต่ละขั้นตอน	2.90	0.30	มาก
5	พยาบาลมีการอธิบายขั้นตอนและเหตุผลก่อนให้การดูแลรักษา	2.93	0.25	มาก
6	แพทย์ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคที่เป็นและวิธีปฏิบัติตัวเข้าใจได้ง่าย	2.90	0.30	มาก
7	พยาบาลมีการตรวจประเมิน ซักถามอาการ ให้ข้อมูลอาการและแผนการรักษา	2.86	0.34	มาก
8	พยาบาลได้มีการใช้ถ้อยคำที่สุภาพและการสื่อสารที่เข้าใจง่าย	2.93	0.25	มาก
9	ท่านได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล	2.96	0.18	มาก
10	ท่านได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจการรักษาร่วมกับทีมสุขภาพ	2.96	0.18	มาก
11	ท่านได้รับคำแนะนำ/สอน/สาธิต การเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายกลับบ้านและการดูแล	2.90	0.30	มาก
12	ท่านมีความรู้ความเข้าใจจากการอธิบายการใช้สื่อการให้คำแนะนำการปฏิบัติตัว	2.90	0.30	มาก
13	ท่านสามารถใช้สื่อการให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวได้อย่างสะดวก	2.89	0.30	มาก
	รวม	**2.90**	**0.19**	**มาก**

อภิปรายผล

ผู้วิจัยขออภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ ดังต่อไปนี้

ประสิทธิผลของโปรแกรมการป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤตขณะนอนรักษาในโรงพยาบาลระนอง การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แนวคิดเกี่ยวกับการป้องกันการเกิดแผลกดทับและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤต โดยได้มาจากการทบทวนวรรณกรรมและหลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อนำมาคัดเลือกวิธีการป้องกันการเกิดแผลกดทับที่มีความเหมาะสมสอดคล้องกับบริบทของหน่วยงาน และสามารถนำไปปฏิบัติได้จริงในการดูแลผู้ป่วย จนพัฒนาเป็นแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อการป้องกันการเกิด

แผลกดทับ ประกอบด้วย 6 หมวดหลัก ได้แก่ 1) การประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ 2) การดูแลสภาพผิวหนัง 3) การดูแลภาวะโภชนาการ 4) การป้องกันการเกิดแรงกด แรงเสียดสี และแรงเฉือน 5) การให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่และญาติผู้ดูแล และ 6) การจัดการสิ่งแวดล้อม

จากผลการศึกษาพบว่า พยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่สามารถปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันการเกิดแผลกดทับได้ในระดับสูง โดยมีการประเมิน Braden Scale แรกรับของผู้ป่วยทุกรายและประเมินการเกิดแผลกดทับตามคะแนน Braden Scale การดูแลผ้าปูที่นอนให้สะอาด แห้ง และเรียบตึง การจัดท่านอน และการให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการเกิดแผลกดทับแก่ผู้ป่วยและญาติ ร้อยละ 100.00 แสดงให้เห็นว่าแนวปฏิบัติที่จัดทำขึ้นมีความชัดเจน เข้าใจง่าย และสามารถนำไปใช้ในการปฏิบัติงานประจำได้จริง อย่างไรก็ตาม ยังพบว่ากิจกรรมการใช้นาฬิกาปลุกสำหรับเจ้าหน้าที่เพื่อกระตุ้นการพลิกตะแคงตัวผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงทุก 2 ชั่วโมง มีการไม่ปฏิบัติร้อยละ 63.33 ซึ่งอาจสะท้อนถึงข้อจำกัดด้านภาระงาน ความต่อเนื่องในการกำกับติดตาม หรือความพร้อมของระบบสนับสนุนในการปฏิบัติงาน จึงควรมีการกำหนดระบบเตือนที่เหมาะสมกับบริบทของหอผู้ป่วย และส่งเสริมให้เจ้าหน้าที่ตระหนักถึงความสำคัญของการพลิกตะแคงตัวผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ

ผลการศึกษาครั้งนี้ไม่พบการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยที่เข้าร่วมโปรแกรม สะท้อนให้เห็นว่าโปรแกรมการป้องกันการเกิดแผลกดทับที่พัฒนาขึ้นมีประสิทธิผลในการลดความเสี่ยงและป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤตได้ ทั้งนี้อาจเนื่องจากโปรแกรมมีองค์ประกอบที่ครอบคลุมทั้งการประเมินความเสี่ยง การดูแลผิวหนัง การลดแรงกดและแรงเสียดสี การดูแลด้านโภชนาการ การให้ความรู้แก่ญาติ และการจัดการสิ่งแวดล้อม ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยลดโอกาสเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับแนวคิดของฟองคำ ติลกสกุลชัย (2549) ที่กล่าวว่า แนวปฏิบัติที่ชัดเจนซึ่งเกิดจากการรวบรวมงานวิจัยที่เกี่ยวข้องและมีความเหมาะสมกับบริบทขององค์กร จะช่วยให้บุคลากรสามารถนำไปใช้ในการปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ความพึงพอใจต่อรูปแบบการป้องกันการเกิดแผลกดทับ ผลการศึกษาพบว่า ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อรูปแบบการป้องกันการเกิดแผลกดทับในภาพรวมอยู่ในระดับมาก (M = 4.78, SD = 0.33) แสดงให้เห็นว่าพยาบาลวิชาชีพมีความคิดเห็นเชิงบวกต่อรูปแบบดังกล่าว เนื่องจากแนวปฏิบัติมีความชัดเจน มีการกำหนดกลุ่มเป้าหมายในการนำไปใช้ มีขั้นตอนการปฏิบัติที่เป็นระบบ และช่วยให้การดูแลผู้ป่วยเป็นไปในทิศทางเดียวกัน นอกจากนี้ การมีคู่มือประกอบการใช้แนวปฏิบัติและเครื่องมือประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับยังช่วยสนับสนุนให้พยาบาลสามารถปฏิบัติงานได้อย่างมั่นใจ ลดความคลาดเคลื่อนในการดูแล และเพิ่มคุณภาพการบริการพยาบาล

สำหรับความพึงพอใจของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยต่อรูปแบบการป้องกันการเกิดแผลกดทับ พบว่าในภาพรวมอยู่ในระดับมาก (M = 2.90, SD = 0.19) แสดงให้เห็นว่าญาติผู้ดูแลมีความพึงพอใจต่อการให้

ข้อมูล การสื่อสาร การอธิบายขั้นตอนการดูแล และการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย โดยเฉพาะการได้รับคำแนะนำ การสอน และการสาธิตเกี่ยวกับการป้องกันการเกิดแผลกดทับ ทำให้ญาติมีความเข้าใจและมีทักษะในการช่วยดูแลผู้ป่วยมากขึ้น การมีส่วนร่วมของญาติยังช่วยสนับสนุนการพลิกตะแคงตัว การสังเกตสภาพผิวหนัง และการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญต่อการป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤต

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้จัดทำเอกสารเกี่ยวกับแนวปฏิบัติไว้อย่างชัดเจน มีคู่มือประกอบการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาล พร้อมทั้งมีเครื่องมือในการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ และมีการส่งเสริมให้ญาติมีส่วนร่วมในการพลิกตะแคงตัวผู้ป่วย ส่งผลให้พยาบาลสามารถปฏิบัติตามแนวทางได้จริงและเกิดความต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วย ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของขวัญฤทัย ธรรมกิจ (2550) ที่กล่าวว่า แนวปฏิบัติที่พัฒนาจากงานวิจัยเชิงทดลองหรือหลักฐานเชิงประจักษ์ จะช่วยเพิ่มความเป็นไปได้ในการนำไปใช้จริงในระดับดีมาก และส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยมีคุณภาพมากยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 ควรนำโปรแกรมการป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤตไปใช้เป็นแนวทางปฏิบัติในตึกอายุรกรรมหญิง โรงพยาบาลระนองอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะการประเมินความเสี่ยงด้วย Braden Scale การดูแลผิวหนัง การจัดท่านอน การลดแรงกดทับ และการให้ความรู้แก่ญาติผู้ดูแล เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยเป็นไปในทิศทางเดียวกันและลดโอกาสการเกิดแผลกดทับ

1.2 ควรส่งเสริมให้พยาบาลวิชาชีพและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องได้รับการอบรมเพิ่มเติมเกี่ยวกับการป้องกันและดูแลแผลกดทับ รวมทั้งพัฒนาระบบติดตามกำกับการปฏิบัติตามแนวทาง เช่น การใช้นาฬิกาปลุกหรือระบบเตือนการพลิกตะแคงตัวผู้ป่วยทุก 2 ชั่วโมง เพื่อเพิ่มความต่อเนื่องและประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง

2. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการป้องกันการเกิดแผลกดทับในกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤตในหอผู้ป่วยอื่น ๆ หรือในโรงพยาบาลที่มีบริบทแตกต่างกัน เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์และประเมินความเหมาะสมของการนำโปรแกรมไปประยุกต์ใช้ในบริบทที่หลากหลายมากขึ้น

2.2 ควรพัฒนารูปแบบการวิจัยที่มีกลุ่มเปรียบเทียบหรือมีการติดตามผลในระยะยาว เพื่อประเมินความคงอยู่ของการปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันการเกิดแผลกดทับ รวมทั้งประเมินผลลัพธ์ด้านอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับ คุณภาพการดูแล และความพึงพอใจของผู้ป่วย ญาติผู้ดูแล และบุคลากรทางการพยาบาล

อ้างอิง

ขวัญฤทัย ธรรมกิจไพโรจน์. (2550). *การพัฒนาแนวทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในหอผู้ป่วยหนักผู้ใหญ่ โรงพยาบาลนครพนม: การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม* [การศึกษาอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยขอนแก่น].

คู่ขวัญ มาลีวงษ์. (2564). การพัฒนาและประเมินผลของการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อการป้องกันการเกิดแผลกดทับสำหรับผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลวชิรพยาบาล. *วชิรสารการพยาบาล, 23*(1), 15–30.

จารุวรรณ์ เวชพันธ, เทพนารี กว้างเงิน, และวรรณิภา อำนาจวิชญกุล. (2561). *การป้องกันการเกิดแผลกดทับ*. ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช.

นลินี แข็งสาริกิจ. (2565). *การดูแลแผลกดทับ (Pressure injury)*. โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์.

ฟองคำ ติลกสกุลชัย. (2549). *การปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์: หลักการและวิธีปฏิบัติ*. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

อรนุช มกราภิรมย์, และอันธิกา คะระวานิช. (2563). การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลสำหรับป้องกันการเกิดแผลกดทับในโรงพยาบาลตราด. *วารสารกองการพยาบาล, 47*, 139–152.

Bergstrom, N., Braden, B. J., Laguzza, A., & Holman, V. (1987). The Braden Scale for Predicting Pressure Sore Risk. *Nursing Research, 36*(4), 205–210. https://doi.org/10.1097/00006199-198707000-00002

Elliott, R., McKinley, S., & Fox, V. (2008). Quality improvement program to reduce the prevalence of pressure ulcers in an intensive care unit. *American Journal of Critical Care, 17*(4), 328–334.

European Pressure Ulcer Advisory Panel, National Pressure Injury Advisory Panel, & Pan Pacific Pressure Injury Alliance. (2019). *Prevention and treatment of pressure ulcers/injuries: Clinical practice guideline: The international guideline* (E. Haesler, Ed.). EPUAP/NPIAP/PPPIA.

Jaul, E. (2010). Assessment and management of pressure ulcers in the elderly: Current strategies. *Drugs & Aging, 27*(4), 311–325. https://doi.org/10.2165/11318340-000000000-00000

Jaul, E., Barron, J., Rosenzweig, J. P., & Menczel, J. (2018). An overview of co-morbidities and the development of pressure ulcers among older adults. *BMC Geriatrics, 18*, Article 305. https://doi.org/10.1186/s12877-018-0997-7

Schoonhoven, L., Defloor, T., van der Tweel, I., Buskens, E., & Grypdonck, M. H. F. (2002). Risk indicators for pressure ulcers during surgery. *Applied Nursing Research, 15*(3), 163–173. https://doi.org/10.1053/apnr.2002.34145

วารสารวิชาการเพื่อการพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิและสาธารณสุข
Academic Journal for Primary Care and Public Health Development

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานของกลุ่มเสี่ยงที่มีภาวะก่อนเป็นโรคเบาหวาน อำเภอศรีสมเด็จ จังหวัดร้อยเอ็ด

Predictive Factors of Diabetes Prevention Behaviors among At-Risk Individuals with Prediabetes in Si Somdet District, Roi Et Province

ปิยะนุช ศรีปัดถา

Piyanuch Sripadtha

นายแพทย์ชำนาญการ

โรงพยาบาลศรีสมเด็จ

(Received: May, 10 2026; Accepted: June 5, 2026)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวางครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรู้ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ พฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวาน ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวาน และปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานของกลุ่มเสี่ยงที่มีภาวะก่อนเป็นโรคเบาหวาน กลุ่มตัวอย่างคือประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไปที่ได้รับการคัดกรองและจัดอยู่ในกลุ่มเสี่ยงที่มีภาวะก่อนเป็นโรคเบาหวานในอำเภอศรีสมเด็จ จังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 163 ราย คัดเลือกโดยการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิตามสัดส่วน เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 63.80 การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรคต่อการป้องกันโรคเบาหวานอยู่ในระดับสูง ขณะที่การรับรู้ความสามารถของตนเองอยู่ในระดับปานกลาง และพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานโดยรวมอยู่ในระดับพอใช้ ร้อยละ 99.39 ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค และการรับรู้ความสามารถของตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) โดยความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน การรับรู้โอกาสเสี่ยง และการรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวานสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานได้ร้อยละ 32.90 ($R^2 = .329$, $p < .05$) ดังนั้น หน่วยงานสาธารณสุขควรพัฒนากิจกรรมส่งเสริมความรู้ การรับรู้ความเสี่ยงและความรุนแรงของโรค ควบคู่กับการเสริมสร้างความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเอง เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานในกลุ่มเสี่ยงอย่างต่อเนื่องและเหมาะสมกับบริบทพื้นที่

คำสำคัญ: พฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวาน; แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ; ภาวะก่อนเป็นโรคเบาหวาน; กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน

Abstract

This analytical cross-sectional study aimed to examine knowledge, health beliefs, diabetes prevention behaviors, the relationships between knowledge and health beliefs and diabetes prevention behaviors, and predictive factors of diabetes prevention behaviors among at-risk individuals with prediabetes. The sample consisted of 163 people aged 35 years and older who had been screened and identified as at risk with prediabetes in Si Somdet District, Roi Et Province. Participants were selected using proportional stratified random sampling. Data were collected using a researcher-developed questionnaire and analyzed using descriptive statistics, Pearson's correlation coefficient, and stepwise multiple regression analysis.

The findings revealed that most participants had a moderate level of knowledge about diabetes (63.80%). Perceived susceptibility, perceived severity, perceived benefits, and perceived barriers to diabetes prevention were at a high level, whereas perceived self-efficacy was at a moderate level. Overall, diabetes prevention behaviors were at a fair level (99.39%). Knowledge about diabetes, perceived susceptibility, perceived severity, perceived benefits, perceived barriers, and perceived self-efficacy were positively associated with diabetes prevention behaviors at a statistically significant level ($p < .05$). Furthermore, knowledge about diabetes, perceived susceptibility, and perceived severity jointly predicted diabetes prevention behaviors, explaining 32.90% of the variance ($R^2 = .329$, $p < .05$). Therefore, public health agencies should develop activities to enhance knowledge, perceived risk, and perceived severity of diabetes, together with strengthening self-efficacy in self-care, to promote continuous diabetes prevention behaviors among at-risk groups in accordance with the local context.

Keywords: diabetes prevention behaviors; health belief model; prediabetes; diabetes risk group

บทนำ

กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-communicable diseases: NCDs) เป็นปัญหาสุขภาพสำคัญระดับโลกทั้งในด้านการเสียชีวิตและภาระโรคโดยรวม รายงานขององค์การอนามัยโลกในปี พ.ศ. 2559 ระบุว่า มีผู้เสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังประมาณ 41 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 71 ของการเสียชีวิตทั้งหมดทั่วโลก และในจำนวนนี้ร้อยละ 82 เป็นการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรในกลุ่มอายุ 30–69 ปี (WHO, 2018) โรคเบาหวานเป็นหนึ่งในโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีความสำคัญและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยในปี ค.ศ. 2024 พบผู้ป่วยโรคเบาหวานทั่วโลกประมาณ 589 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 11.11 และคาดว่าจะเพิ่มขึ้นเป็น 853 ล้านคน หรือร้อยละ 12.96 ภายในปี ค.ศ. 2050 อันเป็นผลจากการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุและการขยายตัวของความเป็นเมือง (Duncan et al., 2026) สำหรับประเทศไทย ในปีงบประมาณ 2568 พบความชุกของโรคเบาหวานร้อยละ 8.56 อัตราป่วยรายใหม่ 686.72 ต่อแสนประชากร และอัตราป่วยตายร้อยละ 1.88 อีกทั้งพบประชาชนที่มีภาวะก่อนเบาหวาน (pre-DM) จำนวน 1,495,472 ราย ขณะที่จังหวัดร้อยเอ็ดมีความชุกของโรคเบาหวานสูงกว่าค่าเฉลี่ยประเทศ โดยพบความชุกร้อยละ 10.04 อัตราป่วยรายใหม่ 768.51 ต่อแสนประชากร อัตราป่วยตายร้อยละ 0.49 และมีกลุ่มภาวะก่อนเบาหวานจำนวน 36,536 ราย (กระทรวงสาธารณสุข, 2568a)

ภาวะก่อนเป็นโรคเบาหวานเป็นภาวะที่ระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติ แต่ยังไม่ถึงเกณฑ์การวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน สะท้อนความผิดปกติของการเผาผลาญกลูโคสและภาวะดื้อต่ออินซูลินในระยะเริ่มต้น แม้บุคคลกลุ่มนี้อาจยังไม่แสดงอาการของโรคอย่างชัดเจน แต่มีโอกาสพัฒนาไปเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 สูงกว่าประชากรทั่วไป หากไม่ได้รับการดูแลหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างเหมาะสม (Washirasaksiri et al., 2022; วีรชัย ศรีวณิชชากร และเพชร รอดอารีย์, 2565) อย่างไรก็ตาม ภาวะก่อนเป็นโรคเบาหวานถือเป็นช่วงเวลาสำคัญของการป้องกันโรค เนื่องจากเป็นระยะที่สามารถชะลอหรือป้องกันการเกิดโรคเบาหวานได้ โดยเฉพาะการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การควบคุมอาหาร การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ การควบคุมน้ำหนักตัว การจัดการความเครียด และการดูแลสุขภาพตนเองอย่างต่อเนื่อง ซึ่งมีส่วนช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคและภาวะแทรกซ้อนได้ (กุลธิดา กุลประทีปัญญา และคณะ, 2560)

พฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานจึงเป็นปัจจัยสำคัญต่อการลดความเสี่ยงและการชะลอการเกิดโรคในกลุ่มเสี่ยงที่มีภาวะก่อนเป็นโรคเบาหวาน อย่างไรก็ตาม การที่บุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคได้อย่างต่อเนื่องมิได้ขึ้นอยู่กับความรู้หรือความตั้งใจเพียงอย่างเดียว แต่ยังได้รับอิทธิพลจากการรับรู้ ความเชื่อและทัศนคติของบุคคลต่อโรคและการป้องกันโรค (Terathongkum et al., 2018) แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model: HBM) เป็นกรอบแนวคิดที่ใช้ในการอธิบายและทำนายพฤติกรรมสุขภาพ โดยระบุว่าการตัดสินใจปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้รับอิทธิพลจากการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม การรับรู้อุปสรรค สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ และการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Becker, 1974) ดังนั้น หากกลุ่มเสี่ยงรับรู้ว่าตนเองมีโอกาสเกิดโรค ตระหนักถึงความรุนแรง เห็นประโยชน์ของการป้องกันโรค ลดอุปสรรค และมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง ย่อมมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานได้เหมาะสมมากขึ้น (ทวีป สมัครการไถ และอำนาจ ค้ายาดี, 2568)

อำเภอศรีสมเด็จ จังหวัดร้อยเอ็ด เป็นพื้นที่ชนบทในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประชาชนส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรมและมีวิถีชีวิตที่สัมพันธ์กับบริบททางสังคม เศรษฐกิจ และวัฒนธรรมของพื้นที่ เช่น รูปแบบการบริโภคอาหารที่มีแป้ง น้ำตาล และไขมันสูง การออกกำลังกายไม่สม่ำเสมอ และค่านิยมด้านสุขภาพที่ให้ความสำคัญกับการรักษามากกว่าการป้องกัน ซึ่งอาจเอื้อต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยเฉพาะโรคเบาหวาน ข้อมูลหน่วยบริการสาธารณสุขในพื้นที่ปีงบประมาณ 2568 พบว่า อำเภอศรีสมเด็จมีความชุกของโรคเบาหวานร้อยละ 7.41 อัตราป่วยรายใหม่ 888.30 ต่อแสนประชากร อัตราป่วยตายร้อยละ 1.88 และมีกลุ่มภาวะก่อนเบาหวานจำนวน 735 ราย (กระทรวงสาธารณสุข, 2568b) แม้พื้นที่จะมีการดำเนินงานคัดกรองและให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานอย่างต่อเนื่อง แต่ยังพบว่ากลุ่มเสี่ยงบางส่วนยังไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน ซึ่งอาจเกี่ยวข้องกับปัจจัยด้านการรับรู้ ความเชื่อ และบริบททางสังคมของพื้นที่

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าการศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานในกลุ่มเสี่ยงที่มีภาวะก่อนเป็นโรคเบาหวาน โดยใช้แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในบริบทพื้นที่ระดับอำเภอยังมีค่อนข้างจำกัด โดยเฉพาะพื้นที่ชนบทที่มีลักษณะทางสังคมและวัฒนธรรมเฉพาะเจาะจง ดังนั้น การศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานของกลุ่มเสี่ยงที่มีภาวะก่อนเป็นโรคเบาหวาน อำเภอศรีสมเด็จ จังหวัดร้อยเอ็ด จึงมีความสำคัญ เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงประจักษ์เกี่ยวกับปัจจัยด้านความรู้และความเชื่อด้านสุขภาพที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวาน อันจะนำไปสู่การพัฒนาแนวทางส่งเสริมสุขภาพที่สอดคล้องกับบริบทพื้นที่ สนับสนุนการวางแผนป้องกันโรคเบาหวานในกลุ่มเสี่ยง และลดโอกาสการเกิดโรคเบาหวานรายใหม่ในชุมชนต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงที่มีภาวะก่อนเป็นโรคเบาหวาน อำเภอศรีสมเด็จ จังหวัดร้อยเอ็ด

2. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานของกลุ่มเสี่ยงที่มีภาวะก่อนเป็นโรคเบาหวาน อำเภอศรีสมเด็จ จังหวัดร้อยเอ็ด

3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานของกลุ่มเสี่ยงที่มีภาวะก่อนเป็นโรคเบาหวาน อำเภอศรีสมเด็จ จังหวัดร้อยเอ็ด

4. เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานของกลุ่มเสี่ยงที่มีภาวะก่อนเป็นโรคเบาหวาน อำเภอศรีสมเด็จ จังหวัดร้อยเอ็ด

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (analytical cross-sectional study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้ คือ ประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการคัดกรองและจัดอยู่ในกลุ่มเสี่ยงที่มีภาวะก่อนเป็นโรคเบาหวาน อาศัยอยู่ในอำเภอศรีสมเด็จ จังหวัดร้อยเอ็ด ปีงบประมาณ 2568 จำนวน 735 ราย

กลุ่มตัวอย่าง คือ ประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการคัดกรองและจัดอยู่ในกลุ่มเสี่ยงที่มีภาวะก่อนเป็นโรคเบาหวาน อาศัยอยู่ในอำเภอศรีสมเด็จ จังหวัดร้อยเอ็ด และมีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเข้า ได้แก่ อ่านออกเขียนได้ มีการรับรู้สมบูรณ์ สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ ไม่เป็นผู้ป่วยติดเตียง และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ส่วนเกณฑ์การคัดออก ได้แก่ ไม่สามารถให้ข้อมูลได้ เจ็บป่วยรุนแรงจนไม่สามารถตอบแบบสอบถามได้ ไม่อยู่ในพื้นที่ในช่วงเก็บข้อมูล หรือมีความบกพร่องด้านการรับรู้หรือความจำ

ขนาดกลุ่มตัวอย่างคำนวณด้วยโปรแกรม G*Power โดยกำหนด test family เป็น F-test เลือกสถิติ Linear multiple regression: fixed model, R^2 deviation from zero กำหนดค่าขนาดอิทธิพลระดับปานกลาง (effect size) เท่ากับ 0.15 ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 อำนาจการทดสอบ .95 และจำนวนตัวแปรทำนาย 6 ตัวแปร ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างขั้นต่ำ 146 ราย เพื่อป้องกันข้อมูลไม่ครบถ้วนหรือการสูญหายของข้อมูล จึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 ได้กลุ่มตัวอย่างรวมทั้งสิ้น 163 ราย

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการสุ่มแบบแบ่งชั้นภูมิตามสัดส่วน (proportional stratified random sampling) โดยแบ่งชั้นภูมิตามสถานบริการสาธารณสุขในอำเภอศรีสมเด็จ จำนวน 8 แห่ง จากนั้นกำหนดจำนวนกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนของประชากรในแต่ละพื้นที่ และสุ่มอย่างง่ายด้วยวิธีจับฉลากรายชื่อในแต่ละสถานบริการจนได้จำนวนครบตามที่กำหนด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัยและกรอบแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ประกอบด้วย 8 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน จำนวน 12 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบ “ถูก” หรือ “ผิด” คะแนนเต็ม 12 คะแนน โดยตอบถูกให้ 1 คะแนน และตอบผิดให้ 0 คะแนน การแปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับตามเกณฑ์ของ Bloom ได้แก่ ระดับสูง คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป หรือ 9–12 คะแนน ระดับปานกลาง คะแนนร้อยละ 60–79 หรือ 7–8 คะแนน และระดับต่ำ คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60 หรือ 0–6 คะแนน

ส่วนที่ 3–7 เป็นแบบสอบถามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวาน ประกอบด้วย 5 ด้าน ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน การรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวาน การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคเบาหวาน การรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคเบาหวาน และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคเบาหวาน ด้านละ 10 ข้อ รวม 50 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง โดยข้อคำถามเชิงบวกให้คะแนน 5 ถึง 1 คะแนน และข้อคำถามเชิงลบให้คะแนนกลับกัน การแปลผลใช้ค่าเฉลี่ยตามเกณฑ์ของ Best แบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ค่าเฉลี่ย 3.68–5.00 หมายถึงระดับสูง ค่าเฉลี่ย 2.34–3.67 หมายถึงระดับปานกลาง และค่าเฉลี่ย 1.00–2.33 หมายถึงระดับต่ำ

ส่วนที่ 8 แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวาน จำนวน 30 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตรา

ส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ได้แก่ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติเป็นส่วนใหญ่ ปฏิบัติบางครั้ง และไม่เคยปฏิบัติ โดยให้คะแนน 4, 3, 2 และ 1 คะแนน ตามลำดับ การแปลผลใช้ค่าเฉลี่ยตามเกณฑ์ของ Best แบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ค่าเฉลี่ย 3.01–4.00 หมายถึงมีพฤติกรรมระดับเหมาะสม ค่าเฉลี่ย 2.01–3.00 หมายถึงมีพฤติกรรมระดับพอใช้ และค่าเฉลี่ย 1.00–2.00 หมายถึงมีพฤติกรรมระดับต้องปรับปรุง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ผู้วิจัยนำแบบสอบถามเสนอผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วยอายุรแพทย์ 2 ท่าน และนักวิชาการสาธารณสุข 1 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ตั้งแต่ 0.67 ขึ้นไป จากนั้นนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับกลุ่มที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย ในพื้นที่อำเภออาจสามารถ จังหวัดร้อยเอ็ด วิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานด้วยวิธี KR-20 ได้ค่าเท่ากับ 0.916 ส่วนแบบสอบถามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวาน วิเคราะห์ด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าเท่ากับ 0.920, 0.917, 0.950, 0.960, 0.924 และ 0.987 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลภายหลังได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์และได้รับอนุญาตจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยประสานผู้รับผิดชอบงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง และแนวทางการเก็บรวบรวมข้อมูล จากนั้นจัดเตรียมรายชื่อประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไปที่ได้รับการคัดกรองและจัดอยู่ในกลุ่มเสี่ยงที่มีภาวะก่อนเป็นโรคเบาหวาน ตามฐานข้อมูลของสถานบริการสาธารณสุขในอำเภอศรีสมเด็จ จังหวัดร้อยเอ็ด แล้วคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนของแต่ละสถานบริการด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย

2. ก่อนเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยชี้แจงรายละเอียดการวิจัยแก่กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ วัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการตอบแบบสอบถาม ระยะเวลาที่ใช้ ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ความเสี่ยงหรือความไม่สบายใจที่อาจเกิดขึ้น สิทธิในการปฏิเสธหรือถอนตัวจากการวิจัยโดยไม่กระทบต่อสิทธิในการรับบริการสุขภาพ และมาตรการรักษาความลับของข้อมูล เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัย จึงให้ลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมและตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัย ผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยให้คำอธิบายเพิ่มเติมโดยไม่ชี้นำคำตอบ

3. ภายหลังการตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูลทันที หากพบข้อมูลไม่ครบถ้วนจะให้กลุ่มตัวอย่างพิจารณาเติมข้อมูลตามความสมัครใจ จากนั้นนำแบบสอบถามที่สมบูรณ์มากำหนดรหัสแทนชื่อบุคคล จัดเก็บเอกสารและข้อมูลไว้ในที่ปลอดภัย จำกัดการเข้าถึงเฉพาะผู้วิจัย และนำข้อมูลไปวิเคราะห์ตามวัตถุประสงค์การวิจัย โดยรายงานผลการศึกษาในภาพรวมเท่านั้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวนและร้อยละ

2. วิเคราะห์ระดับความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวาน โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ตามลักษณะของข้อมูลและเกณฑ์การแปลผลของเครื่องมือ

3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวาน โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's correlation coefficient)

4. วิเคราะห์ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวาน โดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (stepwise multiple regression analysis) โดยมีตัวแปรอิสระ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคเบาหวาน ส่วนตัวแปรตามคือพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวาน

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด เลขที่โครงการ COE 0342569

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 163 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 50.31 มีอายุระหว่าง 51–60 ปี ร้อยละ 42.33 สำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. ร้อยละ 34.35 ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 68.10 และมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนอยู่ในช่วง 5,001–10,000 บาท ร้อยละ 58.90

ด้านความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 63.80 รองลงมาคือระดับต่ำ ร้อยละ 23.93 และระดับสูง ร้อยละ 12.27 ตามลำดับ

สำหรับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ พบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดคือ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคเบาหวาน อยู่ในระดับสูง (Mean = 4.48) รองลงมาคือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน (Mean = 4.28) การรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวาน (Mean = 4.27) และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคเบาหวาน (Mean = 4.17) ซึ่งอยู่ในระดับสูงเช่นเดียวกัน

ส่วนการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคเบาหวานอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 3.56) ด้านพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวาน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมอยู่ในระดับพอใช้ ร้อยละ 99.39 และอยู่ในระดับเหมาะสม ร้อยละ 0.61 โดยไม่พบผู้ที่มีพฤติกรรมอยู่ในระดับต้องปรับปรุง

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวาน พบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .411$, $p < .05$) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานและการรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวานมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเท่ากัน ($r = .392$, $p < .05$) ขณะที่การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคเบาหวานมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำกับพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .295$, $p < .05$) ส่วนการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคเบาหวาน และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคเบาหวาน มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำกับพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวาน

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = .190, p = .01 และ r = .170, p = .03 ตามลำดับ) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานของกลุ่มเสี่ยงที่มีภาวะก่อนเป็นโรคเบาหวาน (n = 163)

ตัวแปร	r	p-value
ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน	.411	< .05
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน	.392	< .05
การรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวาน	.392	< .05
การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคเบาหวาน	.295	< .05
การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคเบาหวาน	.190	.01
การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคเบาหวาน	.170	.03

ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน พบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน และการรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวาน สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานของกลุ่มเสี่ยงที่มีภาวะก่อนเป็นโรคเบาหวานได้ร้อยละ 32.90 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($R = .574$, $R^2 = .329$, Adjusted $R^2 = .317$, $F = 26.007$, $p < .05$) เมื่อพิจารณารายตัวแปร พบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานเป็นปัจจัยที่มีอำนาจทำนายสูงที่สุด ($\beta = .345$, $p < .05$) รองลงมาคือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน ($\beta = .263$, $p < .05$) และการรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวาน ($\beta = .214$, $p < .05$) ตามลำดับ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานของกลุ่มเสี่ยงที่มีภาวะก่อนเป็นโรคเบาหวาน (n = 163)

ตัวแปรทำนาย	B	SE	β	t	p-value
ค่าคงที่	64.204	2.691	-	23.855	< .05
ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน	.816	.156	.345	5.228	< .05
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน	.222	.061	.263	3.646	< .05
การรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวาน	.150	.051	.214	2.933	< .05

หมายเหตุ: $R = .574$, $R^2 = .329$, Adjusted $R^2 = .317$, $F = 26.007$, SEest = 2.511, $p < .05$

จากผลการวิเคราะห์สามารถเขียนสมการพยากรณ์ในรูปคะแนนดิบได้ดังนี้

$$Y = 64.204 + 0.816X_1 + 0.222X_2 + 0.150X_3$$

โดยที่ Y หมายถึง พฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวาน

X_1 หมายถึง ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน

X_2 หมายถึง การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน

X_3 หมายถึง การรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวาน

อภิปรายผล

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มเสี่ยงที่มีภาวะก่อนเป็นโรคเบาหวานส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานอยู่ในระดับปานกลาง รองลงมาคือระดับต่ำ และมีเพียงส่วนน้อยที่มีความรู้ระดับสูง สะท้อนว่ากลุ่มเสี่ยงยังมีข้อจำกัดด้านความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสาเหตุ อาการ ภาวะแทรกซ้อน การป้องกัน และการควบคุมโรคเบาหวาน ซึ่งอาจส่งผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคได้ไม่เต็มที่ โดยเฉพาะในบริบทพื้นที่ชนบทที่ประชาชนอาจมีข้อจำกัดด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพที่ถูกต้องและต่อเนื่อง ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่อธิบายว่า ความรู้และการรับรู้เกี่ยวกับโรคเป็นปัจจัยพื้นฐานที่ส่งผลต่อแรงจูงใจและการตัดสินใจปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ รวมทั้งสอดคล้องกับงานวิจัยที่พบว่าผู้ที่มีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานในระดับสูงมีแนวโน้มควบคุมอาหาร ออกกำลังกาย และตรวจสุขภาพอย่างสม่ำเสมอมากกว่าผู้ที่มีความรู้น้อย (เขมารดี มาสิงบุญ และคณะ, 2560; เกษร ศรีธรรมมา, 2563)

ด้านแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคเบาหวาน การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง และการรับรู้อุปสรรคอยู่ในระดับสูง ขณะที่การรับรู้ความสามารถของตนเองอยู่ในระดับปานกลาง สะท้อนว่ากลุ่มเสี่ยงตระหนักถึงความสำคัญของการป้องกันโรคและรับรู้ว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน แต่ยังมีข้อจำกัดด้านความมั่นใจและความสามารถในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้ต่อเนื่อง โดยเฉพาะการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการดูแลสุขภาพตนเองในชีวิตประจำวัน ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่ระบุว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงและการรับรู้ความรุนแรงของโรคเป็นปัจจัยกระตุ้นให้บุคคลเกิดความตระหนักและมีแนวโน้มปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคมากขึ้น (Becker, 1974) และสอดคล้องกับการศึกษาของวันเพ็ญ บุญรัตน์ (2568) ที่พบว่าการรับรู้ด้านสุขภาพมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน อย่างไรก็ตาม การที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานอยู่ในระดับพอใช้ แสดงให้เห็นว่าการมีความรู้หรือการรับรู้ความเสี่ยงเพียงอย่างเดียวอาจยังไม่เพียงพอต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม จำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนด้านทักษะ แรงจูงใจ สิ่งแวดล้อม และการติดตามต่อเนื่องจากบุคลากรสาธารณสุข ครอบครัว และชุมชน

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์และปัจจัยทำนายพบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์

การรับรู้อุปสรรค และการรับรู้ความสามารถของตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยเฉพาะความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน การรับรู้โอกาสเสี่ยง และการรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวานสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานได้ร้อยละ 32.9 แสดงให้เห็นว่าปัจจัยด้านความรู้และการรับรู้ทางสุขภาพมีบทบาทสำคัญต่อพฤติกรรมป้องกันโรคของกลุ่มเสี่ยง ผลดังกล่าวสอดคล้องกับแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่อธิบายว่าบุคคลจะมีแนวโน้มปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพเมื่อรับรู้ว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค ตระหนักถึงความรุนแรงของโรค และมีความรู้เพียงพอในการป้องกันโรค (Becker, 1974) อีกทั้งสอดคล้องกับงานวิจัยที่พบว่าความรู้และความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวาน (ณฐา เมธาบุษยาธร และดุษณี บุญพิทักษ์สกุล, 2568; อรุณี สมพันธ์ และคณะ, 2558) ดังนั้น การพัฒนากิจกรรมป้องกันโรคเบาหวานในกลุ่มเสี่ยงควรเน้นการเพิ่มพูนความรู้ที่เข้าใจง่าย การสร้างการรับรู้ความเสี่ยงและความรุนแรงของโรค ควบคู่กับการเสริมสร้างความสามารถของตนเองและลดอุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อให้กลุ่มเสี่ยงสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้อย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 หน่วยงานสาธารณสุขควรนำผลการวิจัยไปใช้ในการออกแบบกิจกรรมส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานในกลุ่มเสี่ยงที่มีภาวะก่อนเป็นโรคเบาหวาน โดยเน้นการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและภาวะก่อนเป็นโรคเบาหวาน ควบคู่กับการสร้างการรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรค เพื่อให้กลุ่มเสี่ยงเกิดความตระหนักและแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

1.2 บุคลากรสาธารณสุขควรส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองของกลุ่มเสี่ยง ผ่านกิจกรรมฝึกทักษะการดูแลสุขภาพที่ปฏิบัติได้จริงในชีวิตประจำวัน เช่น การเลือกบริโภคอาหาร การควบคุมปริมาณแป้งและน้ำตาล การออกกำลังกายที่เหมาะสม และการติดตามระดับน้ำตาลในเลือด โดยอาศัยความร่วมมือของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ครอบครัว และชุมชน เพื่อสนับสนุนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาปัจจัยอื่นที่อาจมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานในกลุ่มเสี่ยง เช่น การสนับสนุนทางสังคม ความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร ปัจจัยด้านครอบครัว และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม รวมทั้งควรศึกษาในพื้นที่อื่นหรือใช้รูปแบบการวิจัยเชิงทดลองหรือกึ่งทดลอง เพื่อพัฒนาและประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานที่เหมาะสมกับบริบทของชุมชน

เอกสารอ้างอิง

กระทรวงสาธารณสุข. (2568a). *ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่ม Pre-DM (ภาวะก่อนเบาหวาน) ปีที่ผ่านมา 2569*. สืบค้นเมื่อ 27 มกราคม 2568, จาก https://hdc.moph.go.th/center/public/standard-report-detail/d3aad6d7729c370287f43d1f094b3dd1

กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. (2566). *รายงานประจำปี 2566*. สืบค้นเมื่อ 27 มกราคม 2568, จาก https://www.ddc.moph.go.th/uploads/files/415562024031403382 3.pdf

กุลธิดา กุลประฑีปัญญา, เพชรมณี วิริยะสืบพงศ์, รุ้งรังษี วิบูลย์ชัย, และฐิติมา โกศัลวิตร. (2560). การวิเคราะห์สถานการณ์พฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มเสี่ยงเบาหวานในเขตพื้นที่อีสานใต้ ประเทศไทย. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้, 4*(ฉบับพิเศษ), S19–S33.

เกษร ศรีธรรมมา. (2563). ผลการใช้กิจกรรมกลุ่มและแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่มีต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานในจังหวัดร้อยเอ็ด. *วารสารวิจัยและพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ, 1*(3), 177–189.

เขมารดี มาสิงบุญ, สายฝน ม่วงคุ้ม, และสุวรรณี มหากายนันท์. (2560). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการเกิดโรคเบาหวานในกลุ่มเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวาน. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข, 27*(2), 214–227.

ทวีป สมัครการไถ, และอำนาจ ค้ายาดี. (2568). รูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้สุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในจังหวัดอุทัยธานี. *วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการ สุขภาพ, 35*(1), 86–101.

ณฐา เมธาบุษยาธร, และดุษณี บุญพิทักษ์สกุล. (2568). การสนับสนุนทางสังคม ความเชื่อด้านสุขภาพและการป้องกันโรคเบาหวานของประชาชน อำเภอบางเลน จังหวัดนครปฐม. *วารสารศวท: ศิลปศาสตร์ วิทยาศาสตร์ และเทคโนโลยี, 2*(2), 1–11.

ภาณุมาศ ไกรสัย, และวลัยนารี พรมลา. (2560). การรับรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน. *วารสารบัณฑิตศาส์น มหาวิทยาลัยมหามกุฏราชวิทยาลัย, 15*(2), 101–110.

แรกขวัญ สระวาสี, และสงกรานต์ สมบุญ. (2567). ปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคมที่กำหนดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังซึ่งเป็นเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตภาวะสังคมไทยด้านสุขภาพของประชาชน. *วารสารวิชาการสาธารณสุข, 33*(3), 404–416.

วันเพ็ญ บุญรัตน์. (2568). แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่มีอิทธิพลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดสะสมของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ตำบลโมคลาน อำเภอท่าศาลา จังหวัดนครศรีธรรมราช. *วารสารวิชาการเพื่อการพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิและสาธารณสุข, 3*(1), 107–124.

วีรชัย ศรีวณิชชากร, และเพชร รอดอารีย์. (2565). การป้องกันโรคเบาหวานในสภาพการณ์ของประเทศไทย. *วารสารวิชาการสาธารณสุข, 13*(2), 363–375.

อรุณี สมพันธ์, แสงทอง ธีระทองคำ, นพวรรณ เปียซื่อ, และสมนึก สกุลหงส์โสภณ. (2558). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานในผู้ที่เสี่ยงต่อเบาหวาน. *รามาธิบดีพยาบาลสาร, 21*(1), 96–109.

อุมากร ใจยั่งยืน, สุภาภรณ์ วรอรุณ, และสาวิตรี ศิริผลวุฒิชัย. (2565). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินในกลุ่มเสี่ยง. *วารสารกองการพยาบาล, 49*(1), 1–13.

Becker, M. H. (1974). The health belief model and personal health behavior. *Health Education Monographs, 2*(4), 324–508.

Best, J. W. (1981). *Research in education* (2nd ed.). Prentice Hall.

Duncan, B. B., Magliano, D. J., & Boyko, E. J. (2026). IDF Diabetes Atlas 11th edition 2025: Global prevalence and projections for 2050. *Nephrology Dialysis Transplantation, 41*(1), 7–9. https://doi.org/10.1093/ndt/gfaf177

Likert, R. (1932). A technique for the measurement of attitudes. *Archives of Psychology, 140*, 1–55.
Terathongkum, S., Wangpitipanit, S., Kraithaworn, P., & Vallibhakara, S. A. (2018). A community-based lifestyle modification for prevention diabetes in pre-diabetes: A quasi-experimental study. *Journal of the Medical Association of Thailand, 101*, 297–304.

Washirasaksiri, C., Srivanichakorn, W., Borrisut, N., Sitasuwan, T., Tinmanee, R., Kositamongkol, C., Ariyakunaphan, P., Auesomwang, C., Sayabovorn, N., Chaisathaphol, T., & Phisalprapa, P. (2022). Fasting plasma glucose and HbA1c levels predict the risk of type 2 diabetes and diabetic retinopathy in a Thai high-risk population with prediabetes. *Frontiers in Pharmacology, 13*, Article 950225. https://doi.org/10.3389/fphar.2022.950225

World Health Organization. (2018). *Global status report on noncommunicable diseases 2018*. World Health Organization. https://www.who.int/docs/default-source/ncds/9789241514620-eng.pdf

วารสารวิชาการเพื่อการพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิและสาธารณสุข
Academic Journal for Primary Care and Public Health Development

อิทธิพลของแรงสนับสนุนทางสังคมที่ส่งผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน อำเภอบางขัน จังหวัดนครศรีธรรมราช

The Influence of Social Support on Glycemic Control among Diabetic Patients in Bang Khan District, Nakhon Si Thammarat Province

บุญฤทธิ์ รัตนบุรี
Boonrit Rattanaburi
นายแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลบางขัน จังหวัดนครศรีธรรมราช

(Received: May 3, 2026; Accepted: June 7, 2026)

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับแรงสนับสนุนทางสังคม และศึกษาอิทธิพลของแรงสนับสนุนทางสังคมที่ส่งผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน อำเภอบางขัน จังหวัดนครศรีธรรมราช กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 340 คน คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของ Yamane และสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิตามตำบล เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย 3 ตอน ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป ประเภทของแรงสนับสนุนทางสังคม และแหล่งของแรงสนับสนุนทางสังคม ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาอยู่ระหว่าง 0.67–1.00 และตรวจสอบความเชื่อมั่นด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ 0.93 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และการถดถอยโลจิสติกพหุ กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 77.65 อายุเฉลี่ย 53.86 ปี ส่วนใหญ่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดสะสมได้ ร้อยละ 70.00 ระดับแรงสนับสนุนทางสังคมด้านประเภทของการสนับสนุนส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูงทุกด้าน โดยการสนับสนุนด้านข้อมูลมีสัดส่วนสูงสุด ร้อยละ 98.82 รองลงมาคือการสนับสนุนทางอารมณ์ ร้อยละ 96.18 ส่วนแหล่งของการสนับสนุน พบว่าได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวในระดับสูงมากที่สุด ร้อยละ 89.41 ผลการวิเคราะห์พหุตัวแปรพบว่า การสนับสนุนทางอารมณ์ การสนับสนุนเชิงเครื่องมือ การสนับสนุนด้านการประเมิน การสนับสนุนจากเพื่อนและเพื่อนบ้าน และการสนับสนุนจากบุคลากรสาธารณสุข มีอิทธิพลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยการสนับสนุนเชิงเครื่องมือมีอิทธิพลสูงที่สุด (AOR = 18.58, 95% CI = 3.46–99.62, $p < .001$) สรุปได้ว่า แรงสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยส่งเสริมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยควรพัฒนาแนวทางดูแลที่เน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชน และบุคลากรสาธารณสุขอย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ: แรงสนับสนุนทางสังคม, การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด, ผู้ป่วยโรคเบาหวาน, เบาหวานชนิดที่ 2

Abstract

This cross-sectional study aimed to examine the level of social support and determine the influence of social support on glycemic control among patients with diabetes mellitus in Bang Khan District, Nakhon Si Thammarat Province. The sample consisted of 340 patients with type 2 diabetes mellitus. The sample size was calculated using Yamane's formula, and stratified random sampling was employed according to subdistricts. The research instrument was a questionnaire consisting of three sections: general information, types of social support, and sources of social support. Content validity was assessed by three experts, yielding content validity index values ranging from 0.67 to 1.00. Reliability was examined using Cronbach's alpha coefficient, with an overall reliability value of 0.93. Data were analyzed using descriptive statistics and multiple logistic regression, with the level of statistical significance set at .05.

The results showed that most participants were female (77.65%), with a mean age of 53.86 years. The majority of participants were able to achieve glycemic control, accounting for 70.00%. Regarding the types of social support, most participants reported a high level of support across all dimensions. Informational support had the highest proportion of high-level support (98.82%), followed by emotional support (96.18%). Regarding sources of support, family support had the highest proportion of high-level support (89.41%). The multivariable analysis revealed that emotional support, instrumental support, appraisal support, support from friends and neighbors, and support from healthcare providers significantly influenced glycemic control. Instrumental support had the strongest influence on glycemic control (AOR = 18.58, 95% CI = 3.46–99.62, $p < .001$). In conclusion, social support is an important factor that promotes glycemic control among patients with diabetes mellitus. Therefore, continuous care approaches emphasizing the involvement of family members, communities, and healthcare providers should be developed.

Keywords : Social Support, Glycemic Control, Diabetes Mellitus, Type 2 Diabetes Mellitus

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทั้งในระดับโลกและประเทศไทย ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ คุณภาพชีวิต และภาระค่าใช้จ่ายของระบบบริการสุขภาพ โดยเฉพาะเมื่อผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้อย่างเหมาะสม จะเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนทั้งในระบบหลอดเลือดขนาดเล็กและขนาดใหญ่ เช่น โรคไตเรื้อรัง จอประสาทตาเสื่อม โรคหัวใจและหลอดเลือด และแผลเบาหวานที่เท้า สำหรับประเทศไทย ข้อมูลจากกรมควบคุมโรคระบุว่า ในปี พ.ศ. 2567 มีผู้ป่วยโรคเบาหวานประมาณ 6.5 ล้านคน หรือประมาณ 1 ใน 10 ของประชากร สะท้อนให้เห็นว่าโรคเบาหวานยังคงเป็นปัญหาสำคัญที่ต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง (กรมควบคุมโรค, 2567)

การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดเป็นเป้าหมายสำคัญของการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน พ.ศ. 2566 เน้นการกำหนดเป้าหมาย HbA1c ให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย รวมถึงการปรับพฤติกรรมสุขภาพ การควบคุมอาหาร การเพิ่มกิจกรรมทางกาย การใช้ยาอย่างถูกต้อง และการติดตามผลการรักษาอย่างสม่ำเสมอ (สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทยฯ และคณะ, 2566) อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาระดับประเทศในประเทศไทยพบว่า ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับการดูแลต่อเนื่องสามารถควบคุมระดับ HbA1c ต่ำกว่า 7% ได้เพียงประมาณร้อยละ 33.00–35.60 ในช่วงปี ค.ศ. 2011–2018 แสดงให้เห็นว่าการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดยังเป็นความท้าทายสำคัญของระบบสุขภาพไทย (Sakboonyarat et al., 2021) การดูแลโรคเบาหวานให้มีประสิทธิภาพจำเป็นต้องอาศัยการจัดการตนเองของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องในชีวิตประจำวัน ทั้งการรับประทานอาหาร การใช้ยา การออกกำลังกาย การมาตรวจตามนัด และการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน ดังนั้น แรงสนับสนุนทางสังคมจึงเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ดีขึ้น โดยเฉพาะการสนับสนุนจากครอบครัว เพื่อนบ้าน อาสาสมัครสาธารณสุข และบุคลากรสาธารณสุข ซึ่งสามารถช่วยให้กำลังใจ ให้ข้อมูล ช่วยเหลือด้านทรัพยากร และกระตุ้นให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง งานวิจัยในประเทศไทยพบว่า การสนับสนุนของครอบครัวมีอิทธิพลต่อระดับฮีโมโกลบินเอวันซีในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ชยธิดา นนท์เมธาวัฒน์ และคณะ, 2567) และแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 (สุทธี พลรักษา, 2565) นอกจากนี้ การศึกษากึ่งทดลองในประเทศไทยยังพบว่า โปรแกรมที่ส่งเสริมแรงสนับสนุนทางสังคมสามารถช่วยให้ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้มีพฤติกรรมสุขภาพดีขึ้น และมีระดับน้ำตาลสะสมลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ธัลฐภรณ์ วชิรรมณียกุล, 2567) สอดคล้องกับการศึกษาที่ใช้โปรแกรมสนับสนุนจากครอบครัวในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้ ซึ่งพบว่าสามารถส่งเสริมการจัดการตนเองและผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยได้ดีขึ้น (Hung et al., 2020) รวมทั้งการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขในชุมชนยังเป็นกลไกสำคัญที่ช่วยส่งเสริมการควบคุมระดับ HbA1c ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้ (Sittipreechachan et al., 2022)

อำเภอบางขัน จังหวัดนครศรีธรรมราช เป็นพื้นที่ที่มีผู้ป่วยโรคเบาหวานกระจายอยู่ในชุมชน และการดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข และหน่วยบริการปฐมภูมิ การศึกษาอิทธิพลของแรงสนับสนุนทางสังคมที่ส่งผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานในพื้นที่ดังกล่าว จึงมีความสำคัญต่อการทำความเข้าใจปัจจัยทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วย และสามารถนำผลการวิจัยไปใช้เป็นข้อมูลในการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานในระดับชุมชนให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น โดยเน้นการเสริมสร้างแรงสนับสนุนจากครอบครัว เพื่อนบ้าน อสม. และบุคลากรสาธารณสุข เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ลดความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

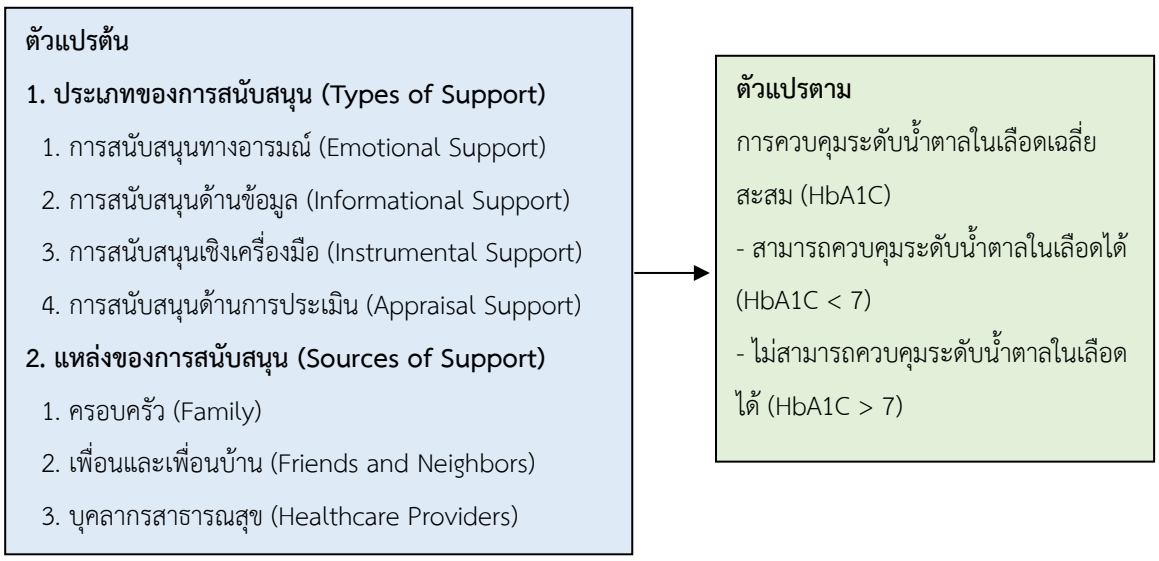
วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1.เพื่อศึกษาระดับแรงสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยโรคเบาหวาน อำเภอบางขัน จังหวัดนครศรีธรรมราช

2. เพื่อศึกษาอิทธิพลของแรงสนับสนุนทางสังคมที่ส่งผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน อำเภอบางขัน จังหวัดนครศรีธรรมราช

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษา อิทธิพลของแรงสนับสนุนทางสังคมที่ส่งผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน อำเภอบางขัน จังหวัดนครศรีธรรมราช โดยผู้วิจัยได้อาศัยโดยอาศัยพื้นฐานจากทฤษฎีและแนวคิดทางวิชาการ ได้แก่ ทฤษฎีการสนับสนุนทางสังคมของ House (1981) ประเภทของการสนับสนุน ได้แก่ การสนับสนุนทางอารมณ์ การสนับสนุนด้านข้อมูล การสนับสนุนเชิงเครื่องมือ และการสนับสนุนด้านการประเมิน สำหรับแหล่งของการสนับสนุน ได้แก่ ครอบครัว เพื่อนและเพื่อนบ้าน และบุคลากรสาธารณสุข ได้กรอบแนวคิดการวิจัย ดังนี้



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบตัดขวาง (Cross sectional research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในพื้นที่อำเภอบางขัน จังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวน 2,270 คน

ผู้วิจัยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างจากประชากรผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในพื้นที่อำเภอบางขัน จังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวน 2,270 คน โดยใช้สูตรการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างของ Yamane กรณีทราบจำนวนประชากรที่แน่นอน ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% และกำหนดค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้เท่ากับ 0.05 (Yamane, 1973) ดังนั้น การศึกษาครั้งนี้กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างไม่น้อยกว่า 340 คน และใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ (Stratified Random Sampling) ดังนี้

ตารางที่ 1 การกระจายกลุ่มตัวอย่าง

ตำบล	ประชากร	กลุ่มตัวอย่าง
บางขัน	757	113
บ้านลำนาว	248	37
วังหิน	843	126
บ้านนิคม	422	64

เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ คือ เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ และมีการลงทะเบียนเข้ารับการรักษาในสถานบริการสาธารณสุขในพื้นที่อำเภอบางขัน จังหวัดนครศรีธรรมราช อย่างน้อย 1 ปี มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป สามารถสื่อสารภาษาไทยได้เข้าใจ สามารถให้ข้อมูลและตอบแบบสอบถามได้ด้วยตนเอง มีผลการตรวจระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ย้อนหลังไม่เกิน 3 เดือน และยินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยสมัครใจ โดยลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย พร้อมให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลตลอดระยะเวลาการศึกษา

สำหรับเกณฑ์การคัดออก ได้แก่ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 1 หรือเบาหวานชนิดพิเศษอื่น ๆ เช่น เบาหวานขณะตั้งครรภ์ หรือเบาหวานจากสาเหตุทางพันธุกรรม ผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงจากโรคเบาหวาน เช่น ไตวายระยะสุดท้ายที่กำลังได้รับการฟอกไต มีประวัติโรคหลอดเลือดสมองหรือโรคหัวใจขาดเลือดภายใน 6 เดือนที่ผ่านมา หรืออยู่ระหว่างการรักษาตัวในโรงพยาบาล รวมถึงผู้ป่วยที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา มีปัญหาสุขภาพจิต หรือมีโรคทางจิตเวชรุนแรงที่ส่งผลต่อความสามารถในการให้ข้อมูลหรือทำความเข้าใจแบบสอบถาม นอกจากนี้ ผู้ป่วยที่ไม่ได้พักอาศัยอยู่ในพื้นที่อำเภอบางขันเป็นประจำ หรือมีแผนย้ายออกนอกพื้นที่ระหว่างการเก็บรวบรวมข้อมูล จะถูกคัดออกจากการศึกษา เนื่องจากอาจส่งผลต่อความครบถ้วนและความต่อเนื่องของการเก็บข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ เป็นแบบสอบถามเรื่องอิทธิพลของแรงสนับสนุนทางสังคมที่ส่งผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน อำเภอบางขัน จังหวัดนครศรีธรรมราช ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยอาศัยแนวคิดแรงสนับสนุนทางสังคมของ House (1981) ซึ่งจำแนกแรงสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ การสนับสนุนทางอารมณ์ การสนับสนุนด้านข้อมูล การสนับสนุนเชิงเครื่องมือ และการสนับสนุนด้านการประเมิน

แบบสอบถามแบ่งออกเป็น 3 ตอน ได้แก่ ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม จำนวน 8 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน และค่าระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ตอนที่ 2 แบบสอบถามประเภทของแรงสนับสนุนทางสังคม จำนวน 20 ข้อ ประกอบด้วย การสนับสนุนทางอารมณ์ การสนับสนุนด้านข้อมูล การสนับสนุนเชิงเครื่องมือ และการสนับสนุนด้านการประเมิน และตอนที่ 3 แบบสอบถามแหล่งของแรงสนับสนุนทางสังคม จำนวน 15 ข้อ ประกอบด้วย การสนับสนุนจากครอบครัว เพื่อนและเพื่อนบ้าน และบุคลากรสาธารณสุข

แบบสอบถามตอนที่ 2 และตอนที่ 3 ใช้มาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ตามแนวคิดของ Likert (1932) โดยกำหนดคะแนนดังนี้ เห็นด้วยอย่างยิ่ง = 5 คะแนน เห็นด้วย = 4 คะแนน ไม่แน่ใจ = 3 คะแนน ไม่เห็นด้วย = 2 คะแนน และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง = 1 คะแนน คะแนนรวมที่สูงแสดงถึงการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับสูง

การแปลผลคะแนนเฉลี่ยแบ่งออกเป็น 3 ระดับ โดยใช้หลักการแบ่งช่วงคะแนนของ Best (1977) ดังนี้ คะแนนสูงสุดลบคะแนนต่ำสุดแล้วหารด้วยจำนวนระดับ หรือ (5-1)/3 = 1.33 ได้เกณฑ์การแปลผลคือ คะแนนเฉลี่ย 3.68–5.00 หมายถึง มีแรงสนับสนุนทางสังคมระดับสูง คะแนนเฉลี่ย 2.34–3.67 หมายถึง มีแรงสนับสนุนทางสังคมระดับปานกลาง และคะแนนเฉลี่ย 1.00–2.33 หมายถึง มีแรงสนับสนุนทางสังคมระดับต่ำ

เครื่องมือวิจัยผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ความครอบคลุม ความชัดเจน และความเหมาะสมของภาษาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาอยู่ระหว่าง 0.67–1.00 จากนั้นผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง แต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างจริง จำนวน 30 คน เพื่อตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ตามแนวคิดของ Cronbach (1951) พบว่า แบบสอบถามประเภทของแรงสนับสนุนทางสังคมมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.91 แบบสอบถามแหล่งของแรงสนับสนุนทางสังคม มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.89 และแบบสอบถามทั้งฉบับมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.93 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ จึงนำไปใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลจริง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องและความครบถ้วนของแบบสอบถามก่อนนำข้อมูลไปวิเคราะห์ จากนั้นบันทึกและประมวลผลข้อมูลด้วยโปรแกรม

สำเร็จรูปทางสถิติ โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 การวิเคราะห์ข้อมูลแบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน และการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดสะสม โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด ตามลักษณะของตัวแปร

2. วิเคราะห์ระดับแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ทั้งด้านประเภทของการสนับสนุน ได้แก่ การสนับสนุนทางอารมณ์ การสนับสนุนด้านข้อมูล การสนับสนุนเชิงเครื่องมือ และการสนับสนุนด้านการประเมิน รวมถึงด้านแหล่งของการสนับสนุน ได้แก่ ครอบครัว เพื่อนและเพื่อนบ้าน และบุคลากรสาธารณสุข โดยใช้จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จากนั้นแปลผลระดับแรงสนับสนุนทางสังคมเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับต่ำ ระดับปานกลาง และระดับสูง ตามเกณฑ์การแปลผลที่กำหนดไว้

3. วิเคราะห์อิทธิพลของแรงสนับสนุนทางสังคมที่ส่งผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยกำหนดตัวแปรตามเป็นการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดสะสม แบ่งเป็น ควบคุมได้ หมายถึง HbA1c < 7% และควบคุมไม่ได้ หมายถึง HbA1c ≥ 7% วิเคราะห์ความสัมพันธ์เบื้องต้นด้วยการถดถอยโลจิสติกแบบตัวแปรเดียว และวิเคราะห์พหุตัวแปรด้วยการถดถอยโลจิสติกแบบพหุ เพื่อควบคุมอิทธิพลของตัวแปรร่วมที่เกี่ยวข้อง โดยรายงานผลเป็นค่า Crude odds ratio, Adjusted odds ratio, ช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95 และค่า p-value

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช เลขที่ NSTPH 6/2569

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 340 คน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 77.65 มีอายุเฉลี่ย 53.86 ปี (SD = 10.02) อายุอยู่ระหว่าง 30–81 ปี โดยพบมากที่สุดในกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 35.29 รองลงมาคือ 50–59 ปี ร้อยละ 31.18 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 79.94 จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. ร้อยละ 35.29 รองลงมาคือระดับประถมศึกษา ร้อยละ 27.65 ประกอบอาชีพเกษตรกรรมมากที่สุด ร้อยละ 38.53 รองลงมาคือค้าขาย ร้อยละ 28.53 ด้านรายได้ต่อเดือน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีรายได้เฉลี่ย 7,505.29 บาท (SD = 4,454.59) รายได้อยู่ระหว่าง 600–30,000 บาท โดยส่วนใหญ่มีรายได้ 5,001–10,000 บาท ร้อยละ 47.65 รองลงมาคือไม่เกิน 5,000 บาท ร้อยละ 37.65 ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานเฉลี่ย 8.74 ปี (SD = 5.91) อยู่ระหว่าง 1–28 ปี โดยส่วนใหญ่ป่วยเป็นโรคเบาหวานมาแล้ว 5–10 ปี ร้อยละ 40.59 รองลงมาคือมากกว่า 10 ปี ร้อยละ 32.35 นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดสะสมได้ ร้อยละ 70.00 ส่วนกลุ่มที่ควบคุมไม่ได้ คิดเป็นร้อยละ 30.00 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n = 340)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	76	22.35
หญิง	264	77.65
อายุ	Range=30-81, M=53.86, SD=10.02	
30–39 ปี	36	10.59
40–49 ปี	78	22.94
50–59 ปี	106	31.18
60 ปีขึ้นไป	120	35.29
สถานภาพสมรส		
โสด	19	5.60
คู่	271	79.94
หม้าย	39	11.50
หย่าร้าง/แยกกันอยู่	10	2.95
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	2	0.59
ประถมศึกษา	94	27.65
มัธยมศึกษาตอนต้น	54	15.88
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	120	35.29
อนุปริญญา/ปวส.	24	7.06
ปริญญาตรีขึ้นไป	46	13.53
อาชีพ		
ไม่มีอาชีพ	21	6.18
ค้าขาย	97	28.53
รับจ้าง	63	18.53
เกษตรกรรม	131	38.53
ธุรกิจส่วนตัว	28	8.24
รายได้ต่อเดือน	Range=600-30,000, M=7,505.29, SD=4,454.59	
ไม่เกิน 5,000 บาท	128	37.65
5,001–10,000 บาท	162	47.65
10,001 บาทขึ้นไป	50	14.71
ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน	Range=1-28, M=8.74, SD=5.91	
น้อยกว่า 5 ปี	92	27.06
5–10 ปี	138	40.59

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
มากกว่า 10 ปี	110	32.35
การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดสะสม		
ควบคุมได้	238	70.00
ควบคุมไม่ได้	102	30.00

2. ระดับแรงสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยโรคเบาหวาน

ระดับแรงสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยโรคเบาหวาน จำนวน 340 คน พบว่า ด้านประเภทของการสนับสนุน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการสนับสนุนอยู่ในระดับสูงทุกด้าน โดยด้านการสนับสนุนด้านข้อมูลมีสัดส่วนระดับสูงมากที่สุด จำนวน 336 คน คิดเป็นร้อยละ 98.82 รองลงมาคือการสนับสนุนทางอารมณ์ จำนวน 327 คน คิดเป็นร้อยละ 96.18 การสนับสนุนด้านการประเมิน จำนวน 323 คน คิดเป็นร้อยละ 95.00 และการสนับสนุนเชิงเครื่องมือ จำนวน 321 คน คิดเป็นร้อยละ 94.41 ตามลำดับ เมื่อพิจารณาประเภทของแหล่งของการสนับสนุน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนจากทุกแหล่งอยู่ในระดับสูงเช่นเดียวกัน โดยได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวในระดับสูงมากที่สุด จำนวน 304 คน คิดเป็นร้อยละ 89.41 รองลงมาคือบุคลากรสาธารณสุข จำนวน 294 คน คิดเป็นร้อยละ 86.47 และเพื่อนและเพื่อนบ้าน จำนวน 255 คน คิดเป็นร้อยละ 75.00 ตามลำดับ ทั้งนี้แหล่งสนับสนุนจากเพื่อนและเพื่อนบ้านมีสัดส่วนระดับปานกลางและระดับต่ำสูงกว่าแหล่งสนับสนุนอื่น โดยอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 59 คน คิดเป็นร้อยละ 17.35 และระดับต่ำ จำนวน 26 คน คิดเป็นร้อยละ 7.65 ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ระดับแรงสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยโรคเบาหวาน (n = 340)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
ประเภทของการสนับสนุน		
การสนับสนุนทางอารมณ์		
ระดับต่ำ	4	1.18
ระดับปานกลาง	9	2.65
ระดับสูง	327	96.18
การสนับสนุนด้านข้อมูล		
ระดับต่ำ	1	0.29
ระดับปานกลาง	3	0.88
ระดับสูง	336	98.82
การสนับสนุนเชิงเครื่องมือ		
ระดับต่ำ	6	1.76

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
ระดับปานกลาง	13	3.82
ระดับสูง	321	94.41
การสนับสนุนด้านการประเมิน		
ระดับต่ำ	8	2.35
ระดับปานกลาง	9	2.65
ระดับสูง	323	95.00
ประเภทของแหล่งของการสนับสนุน		
ครอบครัว		
ระดับต่ำ	10	2.94
ระดับปานกลาง	26	7.65
ระดับสูง	304	89.41
เพื่อนและเพื่อนบ้าน		
ระดับต่ำ	26	7.65
ระดับปานกลาง	59	17.35
ระดับสูง	255	75.00
บุคลากรสาธารณสุข		
ระดับต่ำ	12	3.53
ระดับปานกลาง	34	10.00
ระดับสูง	294	86.47

3. อิทธิพลของแรงสนับสนุนทางสังคมที่ส่งผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

ผลการวิเคราะห์พหุตัวแปรอิทธิพลของแรงสนับสนุนทางสังคมที่ส่งผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน อำเภอบางขัน จังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่า ปัจจัยด้านประเภทของการสนับสนุนและแหล่งของการสนับสนุนทางสังคมหลายปัจจัยมีอิทธิพลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อพิจารณาประเภทของการสนับสนุน พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้รับการสนับสนุนทางอารมณ์ในระดับสูง มีโอกาสควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีกว่าผู้ที่ได้รับการสนับสนุนทางอารมณ์ในระดับปานกลางและต่ำ 7.15 เท่า ภายหลังการควบคุมอิทธิพลของตัวแปรอื่นแล้ว โดยมีช่วงความเชื่อมั่น 95% เท่ากับ 1.73–29.56 และมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.007 แสดงให้เห็นว่า การได้รับกำลังใจ ความเข้าใจ ความห่วงใย และการมีบุคคลคอยรับฟังปัญหา อาจมีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยมีกำลังใจในการดูแลตนเองและควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีขึ้น ด้านการสนับสนุนเชิงเครื่องมือ พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการสนับสนุนเชิงเครื่องมือในระดับสูง มีโอกาสควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีกว่าผู้ที่ได้รับการสนับสนุนในระดับปานกลางและต่ำ 18.58 เท่า ภายหลังการปรับอิทธิพลของตัวแปรอื่นแล้ว โดยมีช่วงความเชื่อมั่น 95% เท่ากับ 3.46–99.62 และมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับน้อยกว่า 0.001 ปัจจัยนี้จึงเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลสูงที่สุดในกลุ่มประเภท

ของการสนับสนุน สะท้อนให้เห็นว่า การได้รับความช่วยเหลือที่เป็นรูปธรรม เช่น การช่วยเตรียมอาหารที่เหมาะสม การพาไปพบแพทย์ การช่วยเตือนเรื่องการรับประทานยา หรือการสนับสนุนด้านค่าใช้จ่ายในการรักษา มีบทบาทสำคัญต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน สำหรับการสนับสนุนด้านการประเมิน พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการสนับสนุนด้านการประเมินในระดับสูง มีโอกาสควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีกว่าผู้ที่ได้รับการสนับสนุนในระดับปานกลางและต่ำ 12.72 เท่า ภายหลังการควบคุมอิทธิพลของตัวแปรอื่นแล้ว โดยมีช่วงความเชื่อมั่น 95% เท่ากับ 2.16–74.75 และมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.005 แสดงให้เห็นว่า การได้รับคำชื่นชม ข้อเสนอแนะ การยอมรับและการสนับสนุนให้ประเมินตนเองหรือกำหนดเป้าหมายในการดูแลสุขภาพ มีส่วนช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจและปรับพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างต่อเนื่อง เมื่อพิจารณาประเภทของแหล่งของการสนับสนุน พบว่า เพื่อนและเพื่อนบ้านเป็นแหล่งสนับสนุนที่มีอิทธิพลอย่างมีนัยสำคัญต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด โดยผู้ป่วยที่ได้รับการสนับสนุนจากเพื่อนและเพื่อนบ้านในระดับสูง มีโอกาสควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีกว่าผู้ที่ได้รับการสนับสนุนในระดับปานกลางและต่ำ 13.95 เท่า ภายหลังการปรับอิทธิพลของตัวแปรอื่นแล้ว โดยมีช่วงความเชื่อมั่น 95% เท่ากับ 6.52–29.81 และมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับน้อยกว่า 0.001 สะท้อนให้เห็นว่า เพื่อนและเพื่อนบ้านมีบทบาทสำคัญในการให้กำลังใจ แบ่งปันประสบการณ์ ชักชวนเข้าร่วมกิจกรรมสุขภาพ และช่วยติดตามพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม นอกจากนี้ บุคลากรสาธารณสุขยังเป็นอีกแหล่งสนับสนุนที่มีอิทธิพลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผู้ป่วยที่ได้รับการสนับสนุนจากบุคลากรสาธารณสุขในระดับสูง มีโอกาสควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีกว่าผู้ที่ได้รับการสนับสนุนในระดับปานกลางและต่ำ 3.16 เท่า ภายหลังการควบคุมอิทธิพลของตัวแปรอื่นแล้ว โดยมีช่วงความเชื่อมั่น 95% เท่ากับ 1.16–8.62 และมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.025 แสดงให้เห็นว่า คำแนะนำ การติดตามอาการ การให้ความรู้ และการส่งเสริมกำลังใจจากแพทย์ พยาบาล อสม. หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข มีส่วนช่วยสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองและควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีขึ้น ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การวิเคราะห์พหุตัวแปรอิทธิผลของแรงสนับสนุนทางสังคมที่ส่งผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน อำเภอบางขัน จังหวัดนครศรีธรรมราช

ปัจจัย	OR $_{Crude}$	OR $_{Adjust}$	95%CI	p-value
ประเภทของการสนับสนุน				
การสนับสนุนทางอารมณ์				0.007
ปานกลางและต่ำ	Ref.	Ref.		
สูง	5.66	7.15	1.73-29.56	
การสนับสนุนเชิงเครื่องมือ				<0.001
ปานกลางและต่ำ	Ref.	Ref.		
สูง	23.60	18.58	3.46-99.62	

ปัจจัย	OR Crude	OR Adjust	95%CI	p-value
การสนับสนุนด้านการประเมิน				0.005
ปานกลางและต่ำ	Ref.	Ref.		
สูง	20.35	12.72	2.16-74.75	
ประเภทของแหล่งของการสนับสนุน				
เพื่อนและเพื่อนบ้าน				
ปานกลางและต่ำ	Ref.	Ref.		<0.001
สูง	21.13	13.95	6.52-29.81	
บุคลากรสาธารณสุข				
ปานกลางและต่ำ	Ref.	Ref.		0.025
สูง	17.07	3.16	1.16-8.62	

อภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาระดับแรงสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยโรคเบาหวาน อำเภอบางขัน จังหวัดนครศรีธรรมราช และ 2) ศึกษาอิทธิพลของแรงสนับสนุนทางสังคมที่ส่งผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ผลการศึกษาสามารถอภิปรายตามวัตถุประสงค์ได้ดังนี้

1. ระดับแรงสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยโรคเบาหวาน

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 77.65 มีอายุเฉลี่ย 53.86 ปี และพบมากที่สุดในกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 35.29 ลักษณะดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานในพื้นที่ศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในวัยกลางคนตอนปลายถึงวัยสูงอายุ ซึ่งเป็นช่วงวัยที่ต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่อง ทั้งด้านการรับประทานยา การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การติดตามระดับน้ำตาล และการป้องกันภาวะแทรกซ้อน การที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 79.94 และประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 38.53 สะท้อนบริบทของชุมชนกึ่งชนบทที่ผู้ป่วยยังคงดำรงชีวิตอยู่ร่วมกับครอบครัวและชุมชน จึงอาจมีโอกาสได้รับการช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัว เพื่อนบ้าน และบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดสะสมได้ ร้อยละ 70.00 ซึ่งถือว่าอยู่ในระดับค่อนข้างสูงเมื่อเทียบกับการศึกษาระดับประเทศของ Sakboonyarat et al. (2021) ที่รายงานว่าสัดส่วนผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับการดูแลต่อเนื่องในประเทศไทยและควบคุมระดับ HbA1c ต่ำกว่า 7% อยู่ประมาณร้อยละ 33.00–35.60 ในช่วงปี ค.ศ. 2011–2018 ความแตกต่างดังกล่าวอาจอธิบายได้จากบริบทของพื้นที่ศึกษา ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในชุมชนที่มีความสัมพันธ์ทางครอบครัวและชุมชนค่อนข้างใกล้ชิด อีกทั้งมีระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิและเครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุขที่สามารถติดตามดูแลผู้ป่วยได้ต่อเนื่อง อย่างไรก็ตาม ยังพบผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ร้อยละ 30.00 ซึ่งยังเป็นกลุ่มที่ควรได้รับการดูแลเฉพาะเจาะจง โดยเฉพาะการเสริมแรงสนับสนุนทางสังคมร่วมกับการส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการตนเอง

เมื่อพิจารณาระดับแรงสนับสนุนทางสังคมด้านประเภทของการสนับสนุน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่

มีแรงสนับสนุนอยู่ในระดับสูงทุกด้าน โดยการสนับสนุนด้านข้อมูลมีสัดส่วนระดับสูงมากที่สุด ร้อยละ 98.82 รองลงมาคือการสนับสนุนทางอารมณ์ ร้อยละ 96.18 การสนับสนุนด้านการประเมิน ร้อยละ 95.00 และการสนับสนุนเชิงเครื่องมือ ร้อยละ 94.41 ผลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่าผู้ป่วยเบาหวานในพื้นที่ได้รับข้อมูล คำแนะนำ ความรู้ กำลังใจ และการช่วยเหลือในการดูแลตนเองในระดับสูง ซึ่งอาจเป็นผลจากการดำเนินงานของระบบบริการสุขภาพในพื้นที่ร่วมกับการดูแลจากครอบครัวและชุมชน สอดคล้องกับการศึกษาของสุทธีพลรักษา (2565) ที่พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในตำบลสำโรง อำเภอหนองสองห้อง จังหวัดขอนแก่น มีแรงสนับสนุนทางสังคมโดยรวมอยู่ในระดับสูง และแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่าแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานสามารถดูแลตนเองได้เหมาะสมมากขึ้น นอกจากนี้ ผลการศึกษายังสอดคล้องกับการศึกษาของธัลฐภรณ์ วชิรรมณียกุล (2567) ที่ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมแรงสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ โรงพยาบาลทุ่งเสลี่ยม จังหวัดสุโขทัย โดยโปรแกรมประกอบด้วยการสนับสนุนทางอารมณ์ การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร การสนับสนุนด้านทรัพยากร และการสนับสนุนด้านการประเมินค่า ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองมีพฤติกรรมสุขภาพดีขึ้น และมีค่าเฉลี่ยน้ำตาลสะสมลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สะท้อนให้เห็นว่าแรงสนับสนุนทางสังคมในหลายมิติสามารถช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยเบาหวานปรับพฤติกรรมสุขภาพและควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีขึ้น

เมื่อพิจารณาแหล่งของการสนับสนุน พบว่ากลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวในระดับสูงมากที่สุด ร้อยละ 89.41 รองลงมาคือบุคลากรสาธารณสุข ร้อยละ 86.47 และเพื่อนหรือเพื่อนบ้าน ร้อยละ 75.00 ผลดังกล่าวชี้ให้เห็นว่าครอบครัวเป็นแหล่งสนับสนุนหลักของผู้ป่วยโรคเบาหวานในบริบทชุมชนไทย เนื่องจากครอบครัวมีบทบาทใกล้ชิดกับชีวิตประจำวันของผู้ป่วย เช่น การจัดเตรียมอาหารที่เหมาะสม การเตือนรับประทานยา การพาไปพบแพทย์ การดูแลค่าใช้จ่าย และการให้กำลังใจ สอดคล้องกับการศึกษาของ Hung et al. (2020) ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ในประเทศไทย ซึ่งพบว่าโปรแกรมการสนับสนุนจากครอบครัวช่วยเพิ่มการรับรู้แรงสนับสนุนจากครอบครัว ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน การรับรู้ความสามารถตนเอง และพฤติกรรมการจัดการตนเอง รวมทั้งช่วยลดระดับ fasting plasma glucose และ HbA1c อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

อย่างไรก็ตาม แหล่งสนับสนุนจากเพื่อนและเพื่อนบ้านมีสัดส่วนระดับปานกลางและระดับต่ำสูงกว่าแหล่งสนับสนุนอื่น โดยอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 17.35 และระดับต่ำ ร้อยละ 7.65 แม้ยังพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนจากเพื่อนและเพื่อนบ้านในระดับสูง แต่ผลดังกล่าวสะท้อนว่าเครือข่ายเพื่อนบ้านหรือกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนยังอาจไม่เข้มแข็งเท่ากับครอบครัวและบุคลากรสาธารณสุข ทั้งที่เพื่อนและเพื่อนบ้านเป็นบุคคลที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยในชีวิตประจำวัน สามารถช่วยกระตุ้น ชักชวน และติดตามพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างต่อเนื่อง ดังนั้น การพัฒนาเครือข่ายเพื่อนช่วยเพื่อน กลุ่มผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน หรือกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพแบบกลุ่ม จึงอาจเป็นแนวทางสำคัญในการเพิ่มแรงสนับสนุนทางสังคมให้ครอบคลุมมากขึ้น

2. อิทธิพลของแรงสนับสนุนทางสังคมที่ส่งผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

ผลการวิเคราะห์พหุตัวแปรพบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมหลายด้านมีอิทธิพลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การสนับสนุนทางอารมณ์ การสนับสนุนเชิงเครื่องมือ การสนับสนุนด้านการประเมิน การสนับสนุนจากเพื่อนและเพื่อนบ้าน และการสนับสนุนจากบุคลากรสาธารณสุข ผลดังกล่าวสนับสนุนแนวคิดว่า การควบคุมโรคเบาหวานไม่ได้ขึ้นอยู่กับการรักษาทางการแพทย์เพียงอย่างเดียว แต่ต้องอาศัยการสนับสนุนทางสังคมที่ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตามแผนการรักษาและปรับพฤติกรรมสุขภาพได้จริงในชีวิตประจำวัน เมื่อพิจารณาประเภทของการสนับสนุน พบว่า การสนับสนุนเชิงเครื่องมือเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลสูงที่สุด โดยผู้ป่วยที่ได้รับการสนับสนุนเชิงเครื่องมือในระดับสูงมีโอกาสควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีกว่าผู้ที่ได้รับการสนับสนุนในระดับปานกลางและต่ำ 18.58 เท่า ผลดังกล่าวอธิบายได้ว่า การสนับสนุนเชิงเครื่องมือเป็นการช่วยเหลือที่เป็นรูปธรรมและส่งผลโดยตรงต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วย เช่น การช่วยเตรียมอาหารที่เหมาะสม การพาไปพบแพทย์ การช่วยเตือนการรับประทานยา การช่วยเหลือด้านค่าใช้จ่าย และการแบ่งเบาภาระงานในชีวิตประจำวัน ซึ่งช่วยลดข้อจำกัดและอุปสรรคในการปฏิบัติตามแผนการรักษา สอดคล้องกับแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน พ.ศ. 2566 ที่เน้นการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม การปรับพฤติกรรมสุขภาพ การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง (สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทยฯ, 2566) ผลการศึกษายังพบว่า การสนับสนุนด้านการประเมินมีอิทธิพลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด โดยผู้ป่วยที่ได้รับการสนับสนุนด้านการประเมินในระดับสูงมีโอกาสควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีกว่าผู้ที่ได้รับการสนับสนุนในระดับปานกลางและต่ำ 12.72 เท่า ทั้งนี้ การสนับสนุนด้านการประเมิน เช่น การให้คำชื่นชม การสะท้อนผลการดูแลสุขภาพ การให้ข้อเสนอแนะ และการช่วยให้ผู้ป่วยประเมินเป้าหมายการดูแลตนเอง อาจช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจ เห็นความก้าวหน้าของตนเอง และมีแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพต่อเนื่อง สำหรับการสนับสนุนทางอารมณ์ พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการสนับสนุนทางอารมณ์ในระดับสูงมีโอกาสควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีกว่าผู้ที่ได้รับการสนับสนุนในระดับปานกลางและต่ำ 7.15 เท่า แสดงให้เห็นว่า การได้รับกำลังใจ ความเข้าใจ ความห่วงใย และการมีบุคคลคอยรับฟังปัญหา ช่วยลดความเครียดและความรู้สึกโดดเดี่ยวจากการเป็นโรคเรื้อรัง ทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจในการควบคุมอาหาร รับประทานยา ออกกำลังกาย และมาตรวจตามนัดอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษาของสุนิสา ค้าขึ้น และคณะ (2568) ที่พบว่าโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมช่วยให้ผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเองดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่าแรงสนับสนุนทางสังคมเมื่อใช้ร่วมกับการเสริมความรู้และทักษะการดูแลตนเองสามารถส่งเสริมผลลัพธ์ด้านพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างชัดเจน

เมื่อพิจารณาแหล่งของการสนับสนุน พบว่า การสนับสนุนจากเพื่อนและเพื่อนบ้านมีอิทธิพลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอย่างเด่นชัด โดยผู้ป่วยที่ได้รับการสนับสนุนจากเพื่อนและเพื่อนบ้านในระดับสูงมีโอกาสควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีกว่าผู้ที่ได้รับการสนับสนุนในระดับปานกลางและต่ำ 13.95 เท่า ผลดังกล่าวมีความน่าสนใจ เนื่องจากแม้การสนับสนุนจากเพื่อนและเพื่อนบ้านจะมีระดับสูงน้อยกว่าครอบครัว

และบุคลากรสาธารณสุข แต่เมื่อผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนในระดับสูงกลับมีอิทธิพลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลอย่างชัดเจน อาจเนื่องจากเพื่อนและเพื่อนบ้านเป็นบุคคลที่อยู่ในบริบทเดียวกันกับผู้ป่วย มีความใกล้ชิดทางพื้นที่ สามารถแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ชักชวนเข้าร่วมกิจกรรมสุขภาพ และกระตุ้นพฤติกรรมการดูแลตนเองได้อย่างไม่เป็นทางการและต่อเนื่อง ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับแนวคิดการใช้เครือข่ายชุมชนและอาสาสมัครสุขภาพในการสนับสนุนผู้ป่วยเบาหวาน โดย Sittipreechachan et al. (2022) พบว่าโปรแกรมการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขในชุมชนสำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้ในประเทศไทย มีเป้าหมายเพื่อลดระดับ HbA1c โดยใช้การสนับสนุนจากชุมชน ครอบครัว และอาสาสมัครสาธารณสุขเป็นกลไกสำคัญในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ ด้านการสนับสนุนจากบุคลากรสาธารณสุข พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการสนับสนุนจากบุคลากรสาธารณสุขในระดับสูงมีโอกาสควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีกว่าผู้ที่ได้รับการสนับสนุนในระดับปานกลางและต่ำ 3.16 เท่า ผลดังกล่าวสะท้อนว่าบุคลากรสาธารณสุขยังคงเป็นแหล่งสนับสนุนที่สำคัญ โดยเฉพาะการให้ความรู้ การให้คำปรึกษา การติดตามอาการ การประเมินผลการรักษา และการกระตุ้นให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามแผนการดูแลตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาของ Sanitklang, S. et al. (2022) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองร่วมกับการสนับสนุนจากอาสาสมัครสาธารณสุขในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ใช้อินซูลิน พบว่าโปรแกรมดังกล่าวมุ่งเสริมสมรรถนะการจัดการตนเอง พฤติกรรมการบริโภคอาหาร และระดับ HbA1c ซึ่งสะท้อนบทบาทของบุคลากรสาธารณสุขและอาสาสมัครในชุมชนในการสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยเบาหวานอย่างต่อเนื่อง

โดยสรุป ผลการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยเฉพาะการสนับสนุนเชิงเครื่องมือ การสนับสนุนด้านการประเมิน การสนับสนุนทางอารมณ์ การสนับสนุนจากเพื่อนและเพื่อนบ้าน และการสนับสนุนจากบุคลากรสาธารณสุข ผลการศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่าการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในระดับชุมชนควรมุ่งเน้นการบูรณาการครอบครัว เพื่อนบ้าน อสม. และบุคลากรสาธารณสุขเข้าด้วยกัน เพื่อสร้างระบบสนับสนุนที่ต่อเนื่อง เป็นรูปธรรม และสอดคล้องกับบริบทชีวิตของผู้ป่วย อันจะช่วยส่งเสริมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ลดความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน และยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวานในระยะยาว

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 หน่วยบริการสาธารณสุขในพื้นที่ควรนำผลการวิจัยไปใช้ในการพัฒนาแนวทางส่งเสริมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยเน้นการเสริมสร้างแรงสนับสนุนทางสังคมที่เป็นรูปธรรม โดยเฉพาะการสนับสนุนเชิงเครื่องมือ เช่น การช่วยเตรียมอาหารที่เหมาะสม การเตือนรับประทานยา การพาไปพบแพทย์ตามนัด และการช่วยเหลือในการดูแลสุขภาพประจำวัน รวมทั้งส่งเสริมให้ครอบครัวมีบทบาทในการสนับสนุนผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตามแผนการรักษาและควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีขึ้น

1.2 ควรพัฒนาเครือข่ายสนับสนุนผู้ป่วยโรคเบาหวานในระดับชุมชน โดยส่งเสริมบทบาทของเพื่อนบ้าน กลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน อาสาสมัครสาธารณสุข

ประจำหมู่บ้าน และบุคลากรสาธารณสุข ให้มีส่วนร่วมในการให้คำแนะนำ ติดตามพฤติกรรมสุขภาพ ให้กำลังใจ และจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้หรือกิจกรรมเพื่อนช่วยเพื่อน เพื่อเพิ่มแรงสนับสนุนทางสังคมจากชุมชนและช่วยให้ผู้ป่วยดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่องและเหมาะสมกับบริบทชีวิตประจำวัน

2. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงทดลองหรือกึ่งทดลอง โดยพัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างแรงสนับสนุนทางสังคมสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน เช่น โปรแกรมครอบครัวมีส่วนร่วม โปรแกรมเพื่อนช่วยเพื่อน หรือโปรแกรมติดตามเยี่ยมบ้านโดย อสม. และบุคลากรสาธารณสุข เพื่อประเมินผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับน้ำตาลสะสมในเลือดอย่างเป็นรูปธรรม

2.2 ควรศึกษาปัจจัยอื่นที่อาจมีอิทธิพลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดร่วมด้วย เช่น ความรอบรู้ด้านสุขภาพ การรับรู้ความสามารถตนเอง พฤติกรรมการรับประทานอาหาร การใช้ยา การออกกำลังกาย ภาวะเครียด และการเข้าถึงบริการสุขภาพ เพื่อให้ได้องค์ความรู้ที่ครอบคลุมและสามารถนำไปพัฒนาแนวทางดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานได้อย่างเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่

อ้างอิง

กรมควบคุมโรค. (2567). *กรมควบคุมโรค รณรงค์วันเบาหวานโลก 2567 มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีและมีความสุข แม้จะต้องอยู่ร่วมกับโรคเบาหวาน*. กระทรวงสาธารณสุข.

ชยธิดา นนท์เมธาวัฒน์, เอกชัย กันธะวงศ์, และโรชินี อุปรา. (2567). อิทธิพลของความรอบรู้ด้านสุขภาพ ความสามารถในการดูแลตนเอง และการสนับสนุนของครอบครัวที่มีต่อระดับฮีโมโกลบินเอวันซีในผู้ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้, 11*(2), e266575.

ธัลฐภรณ์ วชิรรมณียกุล. (2567). ประสิทธิผลของโปรแกรมแรงสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ โรงพยาบาลทุ่งเสลี่ยม จังหวัดสุโขทัย. *วารสารการพยาบาล สุขภาพและสาธารณสุข, 3*(3), 1–13.

สุนิสา ค้าขึ้น, ยุพาพร จิตตะสุสุทโธ, บรรจง จันทวีวัฒน์, และอารีย์รัตน์ เปสูงเนิน. (2568). ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2. *วารสารวิชาการและการพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช, 5*(2), e3393.

สุทธี พลรักษา. (2565). การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ และแรงสนับสนุนทางสังคมกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ตำบลสำโรง อำเภอหนองสองห้อง จังหวัดขอนแก่น. *วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น, 4*(1), 35–52.

สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย ในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี, สมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย, กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2566). *แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2566*. สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทยฯ.

Best, J. W. (1977). *Research in education* (3rd ed.). Prentice-Hall.

Cronbach, L. J. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika, 16*(3), 297–334. https://doi.org/10.1007/BF02310555

House, J. S. (1981). *Work stress and social support*. Addison-Wesley.

Hung, N. V., Chamroonsawasdi, K., Vatanasomboom, P., & Chottanapund, S. (2020). Effectiveness of a family support coaching program on diabetes mellitus self-management to improve health outcomes among Thai patients with uncontrolled type 2 diabetes: A quasi-experimental study. *Journal of Public Health and Development, 18*(3), 64–83.

Sakboonyarat, B., Rangsin, R., Kantiwong, A., & Mungthin, M. (2021). National trends in the prevalence of glycemic control among patients with type 2 diabetes receiving continuous care in Thailand from 2011 to 2018. *Scientific Reports, 11*, Article 14260. https://doi.org/10.1038/s41598-021-93733-4

Sanitklang, S., Lagampan, S., & Pichayapinyo, P. (2022). Effects of a self-management nursing support program with health care volunteers for insulin dependent type 2 diabetes mellitus patients. *Thai Journal of Public Health, 52*(3), 243–256.

Sittipreechachan, P., Pichayapinyo, P., Lagampan, S., & Chongsuwat, R. (2022). A community health volunteer involvement program for glycated hemoglobin reduction among Thai patients with uncontrolled type 2 diabetes: A mixed-method study. *Journal of Primary Care & Community Health, 13*, 1–12. https://doi.org/10.1177/21501319221077960

Yamane, T. (1973). *Statistics: An introductory analysis* (3rd ed.). Harper & Row.

วารสารวิชาการเพื่อการพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิและสาธารณสุข
Academic Journal for Primary Care and Public Health Development

ความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีอิทธิผลต่อการจัดการความเครียดในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อำเภอบางขัน จังหวัดนครศรีธรรมราช

Health Literacy Influencing Stress Management in Hypertensive Patients in Bang Khan District, Nakhon Si Thammarat Province

บุษยมาศ ตรีรัตนกิจ
Busayamas Treerattakit
นายแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลบางขัน จังหวัดนครศรีธรรมราช

(Received: May 7, 2026; Accepted: June 8, 2026)

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ระดับการจัดการความเครียด และปัจจัยด้านความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีอิทธิพลต่อการจัดการความเครียดในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อำเภอบางขัน จังหวัดนครศรีธรรมราช กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 371 คน คัดเลือกโดยการสุ่มแบบแบ่งชั้นภูมิ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม แบ่งออกเป็น 3 ตอน ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการจัดการความเครียด ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน มีค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.67–1.00 และตรวจสอบความเชื่อมั่นโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค พบว่าแบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.85 และแบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการความเครียดมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.79 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 88.41 มีอายุเฉลี่ย 51.55 ปี และส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 64.42 ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยอยู่ในระดับสูงทุกทักษะ โดยทักษะที่อยู่ในระดับสูงมากที่สุด คือ ทักษะการตัดสินใจ ร้อยละ 63.35 รองลงมา คือ ทักษะการเข้าถึงข้อมูล ร้อยละ 60.11 ส่วนการจัดการความเครียดพบว่าอยู่ในระดับปานกลางมากที่สุด ร้อยละ 39.35 รองลงมาอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 36.12 และระดับต่ำ ร้อยละ 24.53 ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณพบว่า ทักษะการตัดสินใจและทักษะการเข้าถึงข้อมูลมีอิทธิพลเชิงบวกต่อการจัดการความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยสามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของการจัดการความเครียดได้ร้อยละ 64.30 (R^2 = 0.643, p-value < .001) ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่า หน่วยบริการสุขภาพควรส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยเฉพาะทักษะการตัดสินใจและการเข้าถึงข้อมูล ควบคู่กับการพัฒนาทักษะการจัดการความเครียดในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, การจัดการความเครียด, โรคความดันโลหิตสูง

Abstract

This cross-sectional study aimed to examine the levels of health literacy, stress management, and health literacy factors influencing stress management among patients with hypertension in Bang Khan District, Nakhon Si Thammarat Province. The sample consisted of 371 patients with hypertension selected through stratified random sampling. The research instrument was a questionnaire comprising three sections: general information, health literacy, and stress management behaviors. The instrument was validated for content validity by three experts, with the Index of Item-Objective Congruence (IOC) ranging from 0.67 to 1.00. Reliability was assessed using Cronbach's alpha coefficient. The reliability coefficient was 0.85 for the health literacy questionnaire and 0.79 for the stress management behavior questionnaire. Data were analyzed using descriptive statistics and multiple regression analysis.

The results revealed that most participants were female (88.41%), with a mean age of 51.55 years, and most were engaged in agricultural occupations (64.42%). The participants' health literacy was at a high level across all skills. The skill with the highest proportion at the high level was decision-making (63.35%), followed by information access (60.11%). Regarding stress management, the highest proportion of participants had a moderate level of stress management (39.35%), followed by a high level (36.12%) and a low level (24.53%). Multiple regression analysis showed that decision-making and information access skills had a statistically significant positive influence on stress management. Together, these two variables explained 64.30% of the variance in stress management ($R^2 = 0.643$, p-value < .001). The findings suggest that health service units should promote health literacy, particularly decision-making and information access skills, alongside the development of stress management skills among patients with hypertension.

Keywords : Health Literacy, Stress Management, Hypertension

บทนำ

โรคความดันโลหิตสูงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั้งในระดับโลกและระดับประเทศ เนื่องจากเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่พบได้บ่อย และเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญของโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง โรคไตเรื้อรัง และการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร องค์การอนามัยโลกรายงานว่า ในปี พ.ศ. 2567 มีประชากรอายุ 30–79 ปีทั่วโลกที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงประมาณ 1.4 พันล้านคน หรือคิดเป็นประมาณหนึ่งในสามของประชากรกลุ่มอายุดังกล่าว สะท้อนให้เห็นว่าโรคความดันโลหิตสูงยังคงเป็นภาระโรคที่มีความสำคัญและต้องได้รับการควบคุมอย่างต่อเนื่อง (World Health Organization [WHO], 2025)

สำหรับประเทศไทย โรคความดันโลหิตสูงยังคงเป็นปัญหาสำคัญของระบบสุขภาพ โดยรายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562–2563 พบว่า ความชุกของโรคความดันโลหิตสูงในประชาชนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปอยู่ในระดับสูงและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับการสำรวจครั้งก่อน ปัญหาดังกล่าวสะท้อนให้เห็นถึงภาระของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ส่งผลต่อผู้ป่วย ครอบครัว สังคม และระบบบริการสุขภาพ นอกจากนี้ กรมควบคุมโรคยังระบุว่าการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจำเป็นต้องเน้นการค้นหา คัดกรอง การรักษาอย่างต่อเนื่อง และการส่งเสริมให้ประชาชนสามารถควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม เพื่อลดความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนในระยะยาว (กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2565; วิชัย เอกพลากร และคณะ, 2564)

โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังที่ผู้ป่วยต้องดูแลตนเองอย่างสม่ำเสมอ ทั้งในด้านการรับประทานยา การควบคุมอาหาร การลดการบริโภคเกลือและโซเดียม การออกกำลังกาย การมาตรวจตามนัด และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสม อย่างไรก็ตาม การปฏิบัติตัวดังกล่าวจำเป็นต้องอาศัยความรู้ ความเข้าใจ และความสามารถในการใช้ข้อมูลสุขภาพอย่างถูกต้อง ความรอบรู้ด้านสุขภาพจึงเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงข้อมูล เข้าใจข้อมูล ประเมินความน่าเชื่อถือของข้อมูล ตัดสินใจเลือกแนวทางดูแลสุขภาพและนำข้อมูลไปใช้ในการปฏิบัติตนได้อย่างเหมาะสม กรมควบคุมโรคได้เสนอแนวทางการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยเน้นการพัฒนาทักษะสำคัญ ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูล การเข้าใจข้อมูล การไต่ถาม การตัดสินใจและการนำไปใช้ ซึ่งเป็นทักษะที่จำเป็นต่อการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ (กรมควบคุมโรค, 2564)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เนื่องจากผู้ป่วยที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพดีจะมีแนวโน้มเข้าใจโรค รับรู้ความเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อน และสามารถเลือกแนวทางการดูแลตนเองได้เหมาะสมมากขึ้น งานวิจัยในประเทศไทยพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (เหมชาติ นีละสมิต , 2567) อีกทั้งการศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง พบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (มิตรธิรา แจ่มใส, วิภาพร สิทธิสาตร์, และธิติรัตน์ ราศิริ, 2567) สะท้อนให้เห็นว่า การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพสามารถนำไปสู่การพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพและ

การดูแลตนเองในกลุ่มผู้ป่วยหรือกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงได้

นอกจากปัจจัยด้านความรู้และพฤติกรรมสุขภาพแล้ว ความเครียดยังเป็นปัจจัยทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยโรคเรื้อรังมักต้องเผชิญกับภาระการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง ความกังวลเกี่ยวกับโรค ภาวะแทรกซ้อน ค่าใช้จ่ายในการรักษา และผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน ซึ่งอาจส่งผลให้เกิดความเครียดได้ หากผู้ป่วยไม่สามารถจัดการความเครียดได้อย่างเหมาะสม อาจส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การรับประทานอาหารไม่เหมาะสม การพักผ่อนไม่เพียงพอ การไม่ออกกำลังกาย การขาดความต่อเนื่องในการรับประทานยา และการไม่มาตรวจตามนัด กรมสุขภาพจิตได้เสนอแนวทางการจัดการความเครียดด้วยตนเอง เช่น การออกกำลังกาย การฝึกสมาธิ การฝึกหายใจ การจัดสรรเวลา การทำกิจกรรมผ่อนคลาย และการปรับความคิดเชิงบวก ซึ่งสามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้ (กรมสุขภาพจิต, 2564) การจัดการความเครียดในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจึงเป็นประเด็นสำคัญที่ควรได้รับความสนใจควบคู่กับการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ เนื่องจากผู้ป่วยที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพดี โดยเฉพาะด้านการเข้าถึงข้อมูลและการตัดสินใจ อาจสามารถเลือกวิธีจัดการความเครียดที่เหมาะสมกับตนเองได้ดีกว่า เช่น การแสวงหาคำแนะนำจากบุคลากรสาธารณสุข การใช้ข้อมูลสุขภาพที่น่าเชื่อถือในการดูแลตนเอง การเลือกกิจกรรมผ่อนคลาย การปรับพฤติกรรมสุขภาพ และการขอรับการสนับสนุนจากครอบครัวหรือชุมชน การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับโปรแกรมความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงยังชี้ให้เห็นว่า โปรแกรมความรอบรู้ด้านสุขภาพมีบทบาทในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพและสนับสนุนการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วย (Onprasonk, Trinnawoottipong, & Buntrai, 2024)

อำเภอบางขัน จังหวัดนครศรีธรรมราช เป็นพื้นที่หนึ่งที่มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระบบบริการสุขภาพ และผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องในระดับปฐมภูมิ ทั้งนี้ บริบทของพื้นที่มีลักษณะเป็นชุมชนที่ประชาชนส่วนหนึ่งประกอบอาชีพเกษตรกรรมและมีวิถีชีวิตที่สัมพันธ์กับภาระงานเศรษฐกิจครัวเรือน และการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพจากหน่วยบริการสุขภาพและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ข้อมูลจากผลการศึกษาครั้งนี้ยังพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับข้อมูลสุขภาพจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ซึ่งแสดงให้เห็นถึงบทบาทสำคัญของระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิในการสนับสนุนการดูแลตนเองของผู้ป่วยในพื้นที่

แม้ว่าที่ผ่านมาจะมีการศึกษาเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ และการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอยู่บ้าง แต่การศึกษาที่มุ่งวิเคราะห์อิทธิพลของความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อการจัดการความเครียดในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในบริบทของอำเภอบางขัน จังหวัดนครศรีธรรมราช ยังมีอยู่อย่างจำกัด การศึกษาประเด็นดังกล่าวจึงมีความสำคัญ เนื่องจากจะช่วยให้ทราบระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ระดับการจัดการความเครียด และปัจจัยด้านความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีอิทธิพลต่อการจัดการความเครียดของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในพื้นที่ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาความรอบรู้ด้าน

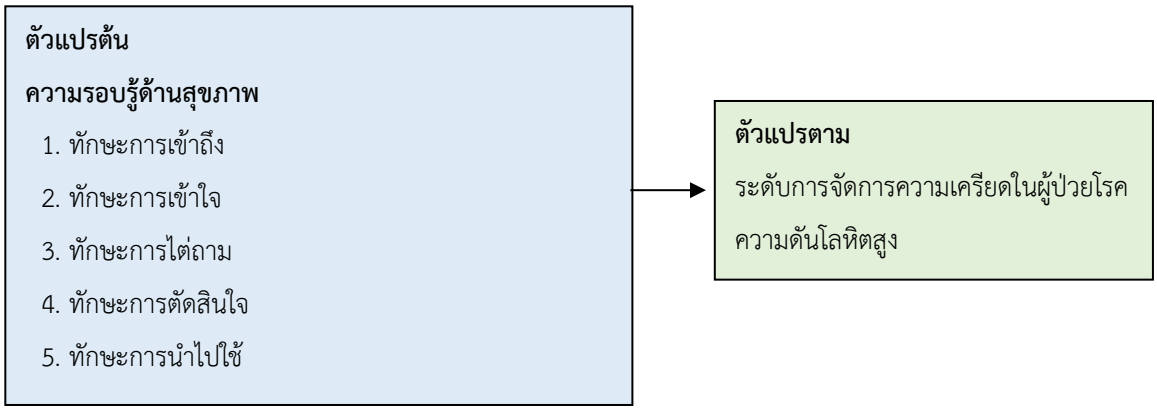
สุขภาพที่มีอิทธิพลต่อการจัดการความเครียดในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อำเภอบางขัน จังหวัดนครศรีธรรมราช เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงประจักษ์สำหรับใช้ในการวางแผนส่งเสริมสุขภาพและพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงให้เหมาะสมกับบริบทของชุมชน โดยเฉพาะการส่งเสริมทักษะการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ การตัดสินใจด้านสุขภาพ และการจัดการความเครียด ซึ่งจะช่วยสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม ลดความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อำเภอบางขัน จังหวัดนครศรีธรรมราช
2. เพื่อศึกษาระดับการจัดการความเครียดในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อำเภอบางขัน จังหวัดนครศรีธรรมราช
3. เพื่อศึกษาปัจจัยทางด้านความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีอิทธิผลต่อการจัดการความเครียดในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อำเภอบางขัน จังหวัดนครศรีธรรมราช

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษา ความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีอิทธิผลต่อการจัดการความเครียดในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อำเภอบางขัน จังหวัดโดยผู้วิจัยได้อาศัยแนวความคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องได้แก่ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ประกอบด้วย ทักษะการเข้าถึง ทักษะการเข้าใจ ทักษะการไต่ถาม ทักษะการตัดสินใจ และทักษะการนำไปใช้ ดังนี้



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบตัดขวาง (Cross sectional research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในพื้นที่อำเภอบางขัน จังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวน 4,994 คน

ผู้วิจัยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของ Yamane (1967) ในกรณีทราบจำนวนประชากรทั้งหมด และกำหนดค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้เท่ากับ 0.05 จากการคำนวณได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 370.27 คน ผู้วิจัยจึงปรับเป็นจำนวนเต็ม ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 371 คน และใช้วิธีการสุ่มแบบแบ่งชั้นภูมิ (Stratified Random Sampling) เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเป็นตัวแทนของประชากรแต่ละกลุ่มอย่างเหมาะสม ดังนี้

ตารางที่ 1 การกระจายกลุ่มตัวอย่าง

ตำบล	ประชากร	กลุ่มตัวอย่าง
บางขัน	1,538	114
บ้านลำนาว	692	51
วังหิน	1,877	140
บ้านนิคม	887	66

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในพื้นที่อำเภอบางขัน จังหวัดนครศรีธรรมราช ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์ และขึ้นทะเบียนเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในสถานบริการสาธารณสุขในพื้นที่ไม่น้อยกว่า 6 เดือน มีอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง มีภูมิลำเนาหรืออาศัยอยู่ในพื้นที่อำเภอบางขันไม่น้อยกว่า 6 เดือน สามารถสื่อสารภาษาไทยได้มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถให้ข้อมูลหรือตอบแบบสอบถามได้ และยินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยสมัครใจภายหลังได้รับทราบรายละเอียดของโครงการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก คือ ผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงจากโรคความดันโลหิตสูง เช่น โรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจขาดเลือด หรือโรคไตวายระยะสุดท้าย จนไม่สามารถช่วยเหลือตนเองหรือให้ข้อมูลได้ ผู้ป่วยที่มีโรคทางจิตเวชหรือความผิดปกติทางสมองที่ส่งผลต่อการตอบแบบสอบถาม ผู้ป่วยที่มีปัญหาการได้ยินหรือการมองเห็นอย่างรุนแรงจนเป็นอุปสรรคต่อการสื่อสาร และผู้ที่อยู่ระหว่างเข้าร่วมโครงการวิจัยอื่นที่เกี่ยวข้องกับการจัดการโรคความดันโลหิตสูงหรือการจัดการความเครียด ซึ่งอาจส่งผลต่อผลการวิจัยครั้งนี้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถามเรื่องความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีอิทธิพลต่อการจัดการความเครียดในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อำเภอบางขัน จังหวัดนครศรีธรรมราช ผู้วิจัยพัฒนาแบบสอบถามจากการทบทวนแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง จากนั้นนำแบบสอบถามให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ความครอบคลุมของข้อคำถาม ความชัดเจน และความเหมาะสมของภาษา โดยพิจารณาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Index of Item-Objective Congruence: IOC) ผลการตรวจสอบพบว่า ข้อคำถามมีค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.67–1.00 ซึ่งผ่านเกณฑ์ที่กำหนดและแสดงว่าเครื่องมือมีความตรงเชิงเนื้อหาอยู่ในระดับที่ยอมรับได้

ภายหลังปรับปรุงแบบสอบถามตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้วิจัยนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับกลุ่มที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง แต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างจริง จำนวน 30 คน เพื่อตรวจสอบค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค พบว่า แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.85 และแบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการความเครียดมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.79 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้

แบบสอบถามแบ่งออกเป็น 3 ตอน ได้แก่

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม จำนวน 9 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ แหล่งข้อมูลสุขภาพที่ได้รับ ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง และค่าระดับความดันโลหิตครั้งล่าสุด

ตอนที่ 2 แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพ จำนวน 25 ข้อ ครอบคลุม 5 ทักษะ ได้แก่ ทักษะการเข้าถึงข้อมูล ทักษะการเข้าใจข้อมูล ทักษะการไต่ถามข้อมูล ทักษะการตัดสินใจ และทักษะการนำไปใช้ มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ไม่ได้ทำ ถึง ทำได้ง่ายมาก และตอนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการความเครียด จำนวน 10 ข้อ มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ไม่เคย ถึง เป็นประจำ

การแปลผลคะแนนของแบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการจัดการความเครียด แบ่งออกเป็น 3 ระดับตามเกณฑ์ช่วงคะแนนเฉลี่ยของ Best (1977) ได้แก่ คะแนนเฉลี่ย 3.68–5.00 หมายถึง ระดับสูง คะแนนเฉลี่ย 2.34–3.67 หมายถึง ระดับปานกลาง และคะแนนเฉลี่ย 1.00–2.33 หมายถึง ระดับต่ำ

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยใช้สถิติดังนี้

1. สถิติเชิงพรรณนา ใช้วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ และระดับการจัดการความเครียด ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด

2. สถิติเชิงอนุมาน ใช้วิเคราะห์ปัจจัยด้านความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีอิทธิพลต่อการจัดการความเครียดในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยใช้การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis) เพื่อพิจารณาความสามารถในการพยากรณ์ของตัวแปรอิสระ ได้แก่ ทักษะการเข้าถึงข้อมูล ทักษะการเข้าใจข้อมูล ทักษะการไต่ถามข้อมูล ทักษะการตัดสินใจ และทักษะการนำไปใช้ ที่มีต่อการจัดการความเครียดของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช เลขที่รับรอง NSTPH 9/2569 ทั้งนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิจัยโดยคำนึงถึงหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ การเคารพในศักดิ์ศรีและสิทธิของอาสาสมัคร การรักษาความลับของข้อมูล และการนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 371 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 88.41 มีอายุเฉลี่ย 51.55 ปี (SD = 8.57) โดยส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 50–59 ปี ร้อยละ 43.67 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 65.77 และจบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. ร้อยละ 43.94 ด้านอาชีพ พบว่าส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 64.42 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 7,820.45 บาท (SD = 4,638.27) โดยส่วนใหญ่มีรายได้ 5,001–10,000 บาท ร้อยละ 47.44 แหล่งข้อมูลสุขภาพที่ได้รับเป็นประจำส่วนใหญ่มาจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข/อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ร้อยละ 77.09 ด้านระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลาป่วยอยู่ระหว่าง 1–29 ปี เฉลี่ย 8.96 ปี (SD = 6.12) โดยส่วนใหญ่ป่วยมาแล้ว 5–10 ปี ร้อยละ 40.70 รองลงมาคือมากกว่า 10 ปี ร้อยละ 32.35 และน้อยกว่า 5 ปี ร้อยละ 26.95 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n = 371)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	43	11.59
หญิง	328	88.41
อายุ	Range=35-67, M=51.55, SD= 8.57	
น้อยกว่า 40 ปี	42	11.32
40–49 ปี	100	26.95
50–59 ปี	162	43.67
60 ปีขึ้นไป	67	18.06
สถานภาพสมรส		
โสด	31	8.36
คู่	244	65.77
หม้าย	59	15.90
หย่าร้าง/แยกกันอยู่	37	9.97
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	12	3.23
ประถมศึกษา	78	21.02
มัธยมศึกษาตอนต้น	56	15.09
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	163	43.94
อนุปริญญา/ปวส.	37	9.97
ปริญญาตรีขึ้นไป	25	6.74
อาชีพ		
ไม่มีอาชีพ	3	0.81

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
ค้าขาย	30	8.09
รับจ้าง	38	10.24
เกษตรกรรม	239	64.42
ธุรกิจส่วนตัว	20	5.39
อื่นๆ	41	11.05
รายได้ต่อเดือน	Range=600-30,000, M=7,820.45, SD=4,638.27	
ไม่เกิน 5,000 บาท	140	37.74
5,001–10,000 บาท	176	47.44
10,001 บาทขึ้นไป	55	14.82
แหล่งข้อมูลสุขภาพที่ได้รับเป็นประจำ		
โรงพยาบาล/สถานพยาบาล	26	7.01
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข/อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.)	286	77.09
โทรทัศน์/วิทยุ/สื่อสิ่งพิมพ์	20	5.39
อินเทอร์เน็ต/สื่อสังคมออนไลน์	39	10.51
ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง	Range=1-29, M=8.96, SD=6.12	
น้อยกว่า 5 ปี	100	26.95
5–10 ปี	151	40.70
มากกว่า 10 ปี	120	32.35

2. ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ใน ระดับสูงทุกทักษะ โดยทักษะที่มีสัดส่วนอยู่ในระดับสูงมากที่สุด คือ ทักษะการตัดสินใจ จำนวน 235 คน คิดเป็นร้อยละ 63.35 รองลงมา คือ ทักษะการเข้าถึงข้อมูล จำนวน 223 คน คิดเป็นร้อยละ 60.11 ทักษะการเข้าใจข้อมูล จำนวน 218 คน คิดเป็นร้อยละ 58.76 ทักษะการนำไปใช้ จำนวน 211 คน คิดเป็นร้อยละ 56.87 และ ทักษะการไต่ถามข้อมูล จำนวน 204 คน คิดเป็นร้อยละ 54.99 ตามลำดับ เมื่อพิจารณาระดับปานกลาง พบว่า ทักษะที่มีสัดส่วนระดับปานกลางมากที่สุด คือ ทักษะการไต่ถามข้อมูล จำนวน 124 คน คิดเป็นร้อยละ 33.42 รองลงมา คือ ทักษะการนำไปใช้ จำนวน 119 คน คิดเป็นร้อยละ 32.08 ทักษะการตัดสินใจ จำนวน 103 คน คิดเป็นร้อยละ 27.76 ทักษะการเข้าใจข้อมูล จำนวน 99 คน คิดเป็นร้อยละ 26.68 และ ทักษะการเข้าถึงข้อมูล จำนวน 81 คน คิดเป็นร้อยละ 21.83 ตามลำดับ ส่วนระดับต่ำ พบว่า ทักษะที่มีสัดส่วนระดับต่ำมากที่สุด คือ ทักษะการเข้าถึงข้อมูล จำนวน 67 คน คิดเป็นร้อยละ 18.06 รองลงมา คือ ทักษะการเข้าใจข้อมูล จำนวน 54 คน คิดเป็นร้อยละ 14.56 ทักษะการไต่ถามข้อมูล จำนวน 43 คน คิดเป็นร้อยละ 11.59 ทักษะการนำไปใช้ จำนวน 41 คน คิดเป็นร้อยละ 11.05 และ ทักษะการตัดสินใจ จำนวน 33 คน คิดเป็นร้อยละ 8.89 ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (n = 371)

ทักษะความรอบรู้ด้านสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
ทักษะการเข้าถึงข้อมูล (Access)		
ระดับต่ำ	67	18.06
ระดับปานกลาง	81	21.83
ระดับสูง	223	60.11
ทักษะการเข้าใจข้อมูล (Understand)		
ระดับต่ำ	54	14.56
ระดับปานกลาง	99	26.68
ระดับสูง	218	58.76
ทักษะการไต่ถามข้อมูล (Appraisal)		
ระดับต่ำ	43	11.59
ระดับปานกลาง	124	33.42
ระดับสูง	204	54.99
ทักษะการตัดสินใจ (Decision-making)		
ระดับต่ำ	33	8.89
ระดับปานกลาง	103	27.76
ระดับสูง	235	63.35
ทักษะการนำไปใช้ (Application)		
ระดับต่ำ	41	11.05
ระดับปานกลาง	119	32.08
ระดับสูง	211	56.87

3. ระดับการจัดการความเครียดในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่มีการจัดการความเครียดอยู่ใน ระดับปานกลาง จำนวน 146 คน คิดเป็นร้อยละ 39.35 รองลงมาอยู่ใน ระดับสูง จำนวน 134 คน คิดเป็นร้อยละ 36.12 และอยู่ใน ระดับต่ำ จำนวน 91 คน คิดเป็นร้อยละ 24.53 ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ระดับการจัดการความเครียดในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (n = 371)

ระดับการจัดการความเครียด	จำนวน	ร้อยละ
ระดับต่ำ	91	24.53
ระดับปานกลาง	146	39.35
ระดับสูง	134	36.12

4. การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณปัจจัยความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีอิทธิพลต่อการจัดการความเครียดในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis) เพื่อศึกษาปัจจัยความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีอิทธิพลต่อการจัดการความเครียดในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อำเภอบางขัน จังหวัดนครศรีธรรมราช ผลการวิเคราะห์ปรากฏดังนี้ ภาพรวมของสมการพยากรณ์ตัวแปรอิสระด้านความรอบรู้ด้านสุขภาพ ได้แก่ ทักษะการเข้าถึงข้อมูล และทักษะการตัดสินใจ มีความสัมพันธ์กับการจัดการความเครียดของผู้ป่วยในระดับสูง ($R = 0.802$) โดยปัจจัยทั้งสองทักษะสามารถร่วมกันอธิบายความผันแปรของการจัดการความเครียดได้ร้อยละ 64.30 ($R^2 = 0.643$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($F = 283.570$, $p < .001$) อิทธิพลของรายตัวแปรเมื่อพิจารณาเป็นรายตัวแปร พบว่าตัวแปรอิสระทั้ง 2 ปัจจัย ส่งผลต่อการจัดการความเครียดในทิศทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการจัดการความเครียดมากที่สุดคือ ทักษะการตัดสินใจ มีค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยมาตรฐานเท่ากับ 0.547 (Beta = 0.547, t = 7.147, $p < .001$) รองลงมาคือ ทักษะการเข้าถึงข้อมูล มีค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยมาตรฐานเท่ากับ 0.274 (Beta = 0.274, t = 3.583, $p < .001$) ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณของปัจจัยความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีอิทธิพลต่อการจัดการความเครียดในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อำเภอบางขัน จังหวัดนครศรีธรรมราช

ตัวแปร	b	SE_b	Beta	t	p-value
ค่าคงที่	-0.152	0.150	-	-	-
1. ทักษะการเข้าถึงข้อมูล	0.299	0.083	0.274	3.583	< 0.001
2. ทักษะการตัดสินใจ	0.636	0.089	0.547	7.147	< 0.001
$R = 0.802$; $R^2 = 0.643$; $F = 283.570$; p-value < 0.001					

โดยสามารถสร้างเป็นสมการในรูปคะแนนดิบและคะแนนมาตรฐานได้ดังต่อไปนี้

สมการพยากรณ์ในรูปคะแนนดิบ

$$Y_i = -0.152 + 0.636_{(\text{ทักษะการตัดสินใจ})} + 0.299_{(\text{ทักษะการเข้าถึงข้อมูล})}$$

สมการพยากรณ์ในรูปคะแนนมาตรฐาน

$$Z_y = 0.547 \cdot Z_{(\text{ทักษะการตัดสินใจ})} + 0.274 \cdot Z_{(\text{ทักษะการเข้าถึงข้อมูล})}$$

อภิปรายผล

การวิจัยเรื่องความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีอิทธิพลต่อการจัดการความเครียดในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อำเภอบางขัน จังหวัดนครศรีธรรมราช สามารถอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์การวิจัยได้ดังนี้

ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อำเภอบางขัน จังหวัดนครศรีธรรมราช

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับสูงทุกทักษะ โดยทักษะที่มีสัดส่วนอยู่ในระดับสูงมากที่สุด คือ ทักษะการตัดสินใจ ร้อยละ 63.35 รองลงมา คือ ทักษะการเข้าถึงข้อมูล ร้อยละ 60.11 ทักษะการเข้าใจข้อมูล ร้อยละ 58.76 ทักษะการนำไปใช้ ร้อยละ 56.87 และทักษะการไต่ถามข้อมูล ร้อยละ 54.99 ตามลำดับ ผลดังกล่าวสะท้อนว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในพื้นที่อำเภอบางขัน จังหวัดนครศรีธรรมราช มีความสามารถในการรับรู้ เข้าใจ และใช้ข้อมูลสุขภาพเพื่อประกอบการดูแลตนเองได้ค่อนข้างดี โดยเฉพาะทักษะการตัดสินใจ ซึ่งเป็นความสามารถสำคัญในการเลือกแนวทางปฏิบัติที่เหมาะสมกับภาวะสุขภาพของตนเอง เช่น การรับประทานยาตามแผนการรักษา การควบคุมอาหาร การลดการบริโภคเค็ม การออกกำลังกาย การมาตรวจตามนัด และการเลือกวิธีจัดการกับปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน ผลการศึกษานี้อาจอธิบายได้จากบริบทของกลุ่มตัวอย่างที่ส่วนใหญ่ได้รับข้อมูลสุขภาพเป็นประจำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ร้อยละ 77.09 ซึ่งเป็นแหล่งข้อมูลสุขภาพที่ใกล้ชิดกับประชาชนในระดับชุมชน การได้รับข้อมูลและคำแนะนำจากบุคลากรสุขภาพหรือ อสม. อย่างต่อเนื่องอาจช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจ และความมั่นใจในการดูแลตนเองมากขึ้น โดยเฉพาะโรคความดันโลหิตสูงซึ่งเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องอาศัยการดูแลตนเองอย่างสม่ำเสมอ

เมื่อพิจารณาตามแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพของกรมควบคุมโรค พบว่าองค์ประกอบสำคัญของความรอบรู้ด้านสุขภาพประกอบด้วยทักษะการเข้าถึง การเข้าใจ การไต่ถาม การตัดสินใจ และการนำไปใช้ ซึ่งเป็นทักษะที่จำเป็นต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน (กรมควบคุมโรค, 2564) ดังนั้น การที่กลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับสูงทุกทักษะจึงสะท้อนถึงศักยภาพในการใช้ข้อมูลสุขภาพเพื่อดูแลตนเองและควบคุมปัจจัยเสี่ยงของโรคความดันโลหิตสูงได้ในระดับหนึ่ง

ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของเหมชาติ นีละสมิต (2567) ที่ศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง อำเภอซำสูง จังหวัดขอนแก่น พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการจัดการตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงมีแนวโน้มที่จะจัดการตนเองได้ดีขึ้น นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของมิตรธิรา แจ่มใส, วิภาพร สิทธิสาตร์, และธิติรัตน์ ราศิริ (2567) ที่พบว่าโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพสามารถทำให้กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงมีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลดังกล่าวสนับสนุนว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นปัจจัยพื้นฐานสำคัญในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพและการดูแลตนเองของประชาชนกลุ่มเสี่ยงและผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

อย่างไรก็ตาม แม้ว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับสูง แต่ยังพบว่ามีกลุ่มตัวอย่างบางส่วนอยู่ในระดับต่ำ โดยเฉพาะทักษะการเข้าถึงข้อมูล ร้อยละ 18.06 และทักษะการเข้าใจข้อมูล

ร้อยละ 14.56 ประเด็นนี้สะท้อนว่า ผู้ป่วยบางส่วนอาจยังมีข้อจำกัดในการค้นหา คัดเลือก ทำความเข้าใจ และประเมินความน่าเชื่อถือของข้อมูลสุขภาพ ดังนั้น หน่วยบริการสุขภาพในพื้นที่ควรพัฒนารูปแบบการสื่อสารสุขภาพที่เหมาะสมกับระดับการศึกษา อาชีพ และบริบทของผู้ป่วย โดยเน้นการสื่อสารที่เข้าใจง่าย ใช้ภาษาท้องถิ่นหรือภาษาที่ผู้ป่วยคุ้นเคย เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถาม และใช้กิจกรรมฝึกทักษะการตัดสินใจด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่อง

ระดับการจัดการความเครียดในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อำเภอบางขัน จังหวัดนครศรีธรรมราช

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่มีการจัดการความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 39.35 รองลงมาอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 36.12 และระดับต่ำ ร้อยละ 24.53 ผลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าแม้ผู้ป่วยจำนวนหนึ่งสามารถจัดการความเครียดได้ดี แต่ยังมีกลุ่มผู้ป่วยจำนวนมากที่มีความสามารถในการจัดการความเครียดอยู่เพียงระดับปานกลางและระดับต่ำ ซึ่งอาจมีผลต่อการดูแลสุขภาพและการควบคุมโรคในระยะยาว การที่การจัดการความเครียดของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปานกลางเป็นส่วนใหญ่อาจเกี่ยวข้องกับลักษณะของโรคความดันโลหิตสูงที่เป็นโรคเรื้อรัง ผู้ป่วยจำเป็นต้องดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง รับประทานยา ควบคุมอาหาร ออกกำลังกาย และมาตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอ ภาระดังกล่าวอาจก่อให้เกิดความกังวล ความเหนื่อยล้า หรือความเครียดจากการดำรงชีวิตร่วมกับโรค นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 64.42 และมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 7,820.45 บาท ซึ่งอาจสะท้อนข้อจำกัดด้านเศรษฐกิจและภาระงานที่มีผลต่อการดูแลสุขภาพและการจัดสรรเวลาสำหรับกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด

ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของเสงี่ยม จิ๋วประดิษฐ์กุล (2563) ที่ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองและความสามารถในการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลาง และพฤติกรรมการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการควบคุมความดันโลหิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลดังกล่าวสะท้อนว่าการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงยังเป็นประเด็นที่ต้องได้รับการส่งเสริมอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะพฤติกรรมที่ต้องปฏิบัติเป็นประจำในชีวิตประจำวัน ซึ่งรวมถึงการจัดการความเครียดด้วย นอกจากนี้ ผลการศึกษายังสอดคล้องกับการศึกษาของฉัตรทอง จารุพิสิฐไพบูลย์ และคณะ (2568) ที่ศึกษาประสบการณ์การจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ พบว่า การจัดการตนเองของผู้ป่วยเกี่ยวข้องกับปัจจัยส่วนบุคคล ครอบครัว ชุมชน และระบบบริการสุขภาพ โดยพฤติกรรมบางประการ เช่น การบริโภคอาหารที่มีโซเดียมสูง การไม่ออกกำลังกาย การลืมรับประทานยา และความเชื่อด้านสุขภาพที่ไม่เหมาะสม มีผลต่อการควบคุมความดันโลหิต ขณะเดียวกัน การสนับสนุนจากครอบครัว ชุมชน และบริการสุขภาพที่เข้าถึงง่ายช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยจัดการตนเองได้ดีขึ้น ผลดังกล่าวช่วยอธิบายได้ว่า การจัดการความเครียดของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงไม่ได้ขึ้นอยู่กับความสามารถส่วนบุคคลเท่านั้น แต่ยังสัมพันธ์กับแรงสนับสนุนจากครอบครัว ชุมชน และระบบบริการสุขภาพในพื้นที่ด้วย

ในด้านแนวทางการจัดการความเครียด กรมสุขภาพจิต (2564) เสนอวิธีจัดการความเครียดด้วยตนเอง เช่น การออกกำลังกาย การฝึกสมาธิหรือฝึกลมหายใจ การจัดสรรเวลาในชีวิตประจำวัน การทำกิจกรรม

ผ่อนคลาย และการปรับเปลี่ยนความคิด ประเด็นดังกล่าวสอดคล้องกับความจำเป็นในการส่งเสริมการจัดการความเครียดของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในพื้นที่ศึกษา โดยควรบูรณาการกิจกรรมจัดการความเครียดเข้ากับการดูแลโรคเรื้อรังในคลินิกความดันโลหิตสูง เช่น การฝึกหายใจคลายเครียด การฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การให้คำปรึกษารายบุคคล การจัดกลุ่มแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และการใช้ อสม. หรือครอบครัวเป็นผู้สนับสนุนการปฏิบัติตัวอย่างต่อเนื่อง

ปัจจัยด้านความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีอิทธิพลต่อการจัดการความเครียดในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อำเภอบางขัน จังหวัดนครศรีธรรมราช

ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยด้านความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีอิทธิพลต่อการจัดการความเครียดในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ ทักษะการตัดสินใจและทักษะการเข้าถึงข้อมูล โดยทั้งสองปัจจัยมีความสัมพันธ์กับการจัดการความเครียดในระดับสูง (R = 0.802) และสามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของการจัดการความเครียดได้ร้อยละ 64.30 (R^2 = 0.643) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อพิจารณารายตัวแปร พบว่าทักษะการตัดสินใจมีอิทธิพลต่อการจัดการความเครียดมากที่สุด (Beta = 0.547, p-value < .001) รองลงมาคือ ทักษะการเข้าถึงข้อมูล (Beta = 0.274, p-value < .001)

ผลดังกล่าวสะท้อนว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่ได้มีความสำคัญเฉพาะต่อการรับรู้ข้อมูลหรือการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพกายเท่านั้น แต่ยังเกี่ยวข้องกับความสามารถในการจัดการปัญหาทางอารมณ์และความเครียดของผู้ป่วยโรคเรื้อรังด้วย โดยเฉพาะทักษะการตัดสินใจ ซึ่งเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลสูงที่สุดต่อการจัดการความเครียด อาจอธิบายได้ว่า ผู้ป่วยที่มีทักษะการตัดสินใจดีจะสามารถระบุปัญหา ประเมินทางเลือกและเลือกวิธีจัดการความเครียดที่เหมาะสมกับสถานการณ์ของตนเองได้ เช่น การพักผ่อน การออกกำลังกาย การฝึกหายใจ การปรึกษาบุคลากรสาธารณสุข การพูดคุยกับครอบครัว หรือการหลีกเลี่ยงพฤติกรรมที่อาจส่งผลเสียต่อระดับความดันโลหิต

ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับแนวคิดของกรมควบคุมโรค (2564) ที่ระบุว่า ทักษะการตัดสินใจเป็นองค์ประกอบสำคัญของความรอบรู้ด้านสุขภาพ และการฝึกตัดสินใจช่วยให้บุคคลสามารถระบุปัญหา กำหนดทางเลือก ประเมินทางเลือก และแสดงจุดยืนในการตัดสินใจได้อย่างเหมาะสม ดังนั้น การที่ทักษะการตัดสินใจมีอิทธิพลต่อการจัดการความเครียดสูงที่สุดจึงสอดคล้องกับหลักการทางวิชาการ เนื่องจากการจัดการความเครียดจำเป็นต้องอาศัยการประเมินสถานการณ์และเลือกวิธีรับมือที่เหมาะสมกับบริบทของตนเอง ส่วนทักษะการเข้าถึงข้อมูลที่มีอิทธิพลต่อการจัดการความเครียดรองลงมา อาจอธิบายได้ว่า ผู้ป่วยที่สามารถเข้าถึงข้อมูลสุขภาพที่ถูกต้องและน่าเชื่อถือจะมีโอกาสได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง วิธีควบคุมโรค และวิธีลดความเครียดได้มากกว่า ส่งผลให้เกิดความเข้าใจและความมั่นใจในการดูแลตนเองมากขึ้น ในบริบทของการศึกษาครั้งนี้ แหล่งข้อมูลสุขภาพหลักของผู้ป่วยคือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและ อสม. ซึ่งเป็นกลไกสำคัญของระบบสุขภาพปฐมภูมิ ดังนั้น การพัฒนาช่องทางการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพที่เหมาะสมกับชุมชนจึงเป็นแนวทางสำคัญในการส่งเสริมการจัดการความเครียดของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ผลการศึกษาครั้งนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Onprasonk, Trinnawoottipong และ Buntrai (2024) ซึ่งทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับโปรแกรมความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง และพบว่าโปรแกรมความรอบรู้ด้านสุขภาพ

มีบทบาทในการส่งเสริมสุขภาพและการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง รวมทั้งมีแนวโน้มช่วยให้การควบคุมระดับความดันโลหิตมีประสิทธิภาพมากขึ้น นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของเหมชาติ นีละสมิต (2567) ที่พบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของมิตรธิรา แจ่มใส และคณะ (2567) ที่พบว่าโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพช่วยเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงได้อย่างมีนัยสำคัญ

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 หน่วยบริการสุขภาพในพื้นที่ควรนำผลการวิจัยไปใช้ในการพัฒนากิจกรรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยเน้นการพัฒนาทักษะการตัดสินใจและทักษะการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ เนื่องจากเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการจัดการความเครียดของผู้ป่วย ทั้งนี้ ควรจัดกิจกรรมให้ผู้ป่วยสามารถฝึกวิเคราะห์สถานการณ์สุขภาพ เลือกวิธีจัดการปัญหา และตัดสินใจดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม เช่น การเลือกวิธีผ่อนคลายความเครียด การปรับพฤติกรรมสุขภาพ การรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง และการหลีกเลี่ยงปัจจัยที่ส่งผลต่อระดับความดันโลหิต

1.2 เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านควรนำผลการวิจัยไปใช้เป็นแนวทางในการจัดบริการให้คำปรึกษาและติดตามผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน โดยเฉพาะกลุ่มที่มีการจัดการความเครียดอยู่ในระดับปานกลางและระดับต่ำ ควรมีการให้ความรู้เรื่องการจัดการความเครียดที่เหมาะสม เช่น การฝึกหายใจคลายเครียด การออกกำลังกาย การพักผ่อนอย่างเพียงพอ การพูดคุยปรึกษาครอบครัวหรือบุคลากรสุขภาพ และการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถจัดการความเครียดและดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่อง

2. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงทดลองหรือกึ่งทดลองเพื่อพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เน้นทักษะการตัดสินใจและการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ ร่วมกับการฝึกทักษะการจัดการความเครียดในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เพื่อประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมต่อระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ การจัดการความเครียด พฤติกรรมสุขภาพ และระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยอย่างเป็นรูปธรรม

2.2 ควรมีการศึกษาปัจจัยอื่น ๆ ที่อาจมีอิทธิพลต่อการจัดการความเครียดของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เช่น แรงสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ความสามารถตนเอง ภาวะซึมเศร้า คุณภาพชีวิต พฤติกรรมสุขภาพ และการเข้าถึงบริการสุขภาพ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุมมากขึ้น และสามารถนำไปใช้ในการออกแบบแนวทางดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนได้อย่างเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่

อ้างอิง

กรมควบคุมโรค. (2564). *คู่มือกระบวนการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ*. กระทรวงสาธารณสุข. https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1188920211018040126.pdf

กรมสุขภาพจิต. (2564). *5 ทริคง่าย ๆ จัดการความเครียดด้วยตัวเอง*. กระทรวงสาธารณสุข. https://dmh.go.th/news-dmh/view.asp?id=30866

กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. (2565). *แนวทางการจัดการเมื่อพบผู้รับบริการมีความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาล*. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1315320220913071211.pdf

ฉัตรทอง จารุพิสิฐไพบูลย์, ดุษฎี ไตรยวงศ์, อารีย์รัตน์ เปสูงเนิน, เสาวลักษณ์ ทาแจ้ง, กัลยาณี สุขสุเมฆ, และนฤมล เปรมาสวัสดิ์. (2568). ประสบการณ์การจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้. *วารสารสุขภาพและการศึกษาพยาบาล, 31*(1), 182–199.

มิตรธิรา แจ่มใส, วิภาพร สิทธิสาตร์, และธิติรัตน์ ราศิริ. (2567). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าทอง อ.เมือง จ.พิษณุโลก. *ราชาวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์, 14*(1), 20–36.

วิชัย เอกพลากร, และคณะ. (2564). *รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562–2563*. คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.

เสงี่ยม จิ๋วประดิษฐ์กุล. (2563). พฤติกรรมการดูแลตนเองและความสามารถในการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองโพธาวาส. *วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ, 3*(1), 15–30.

เหมชาติ นีละสมิต. (2567). ความรอบรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง อำเภอซำสูง จังหวัดขอนแก่น. *วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น, 6*(2), e268925.

Best, J. W. (1977). *Research in education* (3rd ed.). Prentice Hall.

Onprasonk, S., Trinnawoottipong, K., & Buntrai, S. (2024). Health literacy program among the elderly with hypertension: A systematic review. *Journal of Public Health and Development, 22*(3), 321–336.

World Health Organization. (2025). *Hypertension*. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hypertension

Yamane, T. (1967). *Statistics: An introductory analysis* (2nd ed.). Harper & Row.

วารสารวิชาการเพื่อการพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิและสาธารณสุข
Academic Journal for Primary Care and Public Health Development

การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการในคลินิกหมอครอบครัว สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี คลองพน อำเภอคลองท่อม จังหวัดกระบี่

A Study of Factors related to self-care behavior of diabetic patients at the Primary Care Cluster Clinic of Chaloem Phrakiat 60th Anniversary Nawaminthrachini Sub-district Health Promoting Hospital, Krabi Province

อุมาพร ทองเกลี้ยง
Aumaporn Thongkliang
นักสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอคลองท่อม จังหวัดกระบี่
(Received: May 12, 2026; Accepted: June 18, 2026)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์ภาคตัดขวาง เพื่อศึกษาระดับการรับรู้พฤติกรรมสุขภาพเรื่องโรคเบาหวาน ระดับพฤติกรรมการดูแลตนเอง และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้พฤติกรรมเรื่องโรคเบาหวานกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการในคลินิกหมอครอบครัว สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี จังหวัดกระบี่ กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยโรคเบาหวาน จำนวน 176 คน คัดเลือกโดยการสุ่มแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป การรับรู้พฤติกรรมสุขภาพเรื่องโรคเบาหวาน และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมานโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการวิจัยพบว่า ระดับการรับรู้พฤติกรรมเรื่องโรคเบาหวานโดยรวมอยู่ในระดับสูง มีค่าเฉลี่ย 3.76 (SD = 1.06) ส่วนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ย 3.58 (SD = 1.05) การรับรู้พฤติกรรมเรื่องโรคเบาหวานโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำกับพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.376$, p-value < 0.001) โดยด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลาง และด้านการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำ ดังนั้น หน่วยบริการสุขภาพควรนำผลการวิจัยไปใช้ในการส่งเสริมการรับรู้ความรุนแรงของโรคและประโยชน์ของพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อพัฒนาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานให้เหมาะสม

คำสำคัญ: การรับรู้พฤติกรรมสุขภาพ, พฤติกรรมการดูแลตนเอง, ผู้ป่วยโรคเบาหวาน

Abstract

This study employed a cross-sectional analytical research design. The objectives were to examine the level of perceived diabetes-related health behaviors, the level of self-care behaviors, and the relationship between perceived diabetes-related behaviors and self-care behaviors among patients with diabetes receiving services at the Family Doctor Clinic of Chaloem Phrakiat 60 Phansa Nawaminthrachini Health Center, Krabi Province. The sample consisted of 176 patients with diabetes selected through multistage sampling. The research instrument was a questionnaire divided into three sections: general information, perceived diabetes-related health behaviors, and self-care behaviors of patients with diabetes. Data were analyzed using descriptive statistics, including frequency, percentage, mean, and standard deviation, and inferential statistics using Pearson's correlation coefficient.

The results revealed that the overall level of perceived diabetes-related behaviors was high, with a mean score of 3.76 (SD = 1.06), whereas the overall level of self-care health behaviors was moderate, with a mean score of 3.58 (SD = 1.05). Overall perceived diabetes-related behaviors had a low positive relationship with self-care behaviors at a statistically significant level ($r = 0.376$, p-value < 0.001). In particular, perceived severity of the disease had a moderate positive relationship with self-care behaviors, while perceived benefits of health behaviors had a low positive relationship. Therefore, health service units should apply the findings of this study to promote patients' perceived severity of diabetes and perceived benefits of health behaviors in order to enhance appropriate self-care behaviors among patients with diabetes.

Keywords: Perceived Health Behaviors, Self-Care Behaviors, Patients with Diabetes

บทนำ

จากรายงานปี พ.ศ. 2565 องค์การอนามัยโลกและสหพันธ์โรคเบาหวานนานาชาติได้กำหนดให้วันที่ 14 พฤศจิกายนของทุกปีเป็น “วันเบาหวานโลก” (World Diabetes Day) เพื่อกระตุ้นให้องค์กรด้านสาธารณสุขทั่วโลกตระหนักถึงความสำคัญของการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวาน ทั้งนี้ ประชาชนทุกกลุ่มวัยควรให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพและการป้องกันตนเองจากโรคเบาหวาน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคและภาวะแทรกซ้อนสูง (กองโรคไม่ติดต่อ, 2566) สถานการณ์โรคเบาหวานทั่วโลกในปี พ.ศ. 2564 พบว่ามีผู้ป่วยโรคเบาหวานจำนวน 537 ล้านคน และคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2573 จำนวนผู้ป่วยจะเพิ่มขึ้นเป็น 643 ล้านคน นอกจากนี้ โรคเบาหวานยังมีส่วนทำให้เกิดการเสียชีวิตสูงถึง 6.7 ล้านคน หรือเทียบเท่ากับการเสียชีวิต 1 คนในทุก ๆ 5 วินาที

สำหรับประเทศไทย พบว่ามีผู้ป่วยโรคเบาหวานประมาณ 3.3 ล้านคน และมีแนวโน้มพบผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้นปีละประมาณ 300,000 คน ข้อมูลสถิติสาธารณสุขของประเทศไทยสะท้อนให้เห็นว่าอุบัติการณ์ของโรคเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยมีผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้นประมาณ 300,000 คนต่อปี และมีผู้ป่วยอยู่ในระบบทะเบียนประมาณ 3.3 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2563 มีผู้เสียชีวิตจากโรคเบาหวานจำนวน 16,388 คน คิดเป็นอัตราตาย 25.1 ต่อประชากรแสนคน ขณะที่ค่าใช้จ่ายด้านสาธารณสุขในการรักษาโรคเบาหวานมีมูลค่าเฉลี่ยสูงถึง 47,596 ล้านบาทต่อปี นอกจากนี้ โรคเบาหวานยังเป็นสาเหตุสำคัญที่นำไปสู่การเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอื่น ๆ เช่น โรคหัวใจโรคหลอดเลือดสมอง โรคความดันโลหิตสูง และโรคไตวายเรื้อรัง เป็นต้น กรมควบคุมโรคจึงได้ผลักดันและสนับสนุนให้เกิดการดำเนินงาน “โรงเรียนเบาหวาน” เพื่อเสริมสร้างความรู้แก่ผู้ป่วยโรคเบาหวานในการจัดการตนเอง ลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน และส่งเสริมให้ประชาชนสามารถเข้าถึงองค์ความรู้ตลอดจนได้รับการดูแลด้านจิตใจ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และการควบคุมโรคเบาหวานในระดับบุคคล ครัวเรือน และชุมชน ทั้งนี้ ยังมีการส่งเสริมการติดตามผลการดูแลตนเองผ่านแอปพลิเคชันสมุดสุขภาพประชาชน เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลและจัดการตนเองได้อย่างเหมาะสม และสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การมีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงเป็นระยะเวลานานส่งผลให้อวัยวะต่าง ๆ เสื่อมสมรรถภาพและอาจนำไปสู่การทำงานล้มเหลวของระบบต่าง ๆ ในร่างกาย ก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนหลายประการ เช่น ภาวะแทรกซ้อนทางตาและการสูญเสียการมองเห็น ไตวายเรื้อรัง หัวใจขาดเลือด อัมพฤกษ์ อัมพาต อาการชาปลายมือปลายเท้า รวมถึงการเกิดแผลเรื้อรังที่หายยาก และในผู้ป่วยบางรายอาจมีความรุนแรงถึงขั้นจำเป็นต้องตัดอวัยวะ โดยเฉพาะบริเวณเท้าหรือขา สำหรับประเทศไทย กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดให้โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงเป็นกลุ่มโรคเป้าหมายแรกที่ต้องเร่งดำเนินการแก้ไขในระบบสาธารณสุข เนื่องจากโรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง โดยมีจุดมุ่งหมายสำคัญเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีสุขภาพดี และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น การดูแลรักษาจำเป็นต้องอาศัยทีมสหวิชาชีพในการ

ให้บริการ โดยมุ่งเน้นการให้ความรู้เกี่ยวกับโรค วิธีการรักษา การสร้างทักษะในการบริโภคอาหารและการดำเนินชีวิตที่เหมาะสม รวมถึงการโน้มน้าวและสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้อย่างเป็นรูปธรรม กิจกรรมที่จัดขึ้นในรูปแบบโปรแกรมหรือกิจกรรมต่าง ๆ นอกจากจะเป็นประโยชน์ต่อการรักษาโรคเบาหวานแล้ว ยังมีส่วนช่วยในการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพของประชาชนอีกด้วย (สมเกียรติ โพธิสัตย์ และคณะ, 2566) การคัดกรองและค้นหาผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน รวมถึงผู้ที่เป็นโรคเบาหวานในระยะเริ่มแรก มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการป้องกันและควบคุมโรค เนื่องจากช่วยให้กลุ่มเสี่ยงได้รับการดูแลเพื่อป้องกันการเกิดโรค ขณะที่ผู้ป่วยในระยะเริ่มแรกสามารถได้รับการวินิจฉัยและรักษาอย่างถูกต้อง เหมาะสม และทันเวลา ซึ่งอาจเพิ่มโอกาสให้โรคเบาหวานเข้าสู่ระยะสงบ หรือ diabetes remission ได้ (สมาคมเบาหวานแห่งประเทศไทย, 2566)

อำเภอคลองท่อม จังหวัดกระบี่ พบว่าอัตราป่วยด้วยโรคเบาหวานของอำเภอคลองท่อมในปี พ.ศ. 2565–2567 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยพบผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในคลินิกโรคเรื้อรังในอัตรา 5,298, 5,426 และ 6,745 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ (ข้อมูลจาก HDC, 2568) ข้อมูลจากสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติฯ จังหวัดกระบี่ พบว่าจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานในปี พ.ศ. 2565–2567 เท่ากับ 239, 282 และ 321 ราย ตามลำดับ ขณะที่อัตราความชุกของโรคในช่วงปี พ.ศ. 2566–2568 เท่ากับ 25.7, 26.9 และ 28.7 ตามลำดับ (JHCIS, สอน.คลองพน)

จากสถานการณ์ดังกล่าวสะท้อนให้เห็นถึงแนวโน้มการเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้ป่วยรายใหม่ในพื้นที่ตำบลคลองพนอย่างต่อเนื่อง อีกทั้งยังพบผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อน โดยเฉพาะภาวะแทรกซ้อนที่เท้าและไต ซึ่งอยู่ในระดับที่มีความเสี่ยงและเป็นอันตรายเพิ่มมากขึ้น ประกอบกับบริบทด้านวัฒนธรรม ประเพณี และวิถีชีวิตของประชาชนในชุมชนบางประการยังไม่เอื้อต่อการดูแลตนเองอย่างเหมาะสมในหลายปัจจัย ผู้วิจัยในฐานะพี่เลี้ยงด้านการดำเนินงานให้กับสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติฯ จังหวัดกระบี่ จึงตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาดังกล่าวและมีความมุ่งมั่นในการแก้ไขภาวะการเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานในพื้นที่ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานในคลินิกหมอครอบครัวของสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี จังหวัดกระบี่ เพื่อนำผลการศึกษาที่ได้ไปประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการแก้ไขปัญหา วางแผน และจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ทั้งในด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดูแลตนเองให้เหมาะสมกับโรคและวัย การยกระดับคุณภาพชีวิต ตลอดจนการตอบสนองต่อนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขในการกำหนดทิศทางการพัฒนาสุขภาพของประเทศและชุมชนต่อไป

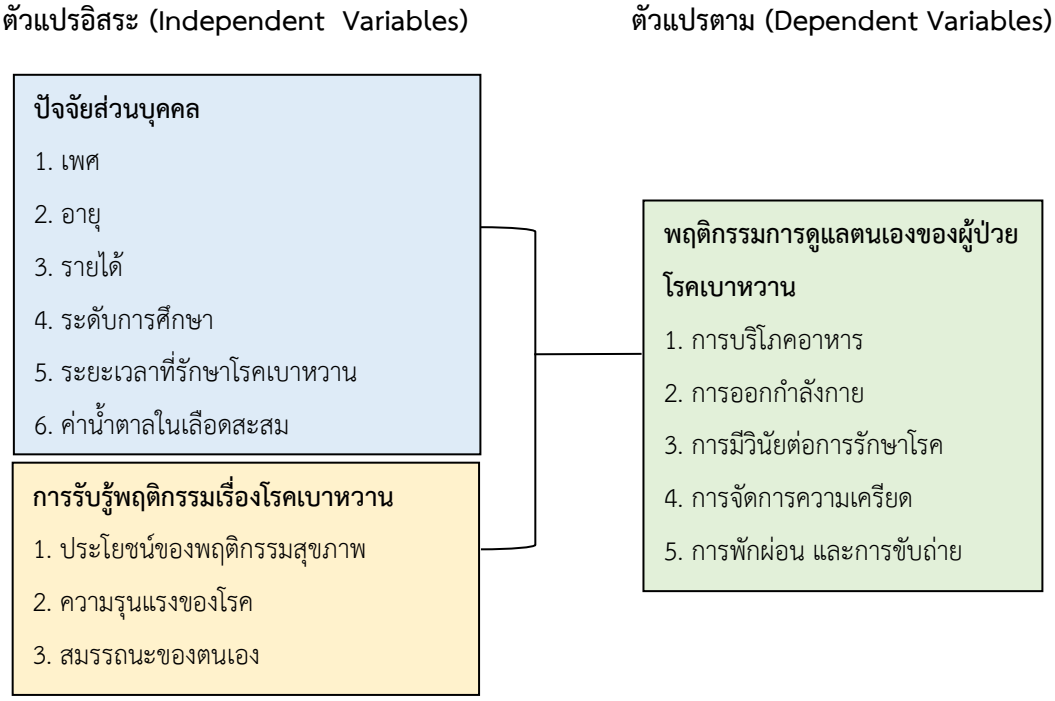
วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับของการรับรู้พฤติกรรมสุขภาพเรื่องโรคเบาหวาน กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ที่มารับบริการในคลินิกหมอครอบครัว สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี จังหวัดกระบี่
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของการรับรู้พฤติกรรมเรื่องโรคเบาหวาน กับพฤติกรรมการดูแล

ตนเอง ที่มารับบริการในคลินิกหมอครอบครัว สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี จังหวัดกระบี่

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดในการวิจัยครั้งนี้มุ่งศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยเบาหวานกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยในคลินิกหมอครอบครัว โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการดูแลตนเองเป็นพื้นฐานในการอธิบายพฤติกรรมสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลตนเองพิจารณาครอบคลุม 5 ด้าน ได้แก่ การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การมีวินัยต่อการรักษาโรค การจัดการความเครียด การพักผ่อนและการขับถ่าย เพื่อนำผลการศึกษาไปใช้วางแผนส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานให้เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ ดังนี้



แหล่งที่มา: ปรับปรุงจาก วิรยุทธ สนธิเมือง (2565)

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์ภาคตัดขวาง (Cross - sectional Analytic Research Design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์และเข้ารับการรักษาโรคเบาหวานในคลินิกหมอครอบครัว สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี จังหวัดกระบี่ จำนวน 231 คน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานจากทะเบียนผู้ป่วยที่มารับบริการในคลินิกดังกล่าว โดยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างจากตารางของ Krejcie and Morgan (1970, pp. 607–610) ภายใต้การประมาณค่าสัดส่วนของประชากรที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ร้อยละ 5 และกำหนดค่าสัดส่วนของลักษณะที่สนใจในประชากรเท่ากับ 0.5 จากการคำนวณได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 175.11 คน จึงกำหนดกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ จำนวน 176 คน

การเข้าถึงกลุ่มตัวอย่างดำเนินการโดยคัดเลือกจากผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการตามนัดในคลินิกหมอครอบครัวของสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี จังหวัดกระบี่ ซึ่งให้บริการทุกวันพุธ โดยมีรอบการนัดหมายห่างกันครั้งละ 6 สัปดาห์ สำหรับวิธีการสุ่มตัวอย่างใช้การสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multistage Sampling) เริ่มจากการสุ่มแบบแบ่งชั้น (Stratified Random Sampling) ตามหมู่บ้านในเขตรับผิดชอบ จำนวน 8 หมู่บ้าน ได้แก่ หมู่ที่ 1 หมู่ที่ 2 หมู่ที่ 3 หมู่ที่ 4 หมู่ที่ 6 หมู่ที่ 7 หมู่ที่ 8 และหมู่ที่ 12 จากนั้นกำหนดจำนวนกลุ่มตัวอย่างในแต่ละหมู่บ้านตามสัดส่วนของจำนวนประชากรผู้ป่วยโรคเบาหวานในแต่ละชั้นภูมิ เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีความเป็นตัวแทนของประชากรในพื้นที่ศึกษาอย่างเหมาะสม ดังนี้

ตารางที่ 1 การกระจายกลุ่มตัวอย่าง

หมู่ที่	ชื่อหมู่บ้าน	ประชากร (N)	วิธีคำนวณ	กลุ่มตัวอย่าง (ni)
1	บ้านคลองพน	51 คน	51/(231/176)	39
2	บ้านดินนา	36 คน	36/(231/176)	27
3	บ้านบ้านนา	45 คน	45/(231/176)	34
4	บ้านคลองปิ้ง	19 คน	19/(231/176)	15
6	บ้านพรุใหญ่	24 คน	24/(231/176)	18
7	บ้านคลองแรด	19 คน	19/(231/176)	15
8	บ้านหินเพิง	19 คน	19/(231/176)	15
12	บ้านทุ่งยอ	18 คน	18/(231/176)	13
	รวม	**231 คน**		**176**

เกณฑ์การคัดเลือกเข้ากลุ่มวิจัย (Inclusion Criteria) กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการวิจัยต้องมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ได้แก่ เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีอายุไม่เกิน 70 ปี ได้รับการศึกษาขั้นพื้นฐานไม่ต่ำกว่าระดับประถมศึกษา สามารถสื่อสารได้ทั้งการพูด การฟัง และการเขียน ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวาน และมารับบริการในคลินิกหมอครอบครัว สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี จังหวัดกระบี่ รวมทั้งเป็นผู้ที่ยินดีให้ความร่วมมือและสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดเลือกออกจากกลุ่มวิจัย (Exclusion Criteria) กลุ่มตัวอย่างที่ไม่เข้าเกณฑ์การเข้าร่วมวิจัย คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ไม่ยินยอมหรือไม่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การถอนอาสาสมัครออกจากการวิจัย (Withdrawal Criteria) อาสาสมัครวิจัยสามารถถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา หากไม่ประสงค์จะเข้าร่วมการศึกษาต่อ โดยการถอนตัวดังกล่าวจะไม่มีผลกระทบต่อสิทธิ การดูแลรักษา หรือการรับบริการทางสุขภาพตามปกติของอาสาสมัครแต่อย่างใด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ คือ แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการในคลินิกหมอครอบครัว สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี จังหวัดกระบี่ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยแบ่งแบบสอบถามออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เป็นแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ได้แก่ เพศ อายุ รายได้ ระดับการศึกษา ระยะเวลาที่รักษาโรคเบาหวาน และค่าน้ำตาลสะสมในเลือด ลักษณะข้อคำถามเป็นทั้งแบบปลายปิดให้เลือกตอบและแบบปลายเปิดให้เติมคำตอบ

ส่วนที่ 2 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้พฤติกรรมสุขภาพเรื่องโรคเบาหวาน จำนวน 25 ข้อ ประกอบด้วย การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมสุขภาพ จำนวน 11 ข้อ การรับรู้ความรุนแรงของโรค จำนวน 4 ข้อ และการรับรู้สมรรถนะของตนเอง จำนวน 10 ข้อ โดยเป็นข้อคำถามเชิงบวก จำนวน 18 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 2, 3, 4, 5, 7, 9, 10, 11, 12, 13, 16, 17, 18, 19, 21, 22 และ 24 และข้อคำถามเชิงลบ จำนวน 7 ข้อ ได้แก่ ข้อ 6, 8, 14, 15, 20, 23 และ 25 ลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ โดยข้อคำถามเชิงบวกให้คะแนนตั้งแต่ 5 ถึง 1 ตามระดับการรับรู้จากมากที่สุดถึงน้อยที่สุด ส่วนข้อคำถามเชิงลบให้คะแนนกลับกันจาก 1 ถึง 5 ตามระดับการรับรู้จากมากที่สุดถึงน้อยที่สุด

การแปลผลคะแนนการรับรู้พฤติกรรมสุขภาพเรื่องโรคเบาหวานแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ตามแนวคิดของ Best (1997) โดยใช้ช่วงคะแนนเฉลี่ยจากคะแนนสูงสุดลบคะแนนต่ำสุดหารด้วยจำนวนระดับ ได้ค่าช่วงคะแนนเท่ากับ 1.33 ดังนั้น คะแนนเฉลี่ย 3.67–5.00 หมายถึง มีการรับรู้ระดับสูง คะแนนเฉลี่ย 2.33–3.66 หมายถึง มีการรับรู้ระดับปานกลาง และคะแนนเฉลี่ย 1.00–2.32 หมายถึง มีการรับรู้ระดับต่ำ

ส่วนที่ 3 เป็นแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน จำนวน 30 ข้อ ประกอบด้วย ด้านการบริโภคอาหาร จำนวน 10 ข้อ ด้านการออกกำลังกาย จำนวน 5 ข้อ ด้านการมีวินัยต่อการรักษาโรค จำนวน 5 ข้อ ด้านการจัดการความเครียด

จำนวน 5 ข้อ และด้านการพักผ่อนและการขับถ่าย จำนวน 5 ข้อ โดยเป็นข้อคำถามเชิงบวก จำนวน 16 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 10, 11, 12, 13, 14, 16, 17, 18, 19, 21, 22, 24, 25, 26 และ 29 และข้อคำถามเชิงลบ จำนวน 14 ข้อ ได้แก่ ข้อ 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 15, 20, 23, 27, 28 และ 30 ลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ ปฏิบัติประจำ ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง ปฏิบัติน้อยครั้ง และไม่เคยปฏิบัติ โดยข้อคำถามเชิงบวกให้คะแนนตั้งแต่ 5 ถึง 1 ตามลำดับ ส่วนข้อคำถามเชิงลบให้คะแนนกลับกัน เพื่อให้คะแนนรวมสะท้อนระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสม

การแปลผลคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ตามแนวคิดของ Best (1997) โดยใช้ค่าช่วงคะแนน 1.33 ดังนี้ คะแนนเฉลี่ย 3.67–5.00 หมายถึง มีพฤติกรรมการดูแลตนเองระดับสูง คะแนนเฉลี่ย 2.33–3.66 หมายถึง มีพฤติกรรมการดูแลตนเองระดับปานกลาง และคะแนนเฉลี่ย 1.00–2.32 หมายถึง มีพฤติกรรมการดูแลตนเองระดับต่ำ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยศึกษาแนวคิด ทฤษฎี เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำมาใช้เป็นแนวทางในการสร้างแบบสอบถามให้สอดคล้องกับหัวข้อการวิจัย วัตถุประสงค์ และกรอบแนวคิดของการศึกษา จากนั้นนำแบบสอบถามเสนอผู้ทรงคุณวุฒิเพื่อตรวจสอบความเหมาะสมและให้ข้อเสนอแนะ ก่อนนำมาปรับปรุงแก้ไขให้มีความถูกต้อง ชัดเจน และครอบคลุมเนื้อหาที่ต้องการศึกษา

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือดำเนินการโดยตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยนำแบบสอบถามให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน พิจารณาความสอดคล้องของข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ ความถูกต้องของเนื้อหา ความเหมาะสมของภาษา และความครอบคลุมของประเด็นที่ศึกษา โดยใช้ค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Index of Item-Objective Congruence: IOC) ตามเกณฑ์การให้คะแนน คือ +1 เมื่อแน่ใจว่าข้อคำถามสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ 0 เมื่อไม่แน่ใจ และ -1 เมื่อแน่ใจว่าข้อคำถามไม่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ จากนั้นนำคะแนนมาคำนวณค่า IOC โดยข้อคำถามที่มีค่า IOC ตั้งแต่ 0.67 ขึ้นไป ถือว่ามีความเหมาะสมและสามารถนำไปใช้ได้ ส่วนข้อคำถามที่ไม่ผ่านเกณฑ์ ผู้วิจัยได้นำมาปรับปรุง แก้ไข หรือตัดออกตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ

ภายหลังการปรับปรุงแบบสอบถาม ผู้วิจัยนำเครื่องมือไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านทุ่งครก ตำบลคลองพน อำเภอคลองท่อม จังหวัดกระบี่ เพื่อตรวจสอบความเข้าใจของข้อคำถามและความเหมาะสมของเครื่องมือ จากนั้นนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach’s Alpha Coefficient) ซึ่งกำหนดเกณฑ์ยอมรับไม่น้อยกว่า 0.70 จึงถือว่าเครื่องมือมีความเชื่อมั่นเพียงพอสำหรับนำไปใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลจริง

การรวบรวมข้อมูล

ขั้นเตรียมการ

1. จัดทำหนังสือเสนอต่อผู้อำนวยการสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี จังหวัดกระบี่ เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

2. สร้างแบบสอบถามและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

3. ประสานงานกับสาธารณสุขอำเภอคลองท่อม และผู้อำนวยการสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี จังหวัดกระบี่ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขอความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และนัดหมายวัน เวลา ในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถาม

ขั้นดำเนินการ

1. การเก็บรวบรวมข้อมูลดำเนินการโดยขอความร่วมมือจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการในคลินิกหมอครอบครัว สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี จังหวัดกระบี่ ในวันที่ผู้ป่วยมารับบริการตามนัด ณ คลินิกหมอครอบครัว ทุกวันพุธ

2. ผู้วิจัยเป็นผู้ชี้แจงรายละเอียดการวิจัยและขอความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างก่อนตอบแบบสอบถาม โดยดำเนินการชี้แจงเป็นกลุ่ม กลุ่มละไม่เกิน 20 คน และมีทีมผู้ร่วมเก็บข้อมูลวิจัย จำนวน 4 คน ทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยงประจำกลุ่ม เพื่อให้ความช่วยเหลือในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัยหรือไม่เข้าใจ

3. รวบรวมแบบสอบถามและตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล

4. นำข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้ครบถ้วนสมบูรณ์ไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่เก็บรวบรวมได้จากการศึกษาครั้งนี้มาตรวจสอบความสมบูรณ์ ให้คะแนนและลงรหัสข้อมูล (Code) จากนั้นนำข้อมูลมาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ โดยกำหนดสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics)

ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ และระดับการศึกษา วิเคราะห์โดยใช้ความถี่ (Frequency) และร้อยละ (Percentage) ส่วนข้อมูลอายุ รายได้ ระยะเวลาการรักษาโรคเบาหวาน และค่าน้ำตาลสะสมในเลือด วิเคราะห์โดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าต่ำสุด (Minimum) ค่าสูงสุด (Maximum) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) สำหรับการรับรู้พฤติกรรมสุขภาพเรื่องโรคเบาหวานและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน วิเคราะห์โดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics)

ใช้สถิติค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson’s Correlation Coefficient) เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้นและตัวแปรตามที่อยู่ในมาตราวัดระดับอัตราส่วน (Ratio Scale) และมีการแจกแจงข้อมูลเป็นโค้งปกติ ได้แก่ อายุ รายได้ ระยะเวลาการรักษาโรคเบาหวาน ค่าน้ำตาลสะสมในเลือด และคะแนนการรับรู้พฤติกรรมสุขภาพเรื่องโรคเบาหวาน กับคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา เลขที่ SCPHYLIRB-2568/509 ลงวันที่ 22 สิงหาคม พ.ศ. 2568 ทั้งนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการพิทักษ์สิทธิของผู้ให้ข้อมูลหรือผู้เข้าร่วมการวิจัยอย่างเคร่งครัด โดยคำนึงถึงหลักความสมัครใจ การรักษาความลับของข้อมูล และการป้องกันผลกระทบเชิงลบที่อาจเกิดขึ้นต่อผู้เข้าร่วมการวิจัย

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 176 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 102 คน คิดเป็นร้อยละ 57.95 รองลงมาเป็นเพศชาย จำนวน 74 คน คิดเป็นร้อยละ 42.05 ด้านอายุ พบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 63 ปีขึ้นไป จำนวน 59 คน คิดเป็นร้อยละ 33.52 รองลงมา คือ อายุ 54–62 ปี จำนวน 55 คน คิดเป็นร้อยละ 31.25 อายุ 45–53 ปี จำนวน 35 คน คิดเป็นร้อยละ 19.89 อายุ 36–44 ปี จำนวน 21 คน คิดเป็นร้อยละ 11.93 และอายุ 27–35 ปี จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 3.41

ด้านรายได้ต่อเดือน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้ 500–10,000 บาท จำนวน 152 คน คิดเป็นร้อยละ 86.36 รองลงมา คือ รายได้ 10,001–20,000 บาท จำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 6.25 รายได้ 20,001–30,000 บาท จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 4.55 และรายได้ 30,001–50,000 บาท จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 2.84 ด้านระดับการศึกษา พบว่า ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา จำนวน 124 คน คิดเป็นร้อยละ 70.45 รองลงมา คือ มัธยมศึกษาตอนต้น จำนวน 22 คน คิดเป็นร้อยละ 12.50 มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. จำนวน 17 คน คิดเป็นร้อยละ 9.67 อนุปริญญา/ปวส. หรือเทียบเท่า จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 5.11 และปริญญาตรี จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 2.27 ด้านระยะเวลาที่รักษาโรคเบาหวาน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระยะเวลารักษาโรคเบาหวาน 1–10 ปี จำนวน 139 คน คิดเป็นร้อยละ 78.98 รองลงมา คือ 11–20 ปี จำนวน 34 คน คิดเป็นร้อยละ 19.32 และ 21–30 ปี จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 1.70 สำหรับค่าน้ำตาลในเลือดสะสม (HbA1c) พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีค่าน้ำตาลในเลือดสะสมมากกว่า 6.5 mg% จำนวน 103 คน คิดเป็นร้อยละ 58.52 และมีค่าน้ำตาลในเลือดสะสมน้อยกว่า 6.5 mg% จำนวน 73 คน คิดเป็นร้อยละ 41.48 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (n=176)

ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
- ชาย	74	42.05
- หญิง	102	57.95
รวม	**176**	**100.00**

ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (ปี)		
- 27 – 35 ปี	6	3.41
- 36 – 44 ปี	21	11.93
- 45 – 53 ปี	35	19.89
- 54 – 62 ปี	55	31.25
- 63 ปีขึ้นไป	59	33.52
รวม	**176**	**100.00**
รายได้ (บาท/เดือน)		
- 500 - 10,000 บาท	152	86.36
- 10,001 - 20,000 บาท	11	6.25
- 20,001 - 30,000 บาท	8	4.55
- 30,001 - 50,000 บาท	5	2.84
รวม	**176**	**100.00**
ระดับการศึกษา		
- ประถมศึกษา	124	70.45
- มัธยมศึกษาตอนต้น	22	12.50
- มัธยมศึกษาตอนปลาย/ ปวช.	17	9.67
- อนุปริญญา/ ปวส.หรือเทียบเท่า	9	5.11
- ปริญญาตรี	4	2.27
รวม	**176**	**100.00**
ระยะเวลาที่รักษาโรคเบาหวาน (ปี)		
- 1 – 10 ปี	139	78.98
- 11 - 20 ปี	34	19.32
- 21 - 30 ปี	3	1.70
รวม	**176**	**100.00**
ค่าน้ำตาลในเลือดสะสม (HbA1c) mg%		
- น้อยกว่า 6.5	73	41.48
- มากกว่า 6.5	103	58.52
รวม	**176**	**100.00**

2. ระดับการรับรู้พฤติกรรมเรื่องโรคเบาหวาน

ระดับการรับรู้พฤติกรรมเรื่องโรคเบาหวานของผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการในคลินิกหมอครอบครัว สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติฯ จังหวัดกระบี่ โดยรวมอยู่ในระดับสูง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.76 (SD = 1.06) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านการรับรู้ประโยชน์พฤติกรรมสุขภาพมีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด อยู่ในระดับสูง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.13 (SD = 0.89) รองลงมา คือ ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรค อยู่ในระดับสูง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.87 (SD = 1.03) ส่วนด้านการรับรู้สมรรถนะของตนเองอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.27 (SD = 1.05) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ระดับการรับรู้พฤติกรรมเรื่องโรคเบาหวาน ของผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการในคลินิกหมอครอบครัว สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติฯ จังหวัดกระบี่ (n=176)

การรับรู้พฤติกรรมเรื่องโรคเบาหวาน	M	SD.	ระดับ
1. การรับรู้ประโยชน์พฤติกรรมสุขภาพ	4.13	0.89	สูง
2. การรับรู้ความรุนแรงของโรค	3.87	1.03	สูง
3. การรับรู้สมรรถนะของตนเอง	3.27	1.05	ปานกลาง
รวม	**3.76**	**1.06**	**สูง**

3. ระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง

ระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการในคลินิกหมอครอบครัว สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติฯ จังหวัดกระบี่ โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.58 (SD = 1.05) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านการมีวินัยต่อการรักษาโรคมีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด อยู่ในระดับสูง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.12 (SD = 0.76) รองลงมา คือ ด้านการจัดการความเครียด อยู่ในระดับสูง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.90 (SD = 1.07) ด้านการพักผ่อนและการขับถ่าย อยู่ในระดับสูง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.84 (SD = 0.99) ด้านการบริโภคอาหาร อยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.26 (SD = 1.01) และด้านการออกกำลังกาย อยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.09 (SD = 1.07) ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ของผู้ป่วย เบาหวานที่มารับบริการในคลินิกหมอครอบครัว สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติฯ จังหวัดกระบี่ (n=176)

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน	M	SD.	ระดับ
1. ด้านการบริโภคอาหาร	3.26	1.01	ปานกลาง
2. ด้านการออกกำลังกาย	3.09	1.07	ปานกลาง
3. ด้านการมีวินัยต่อการรักษาโรค	4.12	0.76	สูง
4. ด้านการจัดการความเครียด	3.90	1.07	สูง
5. ด้านการพักผ่อนและการขับถ่าย	3.84	0.99	สูง
รวม	**3.58**	**1.05**	**ปานกลาง**

4. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ รายได้ ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน และค่าน้ำตาลในเลือดสะสม ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการในคลินิกหมอครอบครัว สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติฯ จังหวัดกระบี่ โดยอายุมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ 0.075 (p-value = 0.381) รายได้มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ 0.040 (p-value = 0.644) ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ 0.085 (p-value = 0.323) และค่าน้ำตาลในเลือดสะสมมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ 0.015 (p-value = 0.861) ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ปัจจัยส่วนบุคคล ระหว่าง อายุ รายได้ ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน และค่าน้ำตาลในเลือดสะสม กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ที่มารับบริการในคลินิกหมอครอบครัว สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติฯ จังหวัดกระบี่ (n=176)

ปัจจัยส่วนบุคคล	พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง		
	r	p-value	ระดับความสัมพันธ์
1. อายุ	0.075*	0.381	ไม่มีความสัมพันธ์
2. รายได้	0.040*	0.644	ไม่มีความสัมพันธ์
3. ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน	0.085*	0.323	ไม่มีความสัมพันธ์
4. ค่าน้ำตาลในเลือดสะสม	0.015*	0.861	ไม่มีความสัมพันธ์

*นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

การรับรู้พฤติกรรมเรื่องโรคเบาหวานโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ 0.376 (p-value < 0.001) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ 0.546 (p-value < 0.001) รองลงมา คือ ด้านการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำ โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ 0.275 (p-value = 0.002) ส่วนด้านการรับรู้สมรรถนะของตนเองไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ 0.013 (p-value = 0.876) ดังแสดงในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้พฤติกรรมเรื่องโรคเบาหวานกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการในคลินิกหมอครอบครัว สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติฯ จังหวัดกระบี่ (n=176)

การรับรู้พฤติกรรมเรื่องโรคเบาหวาน	พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน		
	r	p-value	ระดับความสัมพันธ์
1.ด้านการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมสุขภาพ	0.275**	0.002	ต่ำ
2.ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรค	0.546**	<0.001	ปานกลาง
3.ด้านการรับรู้สมรรถนะของตนเอง	0.013*	0.876	ไม่มีความสัมพันธ์
รวม	**0.376****	**<0.001**	**ต่ำ**

*นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 **นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

อภิปรายผล

จากผลการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการในคลินิกหมอครอบครัว สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี จังหวัดกระบี่ ผู้วิจัยสามารถอภิปรายผลตามสมมติฐานของการศึกษาได้ดังนี้

ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้พฤติกรรมเรื่องโรคเบาหวานกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน พบว่า การรับรู้พฤติกรรมเรื่องโรคเบาหวานโดยรวมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมสุขภาพและการรับรู้ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ส่วนการรับรู้สมรรถนะของตนเองไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน สะท้อนให้เห็นว่า แม้ผู้ป่วยโรคเบาหวานจะมีการรับรู้ประโยชน์ของการดูแลสุขภาพอยู่ในระดับสูง แต่การควบคุมโรคและการลดความเสี่ยงจากภาวะแทรกซ้อนยังขึ้นอยู่กับความสามารถในการนำความรู้และการรับรู้ดังกล่าวไปสู่การปฏิบัติจริงอย่างต่อเนื่อง หากผู้ป่วยยังไม่สามารถปรับเปลี่ยนหรือควบคุมพฤติกรรมการดูแลตนเองให้เหมาะสมได้ การรับรู้เพียงอย่างเดียวอาจไม่เพียงพอต่อการจัดการโรคอย่างมีประสิทธิภาพ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับ ปิ่นรุ้ง สุขเวศม์ และชัญณัชชา บุญรัตน์ (2568) ที่พบว่า การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรคเบาหวานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 สอดคล้องกับ วิรยุทธ สนธิเมือง (2565) ที่พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมสุขภาพมีความสัมพันธ์ในทิศทางเดียวกันกับพฤติกรรมสุขภาพการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานในกลุ่มชาวเลอูรักลาโว้ย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($r = 0.39$, p-value < 0.01) และสอดคล้องกับ สาครนันทโกวัฒน์ และนิลภา จิระรัตนวรรณะ (2568) ที่พบว่า การรับรู้ประโยชน์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.233$, $p < 0.01$)

การรับรู้ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน อาจอธิบายได้ว่า ผู้ป่วยรับรู้ถึงผลกระทบและความ

รุนแรงของโรคจากประสบการณ์ตรงหรือจากการพบเห็นผู้ป่วยโรคเบาหวานในชุมชนที่มีภาวะแทรกซ้อน เช่น ภาวะแทรกซ้อนทางตา ไต และเท้า การสูญเสียอวัยวะ ความพิการ หรือการเสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน การรับรู้ดังกล่าวอาจกระตุ้นให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความจำเป็นในการดูแลตนเองมากขึ้น ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับ สาคร นันทโกวัฒน์ และนิลภา จิระรัตนวรรณะ (2568) ที่พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = 0.217, p < 0.01) สอดคล้องกับ ปิ่นรุ้ง สุขเวศม์ และชัญณัชชา บุญรัตน์ (2568) ที่พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และสอดคล้องกับ วิรยุทธ สนธิเมือง (2565) ที่พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ในทิศทางเดียวกันกับพฤติกรรมสุขภาพการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานในกลุ่มชาวเลอูรักลาโว้ย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (r = 0.31, p-value < 0.01)

การรับรู้สมรรถนะของตนเองไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน อาจเนื่องมาจากผู้ป่วยส่วนใหญ่มีแบบแผนการดำเนินชีวิตและพฤติกรรมสุขภาพที่ปฏิบัติซ้ำตามความเคยชินมาเป็นระยะเวลานาน จึงอาจยังไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองได้อย่างจริงจัง แม้จะได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่หรือได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการดูแลตนเองแล้วก็ตาม ส่งผลให้การรับรู้สมรรถนะของตนเองไม่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับ สุมนตรา ปาไหน (2567) ที่พบว่า การรับรู้สมรรถนะของตนเองไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน (r = 0.012, p-value = 0.776) อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษานี้ไม่สอดคล้องกับ วิรยุทธ สนธิเมือง (2565) ที่พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ในทิศทางเดียวกันกับพฤติกรรมสุขภาพการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานในกลุ่มชาวเลอูรักลาโว้ย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = 0.31, p-value < 0.01)

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติฯ และทีมคลินิกหมอครอบครัวควรนำผลการวิจัยไปใช้ในการวางแผนจัดกิจกรรมส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยเน้นการสร้างการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมสุขภาพและการรับรู้ความรุนแรงของโรค เนื่องจากเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย ทั้งนี้ ควรจัดกิจกรรมให้ความรู้ การให้คำปรึกษารายบุคคล และการสื่อสารความเสี่ยงเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนักและสามารถนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างเหมาะสม

1.2 บุคลากรสาธารณสุขควรพัฒนารูปแบบการติดตามและส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยให้ความสำคัญกับด้านที่มีผลการประเมินอยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่ การบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย ควบคู่กับการส่งเสริมวินัยในการรักษา การจัดการความเครียด การพักผ่อนและการขับถ่ายอย่างเหมาะสม เพื่อสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างต่อเนื่อง ลดความเสี่ยงต่อการ

เกิดภาวะแทรกซ้อน และยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวานในชุมชน

2. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรศึกษาปัจจัยอื่น ๆ ที่อาจมีความสัมพันธ์หรือมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานเพิ่มเติม เช่น ความรอบรู้ด้านสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม ความเชื่อด้านสุขภาพ การเข้าถึงบริการสุขภาพ และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมในชุมชน เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุมและสามารถนำไปใช้ในการวางแผนส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานได้อย่างเหมาะสมมากขึ้น

2.2 ควรมีการวิจัยเชิงทดลองหรือกึ่งทดลองเพื่อพัฒนาและประเมินผลโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยเน้นด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และการเสริมสร้างสมรรถนะในการดูแลตนเอง เพื่อให้สามารถประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลที่เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยและพื้นที่ได้อย่างเป็นรูปธรรม

อ้างอิง

กาญจนา ปัญญาเพ็ชร์. (2565). *การพัฒนารูปแบบการดูแลตนเองตามแนวคิดการดูแลตนเองและการกำกับตนเอง เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2* [วิทยานิพนธ์ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต, มหาวิทยาลัยบูรพา].

กฤษณา คำลอยฟ้า. (2554). ศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาลแก้งสนามนาง อำเภอแก้งสนามนาง จังหวัดนครราชสีมา. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา, 17*(1), 17–30.

กรมควบคุมโรค. (2568). *สถานการณ์เบาหวาน*. สืบค้นเมื่อ 22 ตุลาคม 2568, จาก https://ddc.moph.go.th/brc/index.php

กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2558). *คู่มือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในคลินิก NCD คุณภาพ*. ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.

กระทรวงสาธารณสุข กรมควบคุมโรค สำนักงานโรคไม่ติดต่อ. (2558). *คู่มือประเมินการดำเนินงานคลินิก NCD คุณภาพ ปีงบประมาณ 2558*.

กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกระบี่. (2568). *รายงานสถานการณ์โรค NCDs เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง พ.ศ. 2568*. กลุ่มเทคโนโลยีระบาดวิทยาและมาตรการชุมชน กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.

กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. (2564). *อุบัติการณ์โรคเบาหวานในประเทศไทย*. สืบค้นเมื่อ 17 ธันวาคม 2564, จาก https://ddc.moph.go.th/brc/index.php

กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. (2566). *โรคเบาหวาน*. สืบค้นเมื่อ 30 เมษายน 2567, จาก http://www.thaincd.com/2016/media-detail.php?id=14530&tid=&gid=1-015-009

กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2545). *คู่มือการดำเนินงานสุขศึกษาเพื่อการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ*. กระทรวงสาธารณสุข.

กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2558). *การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม: การจัดการความเครียดสำหรับวัยทำงาน*.

ดวงดาว ปิงสุแสน. (2555). *พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานในตำบลทุ่งกล้วย อำเภอภูซาง จังหวัดพะเยา* [การศึกษาค้นคว้าด้วยตนเองสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยพะเยา].

ปัทมา วิเศษ. (2564). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาแล ตำบลเสาภา อำเภอสิชล จังหวัดนครศรีธรรมราช* [การศึกษาอิสระสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยรามคำแหง].

ปิ่นรุ้ง สุขเวศม์ และชัญณัชชา บุญรัตน์. (2568). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านพุหวาย อำเภอด่านช้าง จังหวัดสุพรรณบุรี. *วารสารสุขภาพสตรอง แอนด์ เฮลที้, 1*(3), 19–33.

เพียงฟ้า เกิดรักษ์. (2560). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาลคลองท่อม จังหวัดกระบี่* [การศึกษาอิสระสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยรามคำแหง].

ลัญฉศักดิ์ อรรฆยากร. (2565). *การดูแลสุขภาพกายและใจให้สมดุล*. สืบค้นเมื่อ 1 มีนาคม 2567, จาก https://www.manarom.com/blog/Balance_mind_and_body.html

วิรยุทธ สนธิเมือง. (2565). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานในกลุ่มชาวเลอูรักลาโว้ย อำเภอเกาะลันตา จังหวัดกระบี่. *มหาราชนครศรีธรรมราชเวชสาร, 5*(2).

ศิริจันทร์. (2022). พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่มาใช้บริการโรงพยาบาลดอนตูม จังหวัดนครปฐม. *วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน, 6*(2), 1–13.

ศูนย์อนามัยที่ 11. (2566). *ผู้ป่วยใน 1*. สืบค้นเมื่อ 1 มีนาคม 2567, จาก https://hpc11.go.th/web60/cluster_ward64/?p=252

สถาบันวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน. (2550). *ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับเบาหวาน* (พิมพ์ครั้งที่ 1). โคขยันมีเดียทีม.

สมเกียรติ โพธิสัตย์ และคณะ. (2566). *โรคเบาหวาน (Diabetes mellitus)*. โรงพยาบาลราชวิถี.

สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทยในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี. (2560). *แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน พ.ศ. 2560*. ร่มเย็น มีเดีย.

สาคร นันทโกวัฒน์, และนิลภา จิระรัตนวรรณะ. (2568). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านบางอ้อ อำเภอบ้านนา จังหวัดนครนายก. *วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน, 10*(1).

สุกัญญา ฤทธิรัตน์. (2564). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคเบาหวานหรือโรคความดันโลหิตสูงในการใช้บริการคลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางดี อำเภอห้วยยอด จังหวัดตรัง* [การศึกษาอิสระสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยรามคำแหง].

สุภัทร ชุประดิษฐ์. (2554). *กลุ่มงานพัฒนาเทคโนโลยีการสื่อสารและการรณรงค์ด้านสุขภาพ*. สืบค้นเมื่อ 8 สิงหาคม 2554, จาก http://eduhealth.moph.go.th/indextechno.htm

สุมนตรา ปาไหน. (2567). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานในคลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคลองยาง อำเภอเกาะลันตา จังหวัดกระบี่* [การศึกษาอิสระสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยรามคำแหง].

สุรเดช สำราญจิตต์. (2565). *เอกสารประกอบการบรรยาย PHA 6303 พฤติกรรมทางสาธารณสุข*. คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง.

สุวิพรรณ มาปู่. (2568). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในหน่วยบริการปฐมภูมิโรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราช องค์ที่ 17 อำเภอสองพี่น้อง จังหวัดสุพรรณบุรี. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี, 8*(1).

สุธีรา บุญแต้ม และคณะ. (2566). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 จังหวัดสุพรรณบุรี. *วารสารสุขศึกษา, 36*(1).

สุพัตรา สิทธิวัง. (2560). *ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิตของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้* [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่].

สันติ ธรรมชาติ. (2545). *สุขภาพจิตในการทำงาน พฤติกรรมสุขภาพ และความพึงพอใจในงานของผู้บริหารธนาคารออมสิน สำนักงานใหญ่* [วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยขอนแก่น].

อมรรัตน์ สุวรรณลาภ และคณะ. (2566). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ตามหลักธรรมานามัย สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี บางขันแตก อำเภอเมืองฯ จังหวัดสมุทรสงคราม. *วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยปทุมธานี, 4*(1).

อนุสรา กันทาอ้าย. (2555). *การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของเด็กด้อยโอกาส จังหวัดเชียงใหม่* [วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่].

American Diabetes Association. (2019). Diagnosis and classification of diabetes mellitus. *Diabetes Care*.

Best, J. W. (1977). *Research in education* (3rd ed.). Prentice Hall.

Centers for Disease Control and Prevention. (2011). *National diabetes fact sheet: General information and national estimates on diabetes in the United States*. U.S. Department of Health and Human Services.

Krejcie, R. V., & Morgan, D. W. (1970). Determining sample size for research activities. *Educational and Psychological Measurement, 30*(3), 607–610.

Laghari, M., et al. (2019). Contact screening and risk factors for TB among the household contact of children with active TB: A way to find source case and new TB cases. *BMC Public Health*. https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-019-7597-0

Likert, R. (1967). The method of constructing an attitude scale. In M. Fishbein (Ed.), *Attitude theory and measurement* (pp. 90–95). Wiley & Son.

Orem, D. E. (2001). *Nursing: Concepts of practice* (6th ed.). Mosby. https://www.researchgate.net/publication/242589574_Nursing_Concepts_of_Practice

Palank, C. L. (1991). Determinants of health-promotive behavior: A review of current research. *Nursing Clinics of North America, 26*, 815–832.

Pender, N. J. (1996). *Health promotion in nursing practice* (3rd ed.). Appleton & Lange.

Rowinelli, R. J., & Hambleton, R. K. (1977). On the use of content specialists in the assessment of criterion-referenced test item validity. *Dutch Journal of Educational Research, 2*, 49–60.

Wiersma, W., & Jurs, S. G. (2009). *Research methods in education: An introduction* (9th ed.). Pearson.

World Health Organization. (2022). *Global tuberculosis control: Surveillance, planning, financing report*. World Health Organization.

World Health Organization. (2022). *WHO guideline on self-care interventions for health and well-being*. World Health Organization. https://www.who.int/publications/i/item/9789240052192

วารสารวิชาการเพื่อการพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิและสาธารณสุข
Academic Journal for Primary Care and Public Health Development

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างชนิดของเชื้อ HPV และความรุนแรงของรอยโรคปากมดลูกจากการตรวจด้วยคอลโปสโคปในสตรีจังหวัดระนอง

Association between Human Papillomavirus (HPV) Genotypes and the Severity of Cervical Lesions Determined by Colposcopy among Women in Ranong Province

อรุณ เจ๊ะแว
Arun Jevae
นายแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลระนอง
(Received: May 9, 2026; Accepted: July 23, 2026)

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบย้อนหลัง เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างชนิดของเชื้อ Human Papillomavirus (HPV) และความรุนแรงของรอยโรคที่ปากมดลูกจากการตรวจด้วยคอลโปสโคปในสตรีจังหวัดระนอง โดยรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนของสตรีที่เข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก จำนวน 6,328 ราย ในช่วงปี พ.ศ. 2565–2567 ข้อมูลที่นำมาศึกษาประกอบด้วยแบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ผลการตรวจ HPV DNA test ผลการตรวจเซลล์วิทยาด้วยวิธี Liquid-based cytology (LBC) และผลการตรวจทางพยาธิวิทยาจากการตรวจด้วยคอลโปสโคป วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และทดสอบความสัมพันธ์โดยใช้สถิติไคสแควร์

ผลการศึกษาพบว่า ความชุกของการติดเชื้อ HPV ในสตรีจังหวัดระนองคิดเป็นร้อยละ 7.61 โดยพบสายพันธุ์อื่นที่ไม่ใช่ 16/18 (non-16/18) มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 78.17 รองลงมาคือสายพันธุ์ 16 ร้อยละ 13.51 และสายพันธุ์ 18 ร้อยละ 6.03 ผลการตรวจเซลล์วิทยาพบความผิดปกติร้อยละ 12.50 โดยชนิดที่พบมากที่สุดคือ ASC-US ร้อยละ 2.66 ส่วนผลการตรวจพยาธิวิทยาในกลุ่มที่ได้รับการตรวจด้วยคอลโปสโคปพบรอยโรคระดับสูง (HSIL) มากที่สุด ร้อยละ 46.55 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่า ชนิดของเชื้อ HPV มีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของรอยโรคที่ปากมดลูกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยสตรีที่ติดเชื้อ HPV สายพันธุ์ 16 หรือ 18 มีโอกาสเกิดรอยโรคระดับสูงและมะเร็งปากมดลูกมากกว่ากลุ่ม non-16/18 เท่ากับ 4.64 เท่า (OR = 4.64, 95% CI: 2.03–10.63) ผลการวิจัยสรุปได้ว่า แม้ว่าการติดเชื้อ HPV สายพันธุ์อื่นที่ไม่ใช่ 16/18 (non-16/18) จะพบได้บ่อยกว่าในพื้นที่ศึกษา แต่การติดเชื้อสายพันธุ์ 16 และ 18 มีความสัมพันธ์กับการเกิดรอยโรคระดับสูงอย่างชัดเจน ผลการศึกษานี้สนับสนุนความสำคัญของการตรวจแยกสายพันธุ์ HPV เพื่อคัดแยกกลุ่มเสี่ยงสูงและส่งต่อเพื่อรับการตรวจยืนยันด้วยคอลโปสโคปอย่างทันท่วงที ซึ่งจะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการป้องกันมะเร็งปากมดลูกทั้งในระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิในจังหวัดระนองได้อย่างยั่งยืน

คำสำคัญ: ชนิดของเชื้อ HPV, ความรุนแรงของรอยโรคที่ปากมดลูก, การตรวจคอลโปสโคป

Abstract

This retrospective analytical study aimed to examine the relationship between Human Papillomavirus (HPV) genotypes and the severity of cervical lesions detected by colposcopy among women in Ranong Province. Data were collected from the medical records of 6,328 women who underwent cervical cancer screening between 2022 and 2024. The data included general information records, HPV DNA test results, Liquid-based cytology (LBC) results, and histopathological findings from colposcopic examination. Data were analyzed using descriptive statistics, and associations were tested using the Chi-square test.

The results showed that the prevalence of HPV infection among women in Ranong Province was 7.61%. The most common HPV genotype group was non-16/18, accounting for 78.17%, followed by HPV genotype 16 at 13.51% and HPV genotype 18 at 6.03%. Cytological abnormalities were found in 12.50% of the women, with ASC-US being the most common abnormality, accounting for 2.66%. Among women who underwent colposcopy, histopathological results showed that high-grade squamous intraepithelial lesions (HSIL) were the most frequently detected lesions, accounting for 46.55%. The association analysis revealed that HPV genotype was significantly associated with the severity of cervical lesions ($p < .001$). Women infected with HPV genotype 16 or 18 were 4.64 times more likely to develop high-grade cervical lesions and cervical cancer than those infected with non-16/18 genotypes (OR = 4.64, 95% CI: 2.03–10.63). In conclusion, although non-16/18 HPV genotypes were more commonly detected in the study area, HPV genotypes 16 and 18 were clearly associated with the occurrence of high-grade cervical lesions. These findings support the importance of HPV genotyping for identifying high-risk groups and ensuring timely referral for confirmatory colposcopic examination. This approach may enhance the effectiveness of cervical cancer prevention at both the primary and secondary levels in Ranong Province in a sustainable manner.

Keywords : HPV genotypes, severity of cervical lesions, colposcopy

บทนำ

มะเร็งปากมดลูกเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของสตรีทั่วโลก และเป็นมะเร็งที่พบบ่อยเป็นอันดับ 4 ในสตรี โดยในปี ค.ศ. 2022 มีผู้ป่วยรายใหม่ประมาณ 660,000 ราย และมีผู้เสียชีวิตประมาณ 350,000 ราย ทั่วโลก ทั้งนี้ ร้อยละ 94 ของการเสียชีวิตเกิดขึ้นในประเทศที่มีรายได้น้อยและปานกลาง ซึ่งสะท้อนถึงความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการคัดกรองและการรักษา (World Health Organization, 2022) สำหรับประเทศไทย มะเร็งปากมดลูกอยู่ในอันดับ 5 ของมะเร็งที่พบบ่อยในสตรี โดยพบผู้ป่วยรายใหม่เฉลี่ยปีละ 5,422 ราย และมีอัตราการเสียชีวิตเฉลี่ย 6.40 รายต่อประชากรแสนคน ภาคกลางมีอัตราการเสียชีวิตสูงสุด 7.00 รายต่อประชากรแสนคน รองลงมาคือภาคเหนือ 6.80 ราย ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 5.70 ราย และภาคใต้ 5.30 รายต่อประชากรแสนคน (กระทรวงสาธารณสุข, 2565)

สาเหตุหลักของมะเร็งปากมดลูกเกิดจากการติดเชื้อ Human Papillomavirus (HPV) ชนิดความเสี่ยงสูง ซึ่งติดต่อผ่านการมีเพศสัมพันธ์ แม้การติดเชื้อส่วนใหญ่จะหายได้เองจากกลไกภูมิคุ้มกันของร่างกาย แต่ประมาณร้อยละ 5–10 ของผู้ติดเชื้อจะเกิดการติดเชื้อแบบคงอยู่ โดยเฉพาะในกลุ่มที่ติดเชื้อสายพันธุ์ความเสี่ยงสูง ซึ่งอาจนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงของเซลล์เยื่อบุปากมดลูกและพัฒนาเป็นรอยโรคก่อนมะเร็งในที่สุด หากไม่ได้รับการรักษา กระบวนการดังกล่าวอาจใช้เวลาประมาณ 15–20 ปีหลังติดเชื้อ และเป็นสาเหตุของมะเร็งปากมดลูกได้ถึงร้อยละ 95 โดยสายพันธุ์ที่มีความสัมพันธ์สูงกับมะเร็งปากมดลูก ได้แก่ สายพันธุ์ 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 68, 73 และ 82 โดยเฉพาะสายพันธุ์ 16 และ 18 ซึ่งเป็นสาเหตุของมะเร็งปากมดลูกประมาณร้อยละ 70 (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2568) และสตรีที่ติดเชื้อสายพันธุ์ดังกล่าวมีความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูกสูงกว่าผู้ที่ไม่ติดเชื้อถึง 35 เท่า (วิชัย เติมรุ่งเรืองเลิศ, 2567) แม้มะเร็งปากมดลูกจะเป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่สำคัญ แต่เป็นโรคที่สามารถป้องกันและรักษาได้หากตรวจพบในระยะแรก ปัจจุบันสถาบันมะเร็งแห่งชาติส่งเสริมการตรวจคัดกรองในสตรีอายุ 30–60 ปี ด้วยวิธีการตรวจหาเชื้อเอชพีวีชนิดความเสี่ยงสูง (High-risk HPV testing) ซึ่งมีความไวสูง โดยกำหนดเป้าหมายความครอบคลุมไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 และตรวจทุก 5 ปี คาดว่าจะลดอัตราการเกิดโรคได้ร้อยละ 55 ภายในระยะเวลา 5 ปี (ศิริญญา เพชรพิชัย และคณะ, 2567) สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ 90-70-90 ขององค์การอนามัยโลก ซึ่งกำหนดเป้าหมายสำคัญ ได้แก่ เด็กหญิงร้อยละ 90 ได้รับวัคซีนป้องกัน HPV ครบถ้วน สตรีกลุ่มเป้าหมายร้อยละ 70 ได้รับการคัดกรองด้วยการทดสอบที่มีประสิทธิภาพสูงภายในอายุ 35 ปี และอีกครั้งภายในอายุ 45 ปี และสตรีที่ตรวจพบรอยโรคก่อนมะเร็งหรือมะเร็งปากมดลูกร้อยละ 90 ได้รับการรักษาและดูแลอย่างเหมาะสม ทั้งนี้ เพื่อลดอุบัติการณ์มะเร็งปากมดลูกทั่วโลกให้ต่ำกว่า 4 รายต่อประชากรหญิง 100,000 คน (World Health Organization, 2020)

การตรวจด้วยคอลโปสโคป (Colposcopy) เป็นวิธีมาตรฐาน (Gold Standard) ในการประเมินความผิดปกติของปากมดลูกในสตรีที่มีผลคัดกรองผิดปกติ ช่วยประเมินตำแหน่ง ลักษณะ และระดับความรุนแรงของรอยโรค เพื่อวางแผนการตัดชิ้นเนื้อและการรักษาที่เหมาะสม สำหรับจังหวัดระนอง แม้จะมีการ

ดำเนินงานโครงการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอย่างต่อเนื่อง แต่ผลการดำเนินงานในช่วงปี พ.ศ. 2562–2564 พบว่า สตรีกลุ่มเป้าหมายเข้ารับการคัดกรองสะสมเพียงร้อยละ 41.52 ซึ่งต่ำกว่าเป้าหมายอย่างชัดเจน ในขณะที่จำนวนสตรีที่ตรวจพบเซลล์ผิดปกติมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นโดยรวม โดยพบ 159, 156 และ 188 ราย ในปี พ.ศ. 2562, 2563 และ 2564 ตามลำดับ (โรงพยาบาลระนอง, 2567) นอกจากนี้ ยังขาดการศึกษาเชิงลึกเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างชนิดของเชื้อ HPV แต่ละชนิดกับระดับความรุนแรงของรอยโรคในบริบทประชากรของพื้นที่ ผู้วิจัยจึงสนใจดำเนินการศึกษาครั้งนี้ เพื่อเพิ่มองค์ความรู้ด้านระบาดวิทยาของ HPV ในพื้นที่ และใช้เป็นข้อมูลประกอบการวางแผนนโยบายการคัดกรอง การให้วัคซีนป้องกัน และการพัฒนาระบบการส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ เพื่อลดอัตราป่วยและอัตราตายจากมะเร็งปากมดลูกในจังหวัดระนองได้อย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความชุกและชนิดของการติดเชื้อ HPV ในสตรีจังหวัดระนอง
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างชนิดของเชื้อ HPV และความรุนแรงของรอยโรคปากมดลูกจากการตรวจด้วยคอลโปสโคป (Colposcopy) ในสตรีจังหวัดระนอง

กรอบแนวคิดการวิจัย

ตัวแปรต้น

ชนิดของเชื้อ HPV (HPV Genotypes)
-กลุ่มสายพันธุ์ 16
-กลุ่มสายพันธุ์ 18
-กลุ่มสายพันธุ์ 16 และ 18 (ติดเชื้อร่วมกัน)
-กลุ่มสายพันธุ์อื่น non-16/18

ตัวแปรตาม

ความรุนแรงของรอยโรคที่ปากมดลูก
จากการตรวจด้วยคอลโปสโคป(colposcopy)
-ไม่พบรอยโรค (Normal/Negative)
-รอยโรคระดับต่ำ (LSIL / CIN I)
-รอยโรคระดับสูง (HSIL / CIN II, III)
- มะเร็งปากมดลูก (Cervical Cancer)

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบย้อนหลัง (Retrospective Analytical Study) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างชนิดของเชื้อ HPV และความรุนแรงของรอยโรคปากมดลูกจากการตรวจด้วยคอลโปสโคป (Colposcopy) ในสตรีจังหวัดระนอง โดยรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนของสตรีที่เข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ณ โรงพยาบาลระนอง ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2565 ถึงวันที่ 30 กันยายน พ.ศ. 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัย คือ สตรีที่เข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV DNA test ในจังหวัดระนอง ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ.

2565 ถึงวันที่ 30 กันยายน พ.ศ. 2567 จำนวน 6,328 ราย โดยใช้ข้อมูลจากเวชระเบียนในการศึกษา

กลุ่มตัวอย่าง คือ สตรีที่ตรวจพบการติดเชื้อ HPV สายพันธุ์ความเสี่ยงสูง และได้รับการตรวจวินิจฉัยยืนยันด้วยคอลโปสโคป (Colposcopy) พร้อมมีผลการตรวจทางพยาธิวิทยาที่สามารถระบุระดับความรุนแรงของรอยโรคได้ โดยใช้ข้อมูลของผู้ป่วยทุกรายที่เข้าเกณฑ์การคัดเลือกและมีข้อมูลครบถ้วน จำนวน 116 ราย

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria)

1. มีผลตรวจพบการติดเชื้อ HPV สายพันธุ์ความเสี่ยงสูง (High-risk HPV)

2. มีผลการตรวจทางพยาธิวิทยาจากการตรวจด้วยคอลโปสโคป (Colposcopy) ที่สามารถระบุระดับความรุนแรงของรอยโรคได้

3. มีข้อมูลในเวชระเบียนครบถ้วนตามตัวแปรที่กำหนด

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria)

1. เวชระเบียนที่มีข้อมูลผลการตรวจไม่ครบถ้วนหรือไม่สมบูรณ์

2. สตรีที่เคยได้รับการวินิจฉัยและรักษามะเร็งปากมดลูกมาก่อนการศึกษาครั้งนี้

เครื่องมือในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูลเป็นแบบบันทึกข้อมูล ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ ประวัติการสูบบุหรี่ จำนวนการมีบุตร ประวัติการมีประจำเดือน วิธีการคุมกำเนิด และผลการตรวจคัดกรอง HPV DNA test

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ ผลการตรวจ HPV DNA test จำแนกตามกลุ่มสายพันธุ์ ได้แก่ สายพันธุ์ 16 สายพันธุ์ 18 การติดเชื้อร่วมสายพันธุ์ 16 และ 18 และสายพันธุ์อื่นที่ไม่ใช่ 16/18 (non-16/18) รวมถึงผลการตรวจเซลล์วิทยาด้วยวิธี Liquid-based cytology (LBC)

ส่วนที่ 3 แบบบันทึกผลการตรวจวินิจฉัยทางพยาธิวิทยา ได้แก่ ผลจากการตรวจด้วยคอลโปสโคป (Colposcopy) จำแนกตามระดับความรุนแรง คือ ไม่พบรอยโรค (Normal/Negative) รอยโรคระดับต่ำ (LSIL/CIN I) รอยโรคระดับสูง (HSIL/CIN II, III) และมะเร็งปากมดลูก (Cervical Cancer)

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สำหรับข้อมูลทั่วไปและความชุกของการติดเชื้อ HPV ทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างชนิดของเชื้อ HPV และความรุนแรงของรอยโรคด้วยสถิติไคสแควร์ (Chi-square test) และวิเคราะห์หาค่าอัตราส่วนโอกาส (Odds Ratio: OR) พร้อมช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95 (95% CI)

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลระนอง ตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ที่เป็นมาตรฐานสากล เลขที่ COA_RHN.EC. 030/2568 ลงวันที่ 1 พฤษภาคม พ.ศ. 2568

ผลการวิจัย

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างชนิดของเชื้อ HPV และความรุนแรงของรอยโรคปากมดลูกจากการตรวจด้วยคอลโปสโคป (Colposcopy) ในสตรีจังหวัดระนอง สรุปผลได้ดังนี้

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปของสตรีที่เข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (n = 6,328)

ลักษณะทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อายุ (ปี) (M = 45.98, SD = 8.11, Min = 29, Max = 59)		
≤29 ปี	29	0.45
30–39 ปี	1,539	24.32
40–49 ปี	2,295	36.27
50–59 ปี	2,465	38.95
ประวัติการสูบบุหรี่		
ไม่สูบบุหรี่	6,264	98.99
สูบบุหรี่	64	1.01
การมีประจำเดือน		
มีประจำเดือน	4,212	66.56
ไม่มีประจำเดือน	2,116	33.44
จำนวนการมีบุตร		
ไม่มีบุตร	409	6.46
1 คน	871	13.76
2 – 4 คน	4,530	71.58
มากกว่า 4 คน	518	8.18
วิธีการคุมกำเนิด		
ไม่คุมกำเนิด	3,477	54.95
คุมกำเนิด	2,851	45.05
ผลการตรวจคัดกรอง HPV DNA test		
ไม่พบเชื้อ HPV	5,847	92.39
พบเชื้อ HPV	481	7.61

จากตารางที่ 1 พบว่า สตรีที่เข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก จำนวนทั้งสิ้น 6,328 ราย มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 45.98 ปี (S.D. = 8.11) โดยมีอายุน้อยที่สุด 29 ปี และอายุมากที่สุด 59 ปี ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 50–59 ปี คิดเป็นร้อยละ 38.95 รองลงมาคือช่วงอายุ 40–49 ปี คิดเป็นร้อยละ 36.27 ไม่มีประวัติการสูบบุหรี่ ร้อยละ 98.99 ยังคงมีประจำเดือน ร้อยละ 66.56 มีบุตรจำนวน 2–4 คน มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 71.58 และไม่คุมกำเนิด ร้อยละ 54.95 สำหรับผลการตรวจคัดกรองด้วยวิธี HPV DNA test พบการติดเชื้อ HPV คิดเป็นร้อยละ 7.61

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของสตรีที่ตรวจพบการติดเชื้อ HPV จำแนกตามชนิดสายพันธุ์ (n = 481)

ชนิดสายพันธุ์เชื้อ HPV	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
กลุ่มสายพันธุ์16 และ 18	**105**	**21.83**
-สายพันธุ์ 16	65	13.51
-สายพันธุ์ 18	29	6.03
-สายพันธุ์ 16 และ 18 (ติดเชื้อร่วมกัน)	11	2.29
กลุ่มสายพันธุ์อื่น (non-16/18)	**376**	**78.17**
รวม	**481**	**100**

จากตารางที่ 2 พบว่า ในกลุ่มสตรีที่ตรวจพบเชื้อ HPV จำนวน 481 ราย ส่วนใหญ่เป็นการติดเชื้อกลุ่มสายพันธุ์อื่นที่ไม่ใช่ 16/18 (non-16/18) มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 78.17 จำนวน 376 ราย ส่วนกลุ่มสายพันธุ์ 16 และ 18 ตรวจพบรวมร้อยละ 21.83 จำนวน 105 ราย โดยจำแนกเป็นสายพันธุ์ 16 ร้อยละ 13.51 สายพันธุ์ 18 ร้อยละ 6.03 และการติดเชื้อร่วมกันทั้งสายพันธุ์ 16 และ 18 ร้อยละ 2.29 จำนวน 11 ราย

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของผลการตรวจเซลล์วิทยาของปากมดลูกด้วยวิธี Liquid-based cytology (LBC) ในสตรีที่ตรวจพบการติดเชื้อ HPV กลุ่มสายพันธุ์อื่น non-16/18 (n = 376)

ผลการตรวจเซลล์วิทยา (LBC)	จำนวน(ราย)	ร้อยละ
1.ผลปกติ (Negative for SIL or Malignancy)	**329**	**87.50**
-Negative for Intraepithelial Lesion or Malignancy	221	58.77
-Candida spp.	8	2.13
-Bacterial vaginosis	72	19.14
-Reactive cellular changes, inflammation	25	6.65
-Atrophy	3	0.81
2. ผลผิดปกติ (Epithelial Cell Abnormalities)	**47**	**12.49**
-ASC-US, Cervix	10	2.66
-ASC-H, Cervix	5	1.33
-LSIL, HPV change	4	1.06
-LSIL, CIN I	6	1.60
-HSIL, CIN II	6	1.60
-HSIL, CIN III	4	1.06
-HSIL with features suspicious for invasion, Cervix	7	1.86
-Squamous cell carcinoma	4	1.06
-Atypical glandular cells: NOS	1	0.26

จากตารางที่ 3 พบว่า ในกลุ่มสตรีที่ตรวจพบการติดเชื้อ HPV สายพันธุ์อื่นที่ไม่ใช่ 16/18 (non-16/18) จำนวน 376 ราย ส่วนใหญ่มีผลการตรวจเซลล์วิทยา (LBC) อยู่ในเกณฑ์ปกติ (Negative for SIL or Malignancy) คิดเป็นร้อยละ 87.50 โดยพบภาวะ Bacterial vaginosis ร่วมมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 19.14 สำหรับผลผิดปกติของเซลล์เยื่อบุผิว (Epithelial Cell Abnormalities) พบคิดเป็นร้อยละ 12.50 จำนวน 47 ราย โดยชนิดที่พบมากที่สุดคือ ASC-US คิดเป็นร้อยละ 2.66 และรอยโรคระดับสูงที่ตรวจพบมากที่สุดในกลุ่มนี้คือ HSIL with features suspicious for invasion คิดเป็นร้อยละ 1.86 รองลงมาคือ HSIL, CIN II และ LSIL, CIN I ในสัดส่วนเท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 1.60

ตารางที่ 4 ผลการตรวจด้วยวิธีคอลโปสโคป (colposcopy) จำแนกตามชนิดของเชื้อ HPV (n=116)

ระดับความผิดปกติของรอยโรค	กลุ่มสายพันธุ์ 16 และ/หรือ 18		กลุ่มสายพันธุ์อื่น	รวม
	HPV type 16,18 (n= 58)*	HPV type 16และ18 (n= 11)	HPV type non-16/18 (n= 47)	(n=116)
1.ไม่พบรอยโรค (Normal/Negative)	**0**	**2 (18.18%)**	**12 (25.53%)**	**14 (12.07%)**
2.รอยโรคระดับต่ำ	**7 (12.07%)**	**5 (45.45%)**	**22 (46.80%)**	**34 (29.31%)**
-CIN I	3 (5.17%)	0	19 (40.42%)	22 (18.97%)
-LSIL	4 (6.90%)	5 (45.45%)	3 (6.38%)	12 (10.34%)
3.รอยโรคระดับสูง (HSIL)	**43 (74.14%)**	**3 (27.27%)**	**8 (17.02%)**	**54 (46.55%)**
-HSIL, CIN II	25 (43.10%)	1 (9.09%)	2 (4.26%)	28 (24.14%)
-HSIL, CIN III	5 (8.62%)	2 (18.18%)	2 (4.26%)	9 (7.76%)
-HSIL อื่นๆ	13 (22.41%)	0	4 (8.51%)	17 (14.66%)
4.มะเร็ง (Cancer)	**8 (13.79%)**	**1 (9.09%)**	**5 (10.64%)**	**14 (12.07%)**
-Adenocarcinoma HPV associated	4 (6.90%)	0	1 (2.13%)	5 (4.31%)
- Squamous cell carcinoma	4 (6.90%)	1 (9.09%)	4 (8.51%)	9 (7.76%)

หมายเหตุ: * สตรีที่ตรวจพบการติดเชื้อ HPV สายพันธุ์ 16 เพียงอย่างเดียวหรือสายพันธุ์18 เพียงอย่างเดียว จากกลุ่มที่ตรวจพบทั้งหมด 94 ราย มารับการตรวจด้วยคอลโปสโคป (colposcopy) จำนวน 58 ราย (ร้อยละ 61.70 และไม่มาตรวจตามนัด 36 ราย (ร้อยละ 38.30)

จากตารางที่ 4 พบว่า ในกลุ่มสตรีที่เข้ารับการตรวจยืนยันด้วยคอลโปสโคป (Colposcopy) ทั้งสิ้น 116 ราย เมื่อจำแนกตามชนิดของเชื้อ HPV พบว่า กลุ่มที่ติดเชื้อ HPV สายพันธุ์ 16 หรือ 18 (n = 58) ตรวจพบรอยโรคระดับสูง (HSIL) มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 74.14 โดยรอยโรคทางพยาธิสภาพที่พบมากที่สุดคือ HSIL, CIN

II คิดเป็นร้อยละ 43.10 รองลงมาคือ HSIL อื่น ๆ ร้อยละ 22.41 และพบมะเร็งปากมดลูกร้อยละ 13.79 โดยจำแนกเป็น Adenocarcinoma, HPV-associated และ Squamous cell carcinoma ในสัดส่วนเท่ากัน กลุ่มละร้อยละ 6.90 ทั้งนี้ จากกลุ่มสตรีที่ตรวจพบเชื้อสายพันธุ์ดังกล่าวทั้งหมด 94 ราย มีเพียง 58 ราย คิดเป็นร้อยละ 61.70 ที่มารับการตรวจตามนัด ส่วนที่เหลืออีก 36 ราย คิดเป็นร้อยละ 38.30 ไม่มารับการตรวจตามนัด ซึ่งอาจส่งผลให้ตัวเลขการตรวจพบรอยโรคระดับสูงในกลุ่มนี้ต่ำกว่าความเป็นจริง

สำหรับกลุ่มที่ติดเชื้อร่วมสายพันธุ์ 16 และ 18 (n = 11) ตรวจพบรอยโรคระดับต่ำมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 45.45 แต่ยังพบรอยโรคระดับสูง (HSIL) ร้อยละ 27.27 และมะเร็งปากมดลูกร้อยละ 9.09 ในขณะที่กลุ่มสายพันธุ์อื่นที่ไม่ใช่ 16/18 (non-16/18) (n = 47) ตรวจพบรอยโรคระดับต่ำมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 46.80 โดยส่วนใหญ่เป็นรอยโรคระดับ CIN I ร้อยละ 40.42 รองลงมาคือไม่พบรอยโรค (Normal/Negative) ร้อยละ 25.53 อย่างไรก็ตาม ยังตรวจพบรอยโรคระดับสูง (HSIL) ร้อยละ 17.02 และมะเร็งปากมดลูก ร้อยละ 10.64

ในภาพรวมของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดที่ได้รับการส่องกล้องคอลโปสโคป (Colposcopy) พบว่า ตรวจพบรอยโรคระดับสูง (HSIL) มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 46.55 รองลงมาคือรอยโรคระดับต่ำ ร้อยละ 29.31 ไม่พบรอยโรค ร้อยละ 12.07 และตรวจพบมะเร็งปากมดลูก ร้อยละ 12.07

ตารางที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างชนิดของเชื้อ HPV และความรุนแรงของรอยโรคที่ปากมดลูกจากการตรวจคอลโปสโคป (colposcopy) (n=116)

ชนิดของเชื้อ HPV	ผลการตรวจคอลโปสโคป (colposcopy)		รวม	P-value	OR (95% CI)
	ตรวจพบรอยโรครุนแรง* n(%)	ตรวจพบรอยโรคน้อย/ปกติ** n(%)			
กลุ่มสายพันธุ์ 16 และ/หรือ 18	55 (79.71%)	14 (20.29%)	69	< .001*	4.64 (2.03 – 10.63)
กลุ่มสายพันธุ์อื่น non-16/18	13 (27.66%)	34 (72.34%)	47		
รวม	**68**	**48**	**116**		

P < .001

หมายเหตุ: กลุ่ม 16 และ/หรือ 18 ประกอบด้วยสตรีที่ติดเชื้อสายพันธุ์ 16 เพียงอย่างเดียว (n = 58) และสตรีที่ติดเชื้อร่วมสายพันธุ์ 16 และ 18 พร้อมกัน (n = 11) รวม 69 ราย *รอยโรครุนแรง: รวมกลุ่ม HSILและ มะเร็ง , **รอยโรคน้อย/ปกติ: รวมกลุ่ม ปกติ และ LSIL

จากตารางที่ 5 พบว่า ชนิดของเชื้อ HPV มีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของรอยโรคปากมดลูกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยสตรีที่ติดเชื้อ HPV สายพันธุ์ 16 หรือ 18 มีโอกาสเกิดรอยโรคระดับสูงและมะเร็งปากมดลูกมากกว่ากลุ่มสายพันธุ์อื่นที่ไม่ใช่ 16/18 (non-16/18) เท่ากับ 4.64 เท่า (OR = 4.64, 95% CI: 2.03–10.63)

การอภิปรายผล

จากการทบทวนเวชระเบียนย้อนหลังของสตรีที่มารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV DNA test จำนวน 6,328 ราย ระหว่างปี พ.ศ. 2565–2567 พบความชุกของการติดเชื้อ HPV คิดเป็นร้อยละ 7.61 ซึ่งจัดอยู่ในระดับต่ำถึงปานกลาง ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของศิริญญา เพชรพิชัย และคณะ (2567) ที่รายงานความชุกของการติดเชื้อ HPV ในสตรีไทยจากการตรวจด้วยวิธีเดียวกันเท่ากับร้อยละ 7.69 และใกล้เคียงกับการศึกษาของ Chaopotong et al. (2024) ซึ่งพบความชุกของ HPV ชนิดความเสี่ยงสูงร้อยละ 9.30 อีกทั้งยังสอดคล้องกับการศึกษาของวราภรณ์ จันทร์รัตน์ (2567) ผลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่า ความชุกของการติดเชื้อ HPV ในประเทศไทยโดยรวมยังอยู่ในระดับต่ำถึงปานกลางเมื่อเทียบกับบางประเทศในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ทั้งนี้ ความแตกต่างของความชุกอาจได้รับอิทธิพลจากหลายปัจจัย เช่น ลักษณะประชากร ระบบการคัดกรอง และการเข้าถึงบริการสุขภาพในแต่ละพื้นที่

เมื่อจำแนกตามชนิดของเชื้อ พบว่า กลุ่มเชื้อ HPV สายพันธุ์อื่นที่ไม่ใช่ 16/18 (non-16/18) มีสัดส่วนสูงที่สุด ร้อยละ 78.17 รองลงมาคือ HPV สายพันธุ์ 16 ร้อยละ 13.51 และสายพันธุ์ 18 ร้อยละ 6.03 ตามลำดับ ซึ่งมีรูปแบบการกระจายตัวของจีโนไทป์สอดคล้องกับการศึกษาของธิดารัตน์ มละสาร (2565) และศิริญญา เพชรพิชัย และคณะ (2564) ที่รายงานตรงกันว่า เชื้อ HPV กลุ่ม non-16/18 เป็นกลุ่มสายพันธุ์ที่ตรวจพบได้บ่อยที่สุด รองลงมาคือ HPV สายพันธุ์ 16 และ 18 นอกจากนี้ จังหวัดระนองมีลักษณะเฉพาะของการเป็นพื้นที่ชายแดนและเมืองเศรษฐกิจที่มีการเคลื่อนย้ายของประชากรและแรงงานข้ามชาติอย่างต่อเนื่อง ซึ่งอาจมีส่วนเกี่ยวข้องกับรูปแบบการกระจายของจีโนไทป์เชื้อ HPV ในพื้นที่ อย่างไรก็ตาม ประเด็นดังกล่าวควรได้รับการศึกษาวิจัยเพิ่มเติมเพื่อยืนยันความสัมพันธ์เชิงสาเหตุ

ผลการตรวจทางเซลล์วิทยาด้วยวิธี Liquid-based cytology (LBC) ในกลุ่มสตรีที่ติดเชื้อ HPV สายพันธุ์อื่นที่ไม่ใช่ 16/18 (non-16/18) จำนวน 376 ราย พบความผิดปกติโดยรวมร้อยละ 12.50 โดยมีผลเซลล์วิทยาผิดปกติชนิด ASC-US เป็นชนิดที่ตรวจพบมากที่สุด ร้อยละ 2.66 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอรัญญา โยธาทูล และคณะ (2567) และเนตรชนก ไวโสภา (2564) ทั้งนี้ ภาวะ ASC-US เป็นรอยโรคระยะแรกที่เซลล์เยื่อบุมีการเปลี่ยนแปลงเพียงเล็กน้อย มักสัมพันธ์กับการอักเสบเฉียบพลันหรือภาวะช่องคลอดอักเสบจากเชื้อแบคทีเรีย (Bacterial vaginosis) โดยในการศึกษาครั้งนี้พบภาวะดังกล่าวร่วมด้วยสูงถึงร้อยละ 19.14 อย่างไรก็ตาม การตรวจพบเซลล์ผิดปกติแม้เพียงระดับต่ำในสตรีที่ติดเชื้อ HPV สายพันธุ์อื่นที่ไม่ใช่ 16/18 ถือเป็นข้อบ่งชี้สำคัญที่ควรส่งตรวจยืนยันด้วยคอลโปสโคป (Colposcopy) ต่อไป เนื่องจากวิธี LBC มีความไวสูงในการตรวจจับรอยโรคระดับ CIN II/III ร่วมด้วย (พรรณชณัฐ มหรรทัศพงษ์, 2567)

จากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดที่เข้ารับการตรวจวินิจฉัยยืนยันด้วยคอลโปสโคป (Colposcopy) จำนวน 116 ราย ตรวจพบรอยโรคระดับสูง (HSIL) ในภาพรวมสูงถึงร้อยละ 46.55 โดยกลุ่มที่ติดเชื้อ HPV สายพันธุ์ 16 หรือ 18 ตรวจพบพยาธิสภาพระดับรุนแรง (HSIL) สูงที่สุดถึงร้อยละ 74.14 สอดคล้องกับแนวทางเวชปฏิบัติของสมาคมมะเร็งนรีเวชไทย (2568) ที่ระบุว่าสายพันธุ์ดังกล่าวมีความสัมพันธ์อย่างสูงกับการเกิดรอยโรคปากมดลูกระดับสูง สำหรับกลุ่มที่ติดเชื้อร่วมทั้งสายพันธุ์ 16 และ 18 แม้จะมีจำนวนกลุ่มตัวอย่างค่อนข้างน้อย แต่ยังคงตรวจพบรอยโรคระดับสูง (HSIL) ถึงร้อยละ 27.27 และมะเร็งปากมดลูกร้อยละ 9.09 ซึ่งชี้ให้เห็นว่า การติดเชื้อมากกว่าหนึ่งสายพันธุ์ (Multiple Infection) อาจส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของเซลล์ที่รุนแรงมากยิ่งขึ้น นอกจากนี้ พบว่าสตรีกลุ่มที่ติดเชื้อ HPV สายพันธุ์ 16 หรือ 18 ขาดนัดการตรวจด้วยคอลโปสโคป (Colposcopy) สูงถึงร้อยละ 38.30 จำนวน 36 ราย จากการทบทวนข้อมูลพบว่า อุปสรรคสำคัญมาจากระยะทางและค่าใช้จ่ายในการเดินทาง รวมถึงข้อจำกัดด้านเวลาการทำงานและภาระครอบครัว ข้อมูลดังกล่าวจึงเป็นประโยชน์อย่างยิ่งในการนำไปปรับปรุงและพัฒนาระบบติดตามผู้ป่วยเชิงรุกในพื้นที่ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างชนิดของเชื้อ HPV และความรุนแรงของรอยโรคปากมดลูกจากการตรวจด้วยคอลโปสโคป (Colposcopy) พบว่า ชนิดของเชื้อ HPV มีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของรอยโรคปากมดลูกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยสตรีที่ติดเชื้อสายพันธุ์ 16 หรือ 18 มีโอกาสตรวจพบรอยโรคระดับสูงและมะเร็งปากมดลูกมากกว่ากลุ่ม non-16/18 เท่ากับ 4.64 เท่า (OR = 4.64, 95% CI: 2.03–10.63) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Luo et al. (2025) ที่พบว่า ความชุกของเชื้อ HPV16 เพิ่มขึ้นตามระดับความรุนแรงของรอยโรคจากร้อยละ 21.70 ในกลุ่ม LSIL เป็นร้อยละ 39.40 ในกลุ่ม HSIL และสูงถึงร้อยละ 56.70 ในกลุ่มมะเร็งปากมดลูก ($p < .001$) และสอดคล้องกับการศึกษาของ Zhang et al. (2026) ที่พบว่า ความเสี่ยงสะสมต่อการเกิดรอยโรคระดับ CIN II ขึ้นไป (CIN2+) ในระยะเวลา 3 ปีของกลุ่มที่ติดเชื้อ HPV 16/18 สูงถึงร้อยละ 20.90 เมื่อเปรียบเทียบกับร้อยละ 6.60 ในกลุ่มสายพันธุ์อื่น ๆ

อย่างไรก็ตาม แม้สายพันธุ์อื่นที่ไม่ใช่ 16/18 (non-16/18) จะมีความเสี่ยงต่อรอยโรครุนแรงน้อยกว่าสายพันธุ์ 16 หรือ 18 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ยังตรวจพบมะเร็งปากมดลูกถึงร้อยละ 10.64 และรอยโรคระดับสูง (HSIL) อีกร้อยละ 17.02 ซึ่งชี้ให้เห็นว่า เชื้อ HPV สายพันธุ์ความเสี่ยงสูงอื่น ๆ เช่น 52, 58 และ 45 เป็นต้น ที่พบมากในประชากรสตรีจังหวัดระนอง ยังคงมีศักยภาพในการก่อให้เกิดรอยโรครุนแรงได้เช่นกัน โดยเฉพาะในกรณีที่มีการติดเชื้อร่วมหลายสายพันธุ์ (Co-infection) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของดุจดาว บุญยอด และคณะ (2567) ที่พบว่า กลุ่มผู้ป่วยที่ติดเชื้อ HPV non-16/18 มีความเสี่ยงต่อการเกิดรอยโรคในระดับรุนแรงมากขึ้น หากมีการติดเชื้อร่วมหลายจีโนไทป์

จากข้อค้นพบดังกล่าว การคัดกรองแยกตามชนิดสายพันธุ์เชื้อ HPV จึงมีความสำคัญทางคลินิกเป็นอย่างยิ่ง โดยสตรีที่ตรวจพบการติดเชื้อสายพันธุ์ 16 หรือ 18 ควรได้รับการส่งต่อเพื่อตรวจวินิจฉัยยืนยันด้วยคอลโปสโคป (Colposcopy) ทันที เนื่องจากมีความเสี่ยงสูงต่อการดำเนินโรคที่รวดเร็ว ในขณะที่กลุ่มสาย

พันธุ์อื่นที่ไม่ใช่ 16/18 (non-16/18) ควรนำระบบ Cytology Triage มาใช้เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการคัดกรองรอยโรคเบื้องต้น เพื่อให้สตรีในจังหวัดระนองได้รับการวินิจฉัยและรักษาอย่างทันท่วงที ซึ่งจะช่วยลดโอกาสการพัฒนาไปสู่โรคมะเร็งปากมดลูกระยะลุกลามในอนาคต

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ผลการวิจัยสามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลประกอบการวางแผนระบบคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของจังหวัดระนอง โดยเฉพาะการกำหนดแนวทางการส่งต่อผู้ป่วยตามชนิดสายพันธุ์ของเชื้อ HPV ได้แก่ การส่งตรวจด้วยคอลโปสโคป (Colposcopy) ทันทีสำหรับกลุ่มสายพันธุ์ 16 หรือ 18 และการจัดระบบ Cytology Triage สำหรับสายพันธุ์อื่นที่ไม่ใช่ 16/18 (non-16/18) นอกจากนี้ ข้อมูลด้านอุปสรรคการขาดนัดที่พบในการศึกษา ได้แก่ ระยะทาง ค่าใช้จ่าย และภาระการทำงาน ควรนำไปพัฒนาระบบติดตามผู้ป่วยที่มีผลการตรวจของเชื้อ HPV ชนิดความเสี่ยงสูง โดยเฉพาะผู้ติดเชื้อสายพันธุ์ 16 หรือ 18 เพื่อเพิ่มการเข้ารับการตรวจด้วยคอลโปสโคปและการรักษาอย่างทันท่วงที

2. บุคลากรทางการแพทย์สามารถนำผลการวิจัยไปใช้ประกอบการประเมินความเสี่ยงเฉพาะบุคคล โดยอาศัยชนิดสายพันธุ์ของเชื้อ HPV เป็นตัวชี้วัดหลักในการตัดสินใจส่งตรวจยืนยัน ทั้งนี้ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มสายพันธุ์ 16 หรือ 18 มีโอกาสเกิดรอยโรคระดับสูงและมะเร็งปากมดลูกมากกว่าสายพันธุ์อื่นที่ไม่ใช่ 16/18 (non-16/18) ถึง 4.64 เท่า การนำข้อมูลนี้ไปปรับใช้ในแนวทางการส่งต่อของโรงพยาบาลระนองจะช่วยให้สตรีกลุ่มเสี่ยงสูงได้รับการวินิจฉัยและรักษาในระยะแรกได้รวดเร็วขึ้น

3. การศึกษาครั้งนี้เป็นข้อมูลพื้นฐานด้านระบาดวิทยาของเชื้อ HPV ในพื้นที่ชายแดนที่มีการเคลื่อนย้ายประชากรสูง ซึ่งยังขาดอยู่ในฐานข้อมูลระดับประเทศ จึงเป็นประโยชน์ต่อการวิจัยต่อเนื่องในอนาคต เช่น การศึกษาติดตามผลระยะยาวเพื่อประเมินอัตราการดำเนินโรคในแต่ละกลุ่มสายพันธุ์ หรือการวิจัยเชิงประเมินผลเพื่อวัดประสิทธิผลของระบบติดตามผู้ป่วยเชิงรุกที่จะพัฒนาขึ้นในพื้นที่

อ้างอิง

กระทรวงสาธารณสุข. (2565). *สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2565*. https://spd.moph.go.th/wp-content/uploads/2023/11/Hstatistic65.pdf

ดุจดาว บุญยอด, บัณฑิต พรหมรักษา, และชวิศา เพ็ชรอำไพ. (2567). ความสัมพันธ์ของการติดเชื้อ Human Papillomavirus จีโนไทป์เสี่ยงสูงชนิด non-16/18 ด้วยวิธี HPV DNA test กับรูปแบบความผิดปกติทางเซลล์วิทยาในอำเภอพรหมพิราม วังทอง และนครไทย จังหวัดพิษณุโลก ปี 2567. https://hpc2appcenter.anamai.moph.go.th/academic/web/files/2568/r2r/MA2568-006-02-0000001455-0000002251.pdf

ธิดารัตน์ มละสาร. (2565). ความชุกและการกระจายตัวของการติดเชื้อไวรัสฮิวแมนแปปปิโลมาของสตรีในพื้นที่อำเภอกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์. *วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ, 7*(4), 114–121.

เนตรชนก ไวโสภา. (2564). ความชุกการเกิดมะเร็งปากมดลูกในโรงพยาบาลขอนแก่น ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2558–2562. *วารสารวิจัยและพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ, 2*(1), 113–122.

พรรณชณัฐ มหรรทัศพงษ์. (2567). สัดส่วนระหว่างการวินิจฉัยมะเร็งด้วยวิธีเซลล์วิทยากับการวินิจฉัยด้วยวิธีเซลล์บล็อกร่วมกับวิธีเซลล์วิทยาของน้ำในช่องเยื่อหุ้มปอด. *วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์, 31*(1), 237–248.

วราภรณ์ จันทร์รัตน์. (2567). ความชุกและปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อ Human papillomavirus ของสตรีในพื้นที่อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์. *วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน, 9*(2), 631–639.

วิชัย เติมรุ่งเรืองเลิศ. (2567). เจาะลึกระบบสุขภาพ “หมอจุฬาฯ” เผยหญิงไทยเสียชีวิตจากมะเร็งปากมดลูกวันละ 13 ราย. *Hfocus*. https://www.hfocus.org/content/2024/01/29462

ศิริญญา เพชรพิชัย, ณัฐพร คล้ายคลัง, อมรรัตน์ โพธิ์ตา, อนุกูล บุญคง, และปาริชาติ กัญญาบุญ. (2564). ความชุกของการติดเชื้อ Human papillomavirus สายพันธุ์เสี่ยงสูงของสตรีไทยในพื้นที่จังหวัดพิจิตร อุทัยธานี ชัยนาท และกำแพงเพชร. *วารสารกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์, 63*(4), 766–786.

ศิริญญา เพชรพิชัย, ณัฐพร คล้ายคลัง, และอมรรัตน์ โพธิ์ตา. (2567). ความชุกของสายพันธุ์เอชพีวีจากการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV DNA test ชนิด 14 สายพันธุ์เสี่ยงสูงในเขตสุขภาพที่ 3. *วารสารวิชาการสาธารณสุข, 33*(1), 63–73.

สมาคมมะเร็งนรีเวชไทย. (2568). *แนวทางการป้องกันและรักษามะเร็งปากมดลูก ฉบับใหม่ ปี 2568*. https://tgcs.or.th/course-library/แนวทางการดูแลรักษาโรคม-2/

โรงพยาบาลระนอง. (2567). *ผลการดำเนินงานคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีจังหวัดระนอง* [เอกสารอัดสำเนา].

อรัญญา โยธาทูล, รุ่งทิพย์ พรหมรักษา, และชวิศา เพ็ชรอำไพ. (2567). การศึกษาความสัมพันธ์ของผลการตรวจ HPV DNA test กับผลการตรวจทางพยาธิวิทยาในโรงพยาบาลบางละมุง. *วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีนอร์ทเทิร์น, 5*(2), 33–46.

Chaopotong, P., Laiwejpithya, S., & Areeswate, C. (2024). Prevalence of high-risk HPV detection and HPV vaccination in cervical cancer screening during the HPV vaccination era at Siriraj Hospital: Thailand’s largest national tertiary referral center. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention, 25*(4), 1241–1245. https://doi.org/10.31557/APJCP.2024.25.4.1241

Luo, X., Chen, Y., He, L., Liu, S., Zhang, F., Liu, B., Zhang, H., & Qi, F. (2025). HPV genotype distribution and cervical lesion severity in HPV-positive women: A study from the Guizhou Province cervical cancer screening program. *Virology Journal, 23*, Article 10. https://doi.org/10.1186/s12985-025-03041-w

World Health Organization. (2020). *Global strategy to accelerate the elimination of cervical cancer as a public health problem*. https://www.who.int/initiatives/cervical-cancer-elimination-initiative

World Health Organization. (2022). *Cervical cancer*. https://www.who.int/health-topics/cervical-cancer

Zhang, J., Wang, H., Liu, Y., Li, Z., Feng, X., Luo, X., Chen, W., Zhang, S., Yang, H., & Qiao, Y. (2026). HPV testing with 16/18 genotyping for risk stratification among women with normal cytology: A multicenter prospective cohort study from China. *Journal of Clinical Microbiology, 64*(3), 1–12. https://journals.asm.org/doi/10.1128/jcm.01289-25

วารสารวิชาการเพื่อการพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิและสาธารณสุข
Academic Journal for Primary Care and Public Health Development

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนในพื้นที่ตำบลปลายพระยา อำเภอปลายพระยา จังหวัดกระบี่

Factors Associated with Dengue Fever Prevention and Control Behaviors among Residents in Plai Phraya Subdistrict, Plai Phraya District, Krabi Province.

บุปผา ทองศักดิ์

Buppha Thongsak

พยาบาลวิชาชีพชำนาญ โรงพยาบาลปลายพระยา อำเภอปลายพระยา จังหวัดกระบี่

(Received: May 5, 2026; Accepted: July 1, 2026)

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนในพื้นที่ตำบลปลายพระยา อำเภอปลายพระยา จังหวัดกระบี่ กลุ่มตัวอย่างคือประชาชนในพื้นที่ตำบลปลายพระยา จำนวน 377 คน คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของ Krejcie and Morgan และสุ่มตัวอย่างแบบบังเอิญ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่ 1) ปัจจัยส่วนบุคคล 2) ความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก 3) เจตคติเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก และ 4) พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการวิจัยพบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนในพื้นที่ตำบลปลายพระยา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 โดยมีความสัมพันธ์ในระดับสูง ($r = .570$, $p < .001$) และเจตคติเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 โดยมีความสัมพันธ์ในระดับสูงมาก ($r = .885$, $p < .001$) ดังนั้น หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรส่งเสริมความรู้และเจตคติที่ถูกต้องแก่ประชาชนในพื้นที่ เพื่อพัฒนาพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกอย่างต่อเนื่อง อันจะนำไปสู่การดำเนินงานที่ยั่งยืน โดยอาศัยความร่วมมือระหว่างภาครัฐ ภาคีเครือข่าย และประชาชนในชุมชน

คำสำคัญ: โรคไข้เลือดออก, ความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก, เจตคติเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก, พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

Abstract

This study employed a descriptive research design to examine factors associated with dengue fever prevention and control behaviors among people residing in Plai Phraya Subdistrict, Plai Phraya District, Krabi Province. The sample consisted of 377 residents of Plai Phraya Subdistrict. The sample size was calculated using the Krejcie and Morgan formula, and participants were selected through convenience sampling. Data were collected using a questionnaire comprising four sections: 1) personal factors, 2) knowledge of dengue fever, 3) attitudes toward dengue fever prevention and control, and 4) dengue fever prevention and control behaviors. Data were analyzed using statistical software. Descriptive statistics, including frequency, percentage, mean, and standard deviation, were used to describe the data, while Pearson's correlation coefficient was employed to examine the relationships among variables.

The findings revealed that knowledge of dengue fever was significantly associated with dengue fever prevention and control behaviors among people in Plai Phraya Subdistrict at the 0.01 significance level, with a high level of correlation ($r = .570$, $p < .001$). In addition, attitudes toward dengue fever prevention and control were significantly associated with dengue fever prevention and control behaviors at the 0.01 significance level, with a very high level of correlation ($r = .885$, $p < .001$). Therefore, relevant agencies should promote accurate knowledge and positive attitudes among local residents in order to continuously improve dengue fever prevention and control behaviors. Such efforts can contribute to sustainable dengue fever prevention and control through collaboration among government agencies, network partners, and people in the community.

Keywords: Dengue fever, knowledge of dengue fever, attitudes toward dengue prevention and control, dengue prevention and control behaviors.

บทนำ

องค์การอนามัยโลก (WHO) ระบุว่ามีผู้ติดเชื้อไวรัสเดงกีที่ก่อโรคไข้เลือดออกเฉลี่ยปีละ 390 ล้านคนทั่วโลก และมีอัตราการเสียชีวิตที่ 2.5% ต่อปี โดยมีรายงานการแพร่ระบาดในอย่างน้อย 129 ประเทศ ส่วนใหญ่อยู่ในภูมิภาคเอเชีย และจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นกว่า 8 เท่าในระยะเวลา 20 ปี (ชัยยศ ยงค์เจริญชัย, 2564) ซึ่งโรคไข้เลือดออก (Dengue Fever) เป็นโรคติดเชื้อไวรัสเดงกีที่มียุงลายเป็นแมลงนำโรค โรคนี้ได้กลายเป็นปัญหาสาธารณสุขในหลายประเทศทั่วโลก เนื่องจากโรคได้แพร่กระจายอย่างกว้างขวางและจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างมากใน 30 ปีที่ผ่านมา มากกว่า 100 ประเทศที่โรคนี้กลายเป็นโรคประจำถิ่น และโรคนี้ยังคุกคามต่อสุขภาพของประชากรโลกมากกว่าร้อยละ 40 (2,500 ล้านคน) โดยเฉพาะอย่างยิ่งจะพบมากในประเทศเขตร้อนและเขตอบอุ่น (กรุงเทพธุรกิจ, 2564) สำหรับประเทศไทยเริ่มมีรายงานพบผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกครั้งแรกในปี พ.ศ. 2492 และพบการระบาดครั้งแรกในปี พ.ศ. 2501 พบการระบาดใหญ่ที่สุดในปี พ.ศ. 2530 มีรายงานผู้ป่วยสูงถึง 170,000 กว่าราย เสียชีวิต 1,000 กว่าราย หลังจากนั้นประเทศไทยมีแนวโน้มของการพบผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกเพิ่มขึ้น โดยในปีที่มีการระบาดใหญ่จะพบผู้ป่วยมากกว่า 100,000 ราย และเสียชีวิต 100 รายขึ้นไป (กรมการแพทย์, 2559)

สถานการณ์โรคไข้เลือดออกในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2565–2567 พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยสะสม 9,956 ราย 45,145 ราย และ 156,097 ราย ตามลำดับ มีผู้เสียชีวิต 6 ราย 29 ราย และ 175 ราย ตามลำดับ พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยมากกว่าในอดีต ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 5–24 ปี โดยมีแนวโน้มผู้ใหญ่ป่วยมากขึ้นกว่าในเด็ก ซึ่งเป็นวงจรของการเกิดโรคที่มักจะระบาดมากขึ้นในปีถัดจากปีที่ระบาดน้อย เนื่องจากภูมิคุ้มกันทางธรรมชาติของประชากรโดยรวมลดลง หรือมีลักษณะการระบาดปีเว้นปี หรือปีเว้น 2 ปี โดยพบผู้ป่วยได้ทุกกลุ่มอายุและอาชีพ ส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีโรคประจำตัว ได้แก่ ภาวะอ้วน หญิงตั้งครรภ์ ผู้ที่เป็นโรคเม็ดเลือดแดงแตกง่าย หรือโรคที่เกิดจากฮีโมโกลบินผิดปกติ ผู้ป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด โรคประจำตัวเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคไตวาย โรคตับเรื้อรัง รวมทั้งการได้รับประทานยากลุ่มสเตียรอยด์ ยากลุ่มต้านอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ (NSAIDs) (กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค, 2566)

อำเภอปลายพระยา จังหวัดกระบี่ มี 4 ตำบล 35 หมู่บ้าน มีผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกกระจายทุกหมู่บ้านในปี พ.ศ. 2565–2567 พบว่า มีอัตราป่วย 52.62, 56.50 และ 63.86 ต่อประชากรแสนราย ตามลำดับ (สำนักงานสาธารณสุขอำเภอปลายพระยา, 2567) จากอัตราป่วยจะเห็นได้ว่าอำเภอปลายพระยามีอัตราป่วยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในทุก ๆ ปี เป็นพื้นที่ที่มีการเกิดโรคไข้เลือดออกในทุกหมู่บ้าน ระบาดในพื้นที่ซ้ำซาก มีการกระจายของโรคอย่างรวดเร็ว พบผู้ป่วยในทุกกลุ่มอายุ และการเกิดโรคจะเกิดตลอดทั้งปี โดยจะพบการระบาดของโรคไข้เลือดออกในช่วงเดือนตุลาคม–ธันวาคมสูงกว่าช่วงอื่น และจากการสำรวจค่าดัชนีความชุกชุมของลูกน้ำยุงลายในชุมชนพบว่า มีค่าสูงเกินค่ามาตรฐาน และมีอัตราการป่วยที่สูงกว่าอำเภออื่นในขนาดพื้นที่เดียวกัน

ดังนั้นผู้วิจัยในฐานะที่เป็นบุคลากรคนหนึ่งในกลุ่มงานบริการสุขภาพปฐมภูมิและองค์รวมในโรงพยาบาลปลายพระยา อำเภอปลายพระยา จังหวัดกระบี่ มีความสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ

พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนในพื้นที่ตำบลปลายพระยา อำเภอปลายพระยา จังหวัดกระบี่ เพื่อเป็นการสร้างความตระหนักและกระตุ้นให้ประชาชนเห็นความสำคัญในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก และนำข้อมูลจากการศึกษามาเป็นแนวทางส่งเสริมให้ประชาชนมีพฤติกรรมการป้องกันโรคและควบคุมโรคไข้เลือดออกที่ถูกต้องและมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

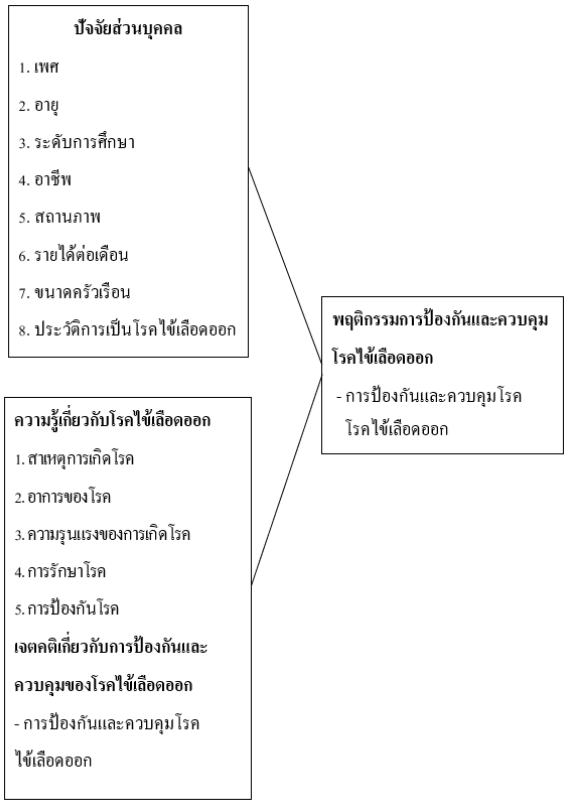
1. เพื่อศึกษาความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมการป้องกันโรคและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนในพื้นที่ตำบลปลายพระยา อำเภอปลายพระยา จังหวัดกระบี่

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และเจตคติกับพฤติกรรมการป้องกันโรคและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนในพื้นที่ตำบลปลายพระยา อำเภอปลายพระยา จังหวัดกระบี่

สมมติฐาน

ความรู้และเจตคติมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนในพื้นที่ตำบลปลายพระยา อำเภอปลายพระยา จังหวัดกระบี่

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) โดยทำการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนในพื้นที่ตำบลปลายพระยา อำเภอปลายพระยา จังหวัดกระบี่

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ประชาชนในพื้นที่ตำบลปลายพระยา อำเภอปลายพระยา จังหวัดกระบี่ จำนวน 18,618 คน (ฐานข้อมูล HDC กระทรวงสาธารณสุข ณ เดือนมีนาคม 2568)

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ โดยการคำนวณจากตารางของเครจซีและมอร์แกน (Krejcie and Morgan) ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 377 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบสอบถามชนิดตอบด้วยตนเอง ครอบคลุมข้อมูลที่ต้องการศึกษา โดยแบ่งออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคลของประชาชนในพื้นที่ตำบลปลายพระยา อำเภอปลายพระยา จังหวัดกระบี่ จำนวน 8 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกของประชาชนในพื้นที่ตำบลปลายพระยา อำเภอปลายพระยา จังหวัดกระบี่ จำนวน 23 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเจตคติเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนในพื้นที่ตำบลปลายพระยา อำเภอปลายพระยา จังหวัดกระบี่ จำนวน 25 ข้อ

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนในพื้นที่ตำบลปลายพระยา อำเภอปลายพระยา จังหวัดกระบี่ จำนวน 25 ข้อ

โดยการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือจากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ซึ่งมีค่า IOC ทั้งฉบับมากกว่า 0.67 แล้วนำไปทดสอบเพื่อหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือกับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษา จำนวน 30 คน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสอบถาม 30 ชุด ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Cronbach's Alpha) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเท่ากับ 0.983 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

1. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยกลุ่มตัวอย่างจะได้รับคำชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล และประโยชน์ที่กลุ่มตัวอย่างจะได้รับ พร้อมทั้งชี้แจงถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างว่าสามารถเข้าร่วมการวิจัย หรือสามารถปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ได้ โดยไม่มีผลกระทบใดทั้งสิ้น

2. ข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามจะถูกเก็บไว้เป็นความลับ ไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่กลุ่มตัวอย่าง โดยผู้วิจัยจะนำเสนอในภาพรวมเพื่อใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลคือในช่วงเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2568 – กันยายน พ.ศ. 2568 ผู้วิจัยขออนุญาตเพื่อยื่นขอความอนุเคราะห์ในการเก็บข้อมูลการวิจัย ขออนุญาตลงพื้นที่และชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยจากนายกเทศบาลตำบลปลายพระยา อำเภอ

ปลายพระยา จังหวัดกระบี่ ผู้เป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษา

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลจากการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติในการวิเคราะห์เชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ค่าความถี่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ในการวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยภายใน ปัจจัยภายนอก วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ โดยใช้การทดสอบสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในพื้นที่ตำบลปลายพระยา อำเภอปลายพระยา จังหวัดกระบี่ โดยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการวิจัย

ปัจจัยส่วนบุคคล ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 195 คน คิดเป็นร้อยละ 51.73 อายุอยู่ในช่วง 36–60 ปี จำนวน 182 คน คิดเป็นร้อยละ 48.28 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับปริญญาตรี จำนวน 162 คน คิดเป็นร้อยละ 42.97 อาชีพส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้าง จำนวน 144 คน คิดเป็นร้อยละ 38.20 ส่วนใหญ่สถานภาพสมรส จำนวน 216 คน คิดเป็นร้อยละ 57.30 รายได้ต่อเดือนส่วนใหญ่มีรายได้ระหว่าง 10,001–20,000 บาท จำนวน 246 คน คิดเป็นร้อยละ 65.25 ส่วนใหญ่มีขนาดครอบครัว 3–4 คน จำนวน 234 คน คิดเป็นร้อยละ 59.94 ประวัติการเป็นโรคไข้เลือดออกส่วนใหญ่ไม่เคยเป็นไข้เลือดออก จำนวน 254 คน คิดเป็นร้อยละ 67.37

ความรู้เกี่ยวกับโรคของประชาชนในพื้นที่ตำบลปลายพระยา อำเภอปลายพระยา จังหวัดกระบี่ ในภาพรวมอยู่ในระดับสูง (M = 1.04, SD = 0.09) คิดเป็นร้อยละ 87.37 และเมื่อพิจารณารายข้อพบว่าข้อที่ตอบถูกสูงสุดคือ ข้อ 1 ยุงลายเป็นพาหะนำโรคไข้เลือดออก (M = 1.00, SD = 0.00) คิดเป็นร้อยละ 100 รองลงมาคือ ข้อ 13 การนอนในมุ้งหรือนอนในห้องที่มีมุ้งลวดเป็นการป้องกันยุงกัดแต่อาจป่วยเป็นโรคไข้เลือดออกได้หากได้รับเชื้อโรคไข้เลือดออก (M = 1.01, SD = 0.10) คิดเป็นร้อยละ 95.75 และข้อที่ตอบถูกต่ำสุดคือ ข้อ 11 เปิดฝาโอ่งน้ำไว้เนื่องจากเป็นการเปิดให้แสงแดดฆ่าลูกน้ำยุงลายได้ (M = 3.80, SD = 0.68) คิดเป็นร้อยละ 66.58 ตามลำดับ

เจตคติเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนในพื้นที่ตำบลปลายพระยา อำเภอปลายพระยา จังหวัดกระบี่ ในภาพรวมอยู่ในระดับสูง (M = 3.99, SD = 0.63) และเมื่อพิจารณารายข้อพบว่าข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ข้อ 22 ท่านคิดว่าไข้เลือดออกเป็นเรื่องใกล้ตัวและควรให้ความสนใจ (M = 4.28, SD = 0.63) รองลงมา คือ ข้อ 13 การประชาสัมพันธ์ให้ความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออกบ่อย ๆ เป็นเรื่องน่ารำคาญ (M = 4.12, SD = 0.70) และข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ ข้อ 10 การที่ท่านทำความสะอาดภาชนะใส่น้ำทุก 7 วันจะช่วยป้องกันการเกิดลูกน้ำยุงลาย (M = 3.76, SD = 0.77) ตามลำดับ

พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนในพื้นที่ตำบลปลายพระยา อำเภอปลายพระยา จังหวัดกระบี่ ในภาพรวมอยู่ในระดับสูง (M = 3.96, SD = 0.59) และเมื่อพิจารณารายข้อพบว่าข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ข้อ 21 ท่านตรวจสอบรอบบ้านกับครอบครัวเพื่อทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงทุกสัปดาห์ (M = 4.14, SD = 0.59) รองลงมา คือ ข้อ 8

ท่านหาฝาปิดภาชนะที่ใส่น้ำอุปโภค-บริโภคในบ้าน (M = 4.13, SD = 0.66) และข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ ข้อ 12 ท่านใช้สารเคมีพ่น หรือจุดยากันยุง หรือทาโลชั่นกันยุงก่อนนอน (M = 3.64, SD = 0.79) ตามลำดับ

ความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนในพื้นที่ตำบลปลายพระยา อำเภอปลายพระยา จังหวัดกระบี่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 โดยมีค่าระดับความสัมพันธ์อยู่ในระดับสูง (r = .670**) และเจตคติเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนในพื้นที่ตำบลปลายพระยา อำเภอปลายพระยา จังหวัดกระบี่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 โดยมีค่าระดับความสัมพันธ์อยู่ในระดับสูงมาก (r = .885**)

การอภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนในพื้นที่ตำบลปลายพระยา อำเภอปลายพระยา จังหวัดกระบี่ พบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกของประชาชนในพื้นที่ตำบลปลายพระยา อำเภอปลายพระยา จังหวัดกระบี่ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนในพื้นที่ตำบลปลายพระยา อำเภอปลายพระยา จังหวัดกระบี่ ในระดับสูง (r = .570**, p < 0.001) และเจตคติเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนในพื้นที่ตำบลปลายพระยา อำเภอปลายพระยา จังหวัดกระบี่ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนในพื้นที่ตำบลปลายพระยา อำเภอปลายพระยา จังหวัดกระบี่ ในระดับสูงมาก (r = .885**, p < 0.001) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 อาจเนื่องมาจาก ด้านความรู้ ประชาชนที่มีความรู้ย่อมมีความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการเกิดโรคและวิธีการป้องกัน ความรู้ที่เพียงพอจะช่วยให้ประชาชนเข้าใจกลไกการแพร่เชื้อ เช่น การวางไข่ของยุงลายในน้ำสะอาด การออกหากินในช่วงเวลากลางวัน และแนวทางการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงอย่างถูกวิธี เช่น การปิดฝาภาชนะเก็บน้ำ การใส่ทรายอะเบท และการทำลายแหล่งน้ำขังรอบบ้าน ซึ่งนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสม ความรู้ช่วยเพิ่มการตระหนักรู้และแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพตนเอง ประชาชนที่มีความรู้ย่อมตระหนักถึงความเสี่ยงของตนเองและครอบครัวต่อการเกิดโรคไข้เลือดออกตลอดจนผลกระทบที่อาจรุนแรงจนถึงชีวิต ซึ่งความตระหนักนี้เป็นแรงขับเคลื่อนให้เกิดการลงมือปฏิบัติตามพฤติกรรมป้องกันโรคไข้เลือดออกได้เหมาะสม ด้านเจตคติ สะท้อนให้เห็นว่าเจตคติเชิงบวกมีอิทธิพลอย่างยิ่งต่อการตัดสินใจและความตั้งใจของบุคคลในการดำเนินพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม โดยเฉพาะในบริบทของชุมชนที่มีการตื่นตัวและมีส่วนร่วมในการรณรงค์อย่างต่อเนื่อง ประชาชนที่ตระหนักถึงความรุนแรงของโรคและเชื่อมั่นว่าตนเองมีบทบาทในการป้องกันโรคได้ จะมีแนวโน้มแสดงพฤติกรรมเชิงรุกในการควบคุมและลดความเสี่ยงของการเกิดโรคไข้เลือดออกในครัวเรือนและชุมชน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของหทัยรัตน์ ตัลยารักษ์ (2562) ได้ศึกษาเรื่องความรู้ เจตคติและพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนในตำบลเคร็ง อำเภอชะอวด จังหวัด

นครศรีธรรมราช พบว่า ความรู้และเจตคติมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = 0.530 และ 0.378 ตามลำดับ, p < 0.001) ในระดับมาก และสอดคล้องกับการศึกษาของศุภลักษณ์ ธนาโรจน์ และคณะ (2568) ได้ศึกษาเรื่องความรู้ เจตคติและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตัวและควบคุมโรคไข้เลือดออกของนักศึกษาและบุคลากรในวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี พบว่าความรู้ (r_s = 0.426, p < .01) และเจตคติในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก (r_s = 0.264, p < .01) มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

จากการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนในพื้นที่ตำบลปลายพระยา อำเภอปลายพระยา จังหวัดกระบี่ พบว่าความรู้และเจตคติมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนในพื้นที่ตำบลปลายพระยา อำเภอปลายพระยา จังหวัดกระบี่ โรงพยาบาลปลายพระยาจึงควรมีการกระตุ้นและส่งเสริมความรู้ เจตคติของประชาชนในพื้นที่ตำบลปลายพระยา ซึ่งส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชน โดยเป็นการดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกที่ยั่งยืน และเป็นการบูรณาการร่วมกันระหว่างภาครัฐและประชาชน

ข้อเสนอแนะเชิงคุณภาพ

จากการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนในพื้นที่ตำบลปลายพระยา อำเภอปลายพระยา จังหวัดกระบี่ พบว่าความรู้และเจตคติมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนในพื้นที่ตำบลปลายพระยา อำเภอปลายพระยา จังหวัดกระบี่ โรงพยาบาลปลายพระยาควรมีการพัฒนากิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนในพื้นที่ตำบลปลายพระยา อำเภอปลายพระยา จังหวัดกระบี่ โดยมุ่งเน้นส่งเสริมความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออกในประชาชน เพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของโรคไข้เลือดออกในพื้นที่ตำบลปลายพระยา อำเภอปลายพระยา อย่างมีคุณภาพ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

เพื่อให้การศึกษาเข้าใจบริบทของพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกอย่างลึกซึ้งยิ่งขึ้น ควรมีการศึกษาในเชิงคุณภาพควบคู่กับการวิจัยเชิงปริมาณ โดยเน้นการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) หรือการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) กับกลุ่มประชาชนที่มีลักษณะแตกต่างกัน เช่น ผู้สูงอายุ ผู้ดูแลเด็ก ผู้นำชุมชน และ อสม. เพื่อให้เข้าใจถึงแรงจูงใจ อุปสรรค ความเชื่อ ค่านิยม ตลอดจนปัจจัยด้านบริบททางสังคมและวัฒนธรรมที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งส่งผลให้ผลการศึกษามีความครอบคลุมมากยิ่งขึ้น

อ้างอิง

กรมการแพทย์. (2559). *แนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคไข้เลือดออกเดงกี ฉบับเฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษามหาราชินี*. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.

กรมควบคุมโรค. (2567). *สถานการณ์โรคไข้เลือดออกในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2567*. https://ddc.moph.go.th/brc/news.php?news=36533&deptcode=brc&news_views=3731

กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2562). *โรคไข้เลือดออก*. สืบค้น 15 มกราคม 2567, จาก https://ddc.moph.go.th/disease_detail.php?d=44

กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2566). *การคาดการณ์สถานการณ์โรคไข้เลือดออก พ.ศ. 2566*.

กวีวัฒน์ โพธิ์ศรีทอง. (2568). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในอำเภอสองพี่น้อง จังหวัดสุพรรณบุรี. *วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ, 10*(1).

กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค. (2566ก). *ยอดผู้ป่วยไข้เลือดออกปี 2566*. https://www.tropmedhospital.com/knowledge/54126.html

กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค. (2566ข). *รายงานสถานการณ์เฝ้าระวังโรคไข้เลือดออก*.

กรุงเทพธุรกิจ. (2564). *สาธารณสุข*. https://www.bangkokbiznews.com/social/966870

ชัยยศ ยงค์เจริญชัย. (2564). ไข้เลือดออก: นักวิจัยไทยผู้ร่วมพัฒนาวัคซีนไข้เลือดออกตัวแรกของโลกเสนอรัฐเร่งจัดซื้อวัคซีน. *BBC News ไทย*. https://www.bbc.com/thai/thailand-57479000

ดอกแก้ว ตามเดช. (2564). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชน ตำบลป่าแฝก อำเภอแม่ใจ จังหวัดพะเยา. *วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี, 10*(2).

บุญประจักษ์ จันทร์วิน และคณะ. (2564). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนวัยทำงาน อำเภอฉวาง จังหวัดนครศรีธรรมราช. *วารสารวิชาการ, 7*(4), 72–86.

ปรีชา สุวรรณทอง. (2566). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเสม็ด อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี. *วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ, 16*(3).

พิชัย พวงสด. (2563). ความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเขตอำเภอปราสาท จังหวัดสุรินทร์. *วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี นอร์ทเทิร์น, 1*(3).

วฤณนา วิเศษไพฑูรย์. (2565). การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนในเขตพื้นที่ชุมชนบ้านแสงวิมาน ตำบลคลองน้อย อำเภอปากพนัง จังหวัดนครศรีธรรมราช. *วารสารวิชาการเฉลิมกาญจนา, 9*(1).

วิษณุ อนิลบล. (2563). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อที่นำโดยยุงลายของประชาชน อำเภอหลังสวน จังหวัดชุมพร. *วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา, 26*(2).

ศูนย์ควบคุมโรคติดต่อนำโดยแมลงที่ 5.3 จังหวัดประจวบคีรีขันธ์. (2566). *ความรู้ทั่วไปโรคไข้เลือดออก*. สืบค้น 15 มกราคม 2567, จาก http://odpc5.ddc.moph.go.th/groups/vbdc53/index.php/2017-07-11-12-55-58

ศุภลักษณ์ ธนาโรจน์. (2568). ความรู้ เจตคติ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตัวและควบคุมโรคไข้เลือดออกของนักศึกษาและบุคลากรในวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี. *วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา, 5*(1).

สำนักสื่อสารความเสี่ยงฯ กรมควบคุมโรค. (2565). *สถานการณ์โรคไข้เลือดออก*. สืบค้น 15 มกราคม 2567, จาก https://ddc.moph.go.th/brc/news.php?news=25454&deptcode=brc&news_views=2565

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอปลายพระยา. (2567). *รายงานสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคไข้เลือดออก ปีงบประมาณ 2565–2567*.

สุรพล สิริปิยานนท์. (2563). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อำเภอวชิรบารมี จังหวัดพิจิตร. *วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม, 4*(8), 85–103.

สุรัสวดี สีหราช. (2560). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนในชุมชนพื้นที่แขวงวัดโสมนัส เขตป้อมปราบศัตรูพ่าย กรุงเทพมหานคร* [วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยเกริก].

วารสารวิชาการเพื่อการพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิและสาธารณสุข
Academic Journal for Primary Care and Public Health Development

ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการให้อาหารเด็กของผู้ปกครองในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านอู่ทอง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหัวทุ่ง อำเภอนบพิตำ จังหวัดนครศรีธรรมราช

The Relationship between Health Literacy and Child Feeding Behaviors among Parents at Ban U-Thong Child Development Center, Ban Hua Thung Sub-district Health Promoting Hospital, Nopphitam District, Nakhon Si Thammarat Province.

เกษกาญจน์ ไชยยัง
Ketkan Chaiyang
นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหัวทุ่ง
อำเภอนบพิตำ จังหวัดนครศรีธรรมราช
(Received: May 31, 2026; Accepted: July 30, 2026)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ปกครอง และความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการให้อาหารเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านอู่ทอง อำเภอนบพิตำ จังหวัดนครศรีธรรมราช กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ปกครองหลักของเด็กปฐมวัย จำนวน 95 คน คัดเลือกด้วยการสุ่มอย่างง่าย เครื่องมือเป็นแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ความรอบรู้ด้านสุขภาพ 24 ข้อ และพฤติกรรมการให้อาหารเด็ก 10 ข้อ มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาทั้งฉบับเท่ากับ 0.96 และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.84 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ปกครองมีความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับมาก (M = 3.75, S.D. = 0.49) โดยด้านการเข้าถึงข้อมูลมีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด ส่วนด้านการโต้ตอบซักถามและด้านการบอกต่ออยู่ในระดับปานกลาง พฤติกรรมการให้อาหารเด็กโดยรวมอยู่ในระดับดี (M = 3.71, S.D. = 0.46) ความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมการให้อาหารเด็กอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.342$, $p = 0.001$) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมีความสัมพันธ์สูงที่สุด ($r = 0.421$, $p < 0.001$) รองลงมาคือด้านการตัดสินใจและด้านความเข้าใจ ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่า หน่วยบริการสุขภาพและศูนย์พัฒนาเด็กเล็กควรร่วมกันพัฒนาทักษะด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การตัดสินใจ และความเข้าใจของผู้ปกครอง เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการให้อาหารเด็กที่เหมาะสม

คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, พฤติกรรมการให้อาหารเด็ก, ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

Abstract

This cross-sectional analytical study aimed to examine parents' health literacy levels and the relationship between health literacy and child feeding practices at Ban U-Thong Child Development Center, Nopphitam District, Nakhon Si Thammarat Province. The participants were 95 primary caregivers of preschool children selected through simple random sampling. Data were collected using a questionnaire comprising general information, 24 items assessing health literacy, and 10 items assessing child feeding practices. The scale-level content validity index was 0.96, and Cronbach's alpha coefficient was 0.84. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, and Pearson's correlation coefficient.

The findings showed that the parents' overall health literacy was at a high level (M = 3.75, SD = 0.49), with access to health information receiving the highest mean score. In contrast, interactive questioning and information sharing were at moderate levels. Overall child feeding practices were rated at a good level (M = 3.71, SD = 0.46). Overall health literacy was positively and significantly correlated with child feeding practices at a low level ($r = 0.342$, $p = 0.001$). Among the health literacy dimensions, behavior modification demonstrated the strongest correlation with child feeding practices ($r = 0.421$, $p < 0.001$), followed by decision-making and comprehension. These findings suggest that healthcare services and child development centers should collaborate to strengthen parents' skills in behavior modification, decision-making, and comprehension to promote appropriate child feeding practices.

Keywords: health literacy, child feeding practices, child development center.

บทนำ

เด็กปฐมวัยเป็นช่วงวัยที่มีการเจริญเติบโตและพัฒนาการอย่างรวดเร็วทั้งด้านร่างกาย สมอง สติปัญญา อารมณ์ และสังคม การได้รับอาหารที่เพียงพอ มีคุณภาพ และเหมาะสมตามวัยจึงเป็นพื้นฐานสำคัญต่อการพัฒนาเด็กให้เติบโตอย่างสมวัย ในทางตรงกันข้าม การได้รับสารอาหารไม่เหมาะสม ไม่ว่าจะเป็นการได้รับสารอาหารไม่เพียงพอหรือการได้รับพลังงานเกินความต้องการ สามารถนำไปสู่ภาวะเตี้ย ผอม น้ำหนักเกินและโรคอ้วน ตลอดจนเพิ่มความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพและโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในระยะต่อมา องค์การอนามัยโลก และกองทุนเพื่อเด็กแห่งสหประชาชาติ รายงานว่าในปี ค.ศ. 2024 เด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีทั่วโลกประมาณ 150.2 ล้านคนมีภาวะเตี้ย 42.8 ล้านคนมีภาวะผอมและ 35.5 ล้านคนมีภาวะน้ำหนักเกิน สะท้อนว่าภาวะทุพโภชนาการทั้งด้านขาดและเกินยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของโลก ประเทศไทยยังเผชิญปัญหาภาวะทุพโภชนาการในเด็กปฐมวัยในลักษณะภาระซ้อนทางโภชนาการ กล่าวคือ พบทั้งเด็กที่มีภาวะเตี้ยและผอมควบคู่กับเด็กที่มีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วน กรมอนามัยจึงกำหนดให้การแก้ไขปัญหาเด็กปฐมวัย เตี้ย ผอม อ้วน เป็นประเด็นสำคัญ โดยเน้นความร่วมมือระหว่างครอบครัว สถานพัฒนาเด็กปฐมวัย บุคลากรสาธารณสุขและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เนื่องจากการพัฒนาภาวะโภชนาการของเด็กไม่สามารถดำเนินการเฉพาะในสถานบริการสุขภาพหรือศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเท่านั้น แต่ต้องเชื่อมโยงกับพฤติกรรมการเลี้ยงดูและการจัดอาหารภายในครอบครัวอย่างต่อเนื่อง

ผู้ปกครองเป็นบุคคลสำคัญในการกำหนดสภาพแวดล้อมทางอาหารของเด็ก โดยมีบทบาทตั้งแต่การเลือกซื้อวัตถุดิบ การจัดเตรียมอาหาร การกำหนดเวลาและปริมาณอาหาร การจัดหาอาหารเช้า ผักผลไม้ นม และอาหารที่มีโปรตีน ตลอดจนการควบคุมการบริโภคขนมกรุบกรอบ น้ำหวาน อาหารแปรรูป และอาหารที่มีไขมันหรือน้ำตาลสูง การศึกษาของพรทิพย์ ลยานันท์ และคณะ (2566) พบว่า การปฏิบัติในการจัดอาหารแก่เด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครองมีความสัมพันธ์กับปัจจัยหลายประการ ได้แก่ ความเกี่ยวข้องกับเด็ก อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ความรู้ ความเชื่อ ทัศนคติ และค่านิยม แสดงให้เห็นว่าพฤติกรรมการให้อาหารเด็กไม่ได้เกิดจากความรู้เพียงอย่างเดียว แต่สัมพันธ์กับความสามารถในการนำข้อมูลไปใช้และบริบทการดำเนินชีวิตของครอบครัวด้วย ในปัจจุบันผู้ปกครองสามารถเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับอาหารและสุขภาพเด็กได้จากหลายช่องทาง ทั้งบุคลากรสาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ครูผู้ดูแลเด็ก สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก สื่อสังคมออนไลน์ และโฆษณาผลิตภัณฑ์อาหาร อย่างไรก็ตาม ข้อมูลที่ได้รับอาจมีความซับซ้อน ขัดแย้ง หรือมีวัตถุประสงค์ทางการตลาด ผู้ปกครองจึงจำเป็นต้องมีความสามารถมากกว่าการรับรู้หรือจดจำข้อมูล กล่าวคือ ต้องสามารถเข้าถึง ทำความเข้าใจ ซักถามและตรวจสอบข้อมูล ตัดสินใจเลือกแนวทางที่เหมาะสม ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และถ่ายทอดข้อมูลสุขภาพแก่สมาชิกในครอบครัวได้ ความสามารถดังกล่าวเรียกว่า “ความรอบรู้ด้านสุขภาพ” ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้บุคคลสามารถใช้ข้อมูลสุขภาพประกอบการตัดสินใจและจัดการสุขภาพของตนเองและบุคคลในความดูแลได้อย่างเหมาะสม (Nutbeam & Lloyd, 2021) ผลการศึกษาในประเทศไทยสะท้อนให้เห็นว่า ผู้เลี้ยงดูเด็กปฐมวัยยังมีข้อจำกัด

ด้านความรอบรู้ด้านสุขภาพบางองค์ประกอบ กันยา โพธิปิติ (2566) พบว่า ผู้เลี้ยงดูหลักมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยโดยรวมอยู่ในระดับพอใช้ โดยเฉพาะด้านการค้นหาข้อมูล การตรวจสอบและตัดสินใจ และการสื่อสารระหว่างบุคคลที่ยังอยู่ในระดับต่ำ นอกจากนี้ ระดับการศึกษา อาชีพ ความเพียงพอของรายได้ ความสัมพันธ์กับเด็ก และลักษณะครอบครัวมีความสัมพันธ์กับระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้เลี้ยงดู ขณะที่คำสงค์ ชินมาตร (2567) พบว่า ผู้เลี้ยงดูเด็กปฐมวัยมีความรอบรู้ด้านการเข้าถึงข้อมูลในระดับค่อนข้างสูง แต่ยังมีข้อจำกัดด้านการตัดสินใจ และพบว่าปัจจัยด้านการศึกษา อาชีพ รายได้ และลักษณะพื้นที่อยู่อาศัยมีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ผลการศึกษาเหล่านี้แสดงให้เห็นว่า แม้ผู้ปกครองจะสามารถเข้าถึงข้อมูลได้มากขึ้น แต่การทำความเข้าใจ ตรวจสอบ และนำข้อมูลไปใช้ในการดูแลเด็กยังมีความแตกต่างกันตามพื้นฐานและบริบทของแต่ละครอบครัวหลักฐานจากต่างประเทศสนับสนุนว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ปกครองมีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการให้อาหารเด็ก Costarelli และคณะ (2022) ศึกษาผู้ปกครองจำนวน 402 คน พบว่าผู้ปกครองที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงมีแนวโน้มให้คำแนะนำเกี่ยวกับการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์และติดตามการบริโภคอาหารของเด็กมากขึ้น ขณะเดียวกันมีแนวโน้มใช้อาหารเพื่อควบคุมอารมณ์หรือใช้เป็นรางวัลลดลง ขณะที่ Tartaglia และคณะ (2021) พบว่า ผู้ปกครองเด็กเล็กเผชิญข้อจำกัดหลายประการในการจัดอาหาร ได้แก่ เวลาที่จำกัด ความสะดวกในการหาอาหาร ความขัดแย้งระหว่างความต้องการของเด็กกับผู้ปกครอง อิทธิพลจากบุคคลในครอบครัว และข้อมูลเกี่ยวกับอาหารที่มีความขัดแย้งกัน จึงจำเป็นต้องได้รับการพัฒนาทักษะด้านความรอบรู้ทางอาหารและการจัดการปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน นอกจากนี้ การศึกษาของชัญญานุช ปานนิล และคณะ (2568) พบว่า ภายหลังผู้ปกครองเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านโภชนาการเด็กปฐมวัย คะแนนด้านความรู้และความเข้าใจ การเข้าถึงข้อมูล การแลกเปลี่ยนข้อมูล การตัดสินใจ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และการบอกต่อเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ พร้อมกับมีคะแนนการปฏิบัติด้านโภชนาการเด็กปฐมวัยสูงขึ้น ผลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นทักษะที่สามารถพัฒนาได้ และการส่งเสริมองค์ประกอบความรอบรู้อย่างเป็นระบบอาจนำไปสู่พฤติกรรมการให้อาหารเด็กที่เหมาะสมมากขึ้น

สำหรับบริบทของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านอู่ทอง ในเขตพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหัวทุ่ง ตำบลกะหรอ อำเภอนบพิตำ จังหวัดนครศรีธรรมราช จากข้อมูลการเฝ้าระวังการเจริญเติบโตของเด็กในภาคเรียนที่ 1 ปีการศึกษา 2568 จำนวน 110 คน พบเด็กที่มีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วนจำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 10.91 พบเด็กที่มีภาวะค่อนข้างผอมและผอมจำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 2.73 และพบเด็กที่มีส่วนสูงต่ำกว่าเกณฑ์จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 6.36 ข้อมูลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่าเด็กในพื้นที่มีปัญหาทั้งภาวะโภชนาการขาดและภาวะโภชนาการเกิน โดยพบภาวะเริ่มอ้วนและอ้วนในสัดส่วนสูงกว่าภาวะผอมประมาณ 4 เท่า สถานการณ์ดังกล่าวอาจเกี่ยวข้องกับรูปแบบการให้อาหารภายในครอบครัว เช่น การจัดอาหารสำเร็จรูป การให้ขนมและเครื่องดื่มรสหวาน ความถี่ในการจัดผักและผลไม้ ตลอดจนความสามารถ

ของผู้ปกครองในการเลือกและควบคุมอาหารให้เหมาะสมกับวัยของเด็ก อย่างไรก็ตาม ข้อมูลจากโครงร่างที่มีอยู่ยังไม่สามารถยืนยันได้ว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ปกครองมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการให้อาหารเด็กในพื้นที่มากน้อยเพียงใด จึงจำเป็นต้องศึกษาความสัมพันธ์ดังกล่าวโดยตรง

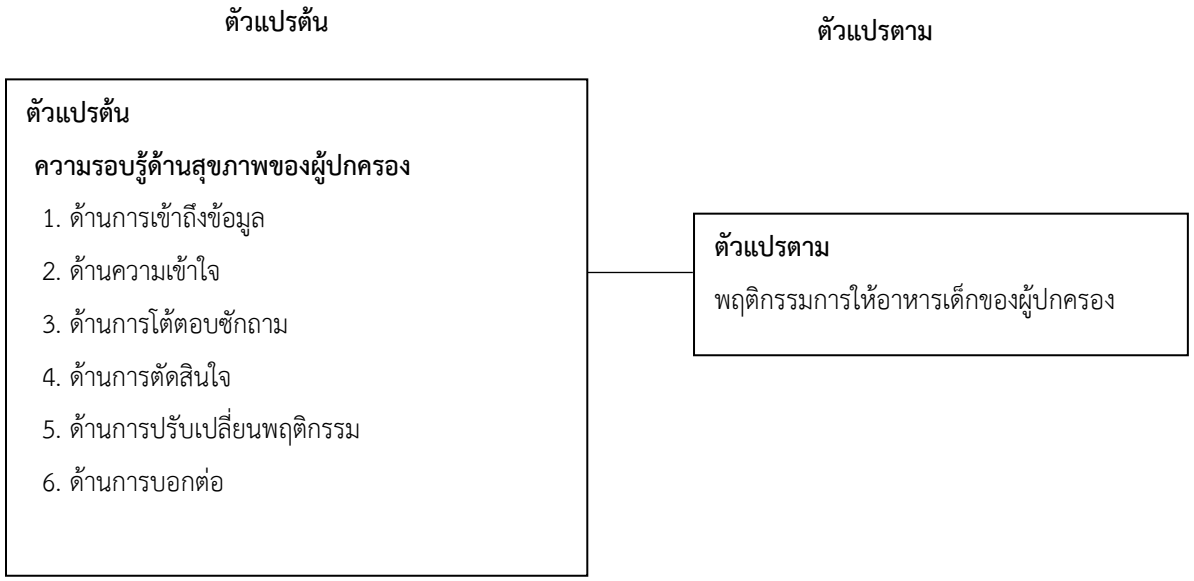
จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า งานวิจัยส่วนใหญ่มุ่งศึกษาระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้เลี้ยงดู ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความรอบรู้ ภาวะโภชนาการของเด็ก หรือผลของโปรแกรมพัฒนาความรอบรู้ด้านโภชนาการ ขณะที่ข้อมูลเฉพาะพื้นที่เกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ปกครอง ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูล ความเข้าใจ การโต้ตอบซักถาม การตัดสินใจ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และการบอกต่อ กับพฤติกรรมการให้อาหารเด็กยังมีจำกัด โดยเฉพาะในบริบทชุมชนกึ่งชนบทของอำเภอนบพิตำ จังหวัดนครศรีธรรมราช ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ปกครองกับพฤติกรรมการให้อาหารเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านอู่ทอง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหัวทุ่ง เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงประจักษ์เกี่ยวกับระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพและองค์ประกอบที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการให้อาหารเด็ก ผลการศึกษาจะเป็นฐานข้อมูลสำหรับออกแบบกิจกรรมพัฒนาทักษะของผู้ปกครอง ผลิตสื่อให้เหมาะสมกับข้อจำกัดของกลุ่มเป้าหมาย และสร้างความร่วมมือระหว่างครอบครัว ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อาสาสมัครสาธารณสุข และบุคลากรสาธารณสุขในการส่งเสริมพฤติกรรมการให้อาหารที่เหมาะสม อันจะนำไปสู่การส่งเสริมการเจริญเติบโตและสุขภาวะที่ดีของเด็กปฐมวัยในพื้นที่ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ปกครองในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก เขตพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหัวทุ่ง อำเภอนบพิตำ จังหวัดนครศรีธรรมราช
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ปกครองกับพฤติกรรมการให้อาหารเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านอู่ทอง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหัวทุ่ง อำเภอนบพิตำ จังหวัดนครศรีธรรมราช

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการให้อาหารเด็กของผู้ปกครองในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านอู่ทอง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหัวทุ่ง อำเภอนบพิตำ จังหวัดนครศรีธรรมราช โดยอาศัยพื้นฐานจากพัฒนามาจากแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพของ Nutbeam (2008) ซึ่งแบ่งระดับความรอบรู้เป็น 3 ระดับ (Functional, Communicative, Critical) ผสมผสานกับแนวคิดของ กองสุขศึกษา กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ที่ได้พัฒนาเป็นโมเดลพฤติกรรมสุขภาพสำหรับประชาชนไทย (V-Shape Health Literacy) ซึ่งประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ เพื่อให้ครอบคลุมกระบวนการตั้งแต่การรับรู้ไปจนถึงการบอกต่อ ดังนี้



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

เป็นการวิจัยแบบตัดขวาง (Cross sectional research)

ประชากรที่ศึกษา

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ ผู้ปกครองของเด็กปฐมวัย (ระดับชั้นเตรียมอนุบาล - อนุบาล 3) ที่กำลังศึกษาอยู่ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านอู่ทอง ในเขตพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหัวทุ่ง ตำบลกะหรอ อำเภอนบพิตำ จังหวัดนครศรีธรรมราช ในภาคเรียนที่ 1 ปีการศึกษา 2568 จำนวนทั้งสิ้น 110 คน

กลุ่มตัวอย่าง และการสุ่ม

ผู้วิจัยได้ทำการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ตารางสำเร็จรูปของ เครจซี่ และ มอร์แกน (Krejcie & Morgan, 1970) ที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 และความคลาดเคลื่อนร้อยละ 5 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 86 คน ทั้งนี้ ผู้วิจัยได้เพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างสำรองอีกร้อยละ 10 เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลหรือแบบสอบถามไม่สมบูรณ์ ทำให้ได้กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาจริงจำนวนทั้งสิ้น 95 คน

ผู้วิจัยดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจำนวน 96 คน (รวมกลุ่มตัวอย่างสำรอง) จากประชากรเป้าหมายทั้งหมด 110 คน โดยใช้วิธีการสุ่มแบบง่าย เพื่อให้ประชากรทุกหน่วยมีโอกาสถูกเลือกมาเป็นกลุ่มตัวอย่างเท่าเทียมกัน โดยผู้วิจัยเลือกใช้วิธีการจับสลากแบบไม่ใส่คืน ซึ่งมีขั้นตอนการดำเนินการดังต่อไปนี้

1. การจัดทำกรอบการสุ่ม ผู้วิจัยติดต่อขอความอนุเคราะห์ข้อมูลจากศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านอู่ทอง เพื่อจัดทำบัญชีรายชื่อผู้ปกครองของเด็กนักเรียนทั้งหมดที่กำลังศึกษาอยู่ในปีการศึกษาปัจจุบัน จำนวน 110 คน

2. การกำหนดรหัส นำรายชื่อผู้ปกครองทั้งหมดมาจัดเรียงตามลำดับตัวอักษร หรือตามสมุด

ทะเบียนของศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จากนั้นกำหนดหมายเลขกำกับรายชื่อตั้งแต่หมายเลข 001 ถึง 110

3. การเตรียมสลาก จัดทำสลากหมายเลข 001 ถึง 110 เขียนลงบนกระดาษที่มีขนาดและลักษณะเหมือนกันทุกประการ ม้วนพับให้มิดชิดและนำใส่ในกล่องทึบเพื่อป้องกันความลำเอียง

4. การสุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยทำการเขย่ากล่องเพื่อให้สลากคละเคล้ากันอย่างทั่วถึง จากนั้นหยิบสลากขึ้นมาทีละ 1 ใบ บันทึกหมายเลขที่จับได้ และไม่ใส่สลากใบนั้นกลับคืนลงไปในกล่อง ดำเนินการหยิบสลากอย่างต่อเนื่องจนกว่าจะได้กลุ่มตัวอย่างครบตามจำนวนที่กำหนดไว้ คือ 96 คน นำหมายเลขที่จับได้ไปเทียบกับบัญชีรายชื่อเพื่อใช้เป็นกลุ่มตัวอย่างในการเก็บรวบรวมข้อมูลต่อไป

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ปกครองหลักซึ่งเป็นบิดา มารดา หรือญาติ เช่น ปู่ ย่า ตา หรือยาย ที่ทำหน้าที่ดูแลเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านอู่ทอง ปีการศึกษา 2568 มีบทบาทหลักในการจัดหาอาหารหรือดูแลการรับประทานอาหารของเด็ก อาศัยอยู่ร่วมบ้านกับเด็กเป็นประจำ และสมัครใจเข้าร่วมการวิจัยโดยยินดีตอบแบบสอบถามด้วยตนเองจนเสร็จสมบูรณ์

เกณฑ์การคัดออกกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ปกครองของเด็กที่มีโรคประจำตัวเรื้อรังซึ่งส่งผลโดยตรงต่อการเจริญเติบโตหรือภาวะโภชนาการ เช่น โรคไทรอยด์ โรคหัวใจแต่กำเนิด หรือความผิดปกติทางเมตาบอลิซึม ผู้ที่ตอบแบบสอบถามไม่ครบถ้วนในส่วนสำคัญหรือไม่สามารถให้ข้อมูลน้ำหนักและส่วนสูงของเด็กได้ รวมถึงกรณีที่เด็กหนึ่งคนมีผู้ปกครองตอบแบบสอบถามมากกว่าหนึ่งคน ซึ่งจะคัดเลือกข้อมูลจากผู้ดูแลหลักเพียงหนึ่งชุด ตลอดจนผู้ที่ปฏิเสธหรือขอถอนตัวจากการวิจัยในระหว่างการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาจากการทบทวนแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 3 ส่วน แบบสอบถามได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความครอบคลุม และความเหมาะสมของภาษาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน ได้แก่ อาจารย์ด้านสาธารณสุขศาสตร์ 2 คน และนักวิชาการสาธารณสุข 1 คน พบว่าค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหารายข้อ (I-CVI) อยู่ระหว่าง 0.67–1.00 โดยผู้วิจัยปรับปรุงข้อคำถามที่มีค่า I-CVI เท่ากับ 0.67 ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิก่อนนำไปใช้ และมีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาทั้งฉบับ (S-CVI/Ave) เท่ากับ 0.96 จากนั้นนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับผู้ปกครองที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างแต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.84

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป จำนวน 8 ข้อ มีลักษณะเป็นแบบตรวจสอบรายการและเติมข้อความ ประกอบด้วยข้อมูลของผู้ปกครอง ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน และความเกี่ยวข้องกับเด็ก รวมทั้งข้อมูลของเด็ก ได้แก่ เพศ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง และประวัติโรคประจำตัว

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพ จำนวน 24 ข้อ เป็นมาตรประมาณค่า 5 ระดับ ครอบคลุม 6 ด้าน ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูล ความเข้าใจ การโต้ตอบซักถาม การตัดสินใจ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และการบอกต่อ ด้านละ 4 ข้อ ให้คะแนน

ตั้งแต่ 1 คะแนน หมายถึง ไม่เคยปฏิบัติหรือไม่มั่นใจเลย ถึง 5 คะแนน หมายถึง ปฏิบัติเป็นประจำหรือมั่นใจมากที่สุด แปลผลคะแนนเฉลี่ยเป็น 5 ระดับ ได้แก่ 4.50–5.00 ระดับมากที่สุด 3.50–4.49 ระดับมาก 2.50–3.49 ระดับปานกลาง 1.50–2.49 ระดับน้อย และ 1.00–1.49 ระดับน้อยที่สุด

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมการให้อาหารเด็กของผู้ปกครอง จำนวน 10 ข้อ เป็นมาตรวัดความถี่ 5 ระดับ แบ่งเป็นอาหารที่มีประโยชน์ 5 ข้อ ได้แก่ อาหารเช้า นมจืด ผัก ผลไม้สด และเนื้อสัตว์หรือไข่ และอาหารที่ควรหลีกเลี่ยง 5 ข้อ ได้แก่ ขนมกรุบกรอบ เครื่องดื่มรสหวาน อาหารแปรรูป อาหารทอดหรืออาหารมัน และเบเกอรี่หรือขนมหวาน ข้อคำถามเกี่ยวกับอาหารที่มีประโยชน์ให้คะแนนจาก 1–5 คะแนนตามความถี่ที่เพิ่มขึ้น ส่วนข้อคำถามเกี่ยวกับอาหารที่ควรหลีกเลี่ยงให้คะแนนย้อนกลับ โดยคะแนนสูงแสดงถึงพฤติกรรมการให้อาหารที่เหมาะสม แปลผลคะแนนเฉลี่ยเป็น 3 ระดับ ได้แก่ 3.68–5.00 ระดับดี 2.34–3.67 ระดับปานกลาง และ 1.00–2.33 ระดับควรปรับปรุง

การรวบรวมข้อมูล

1 ก่อนเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้ดำเนินการขออนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมในคนของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช

2 ภายหลังผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมในคนของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราชแล้ว ผู้วิจัยจัดทำหนังสือเพื่อขอความอนุเคราะห์กับผู้อำนวยการศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านอู่ทอง เพื่อการขอเข้าเก็บข้อมูลในการทำวิจัย

3 ทีมผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลภาคสนาม โดยจะแนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่างเพื่อทำความรู้จักและขอความร่วมมือในการทำแบบประเมิน พร้อมชี้แจงวัตถุประสงค์และวิธีการตอบแบบประเมิน

4 ทีมผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์ตามแบบสอบถาม ใช้เวลาประมาณ 30 –45 นาที

5 หลังจากเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้อง ความครบถ้วนของข้อมูลเพื่อทำการวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป สำหรับแบบประเมินที่กลุ่มตัวอย่างตอบไม่สมบูรณ์จะไม่นำไปวิเคราะห์ต่อ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนของแบบสอบถาม ลงรหัส และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ข้อคำถามเกี่ยวกับอาหารที่ควรหลีกเลี่ยงได้รับการกลับคะแนนก่อนคำนวณคะแนนรวม จากนั้นดำเนินการวิเคราะห์ดังนี้

ข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครองและเด็กวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด ตามระดับการวัดของตัวแปร ส่วนคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ปกครองทั้ง 6 ด้านและคะแนนพฤติกรรมการให้อาหารเด็ก วิเคราะห์ด้วยค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน พร้อมแปลผลตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้

ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ปกครอง ทั้งรายด้านและภาพรวม กับพฤติกรรมการให้อาหารเด็ก วิเคราะห์ด้วยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน ภายหลังตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้น ได้แก่ การแจกแจงข้อมูลใกล้เคียงปกติ ความสัมพันธ์เชิงเส้น และการไม่มีค่าผิดปกติรุนแรง การแปลระดับ

ความสัมพันธ์พิจารณาจากค่าสัมบูรณ์ของสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ดังนี้ 0.00–0.20 หมายถึง ระดับต่ำมาก 0.21–0.40 หมายถึง ระดับต่ำ 0.41–0.60 หมายถึง ระดับปานกลาง 0.61–0.80 หมายถึง ระดับสูง และ 0.81–1.00 หมายถึง ระดับสูงมาก โดยเครื่องหมายบวกหรือลบแสดงทิศทางของความสัมพันธ์

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ดำเนินการภายหลังได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช เลขที่ NSTPH 30/2569 ลงวันที่ 23 กุมภาพันธ์ 2569 ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน ประโยชน์ และสิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัยก่อนขอความยินยอม โดยการเข้าร่วมเป็นไปด้วยความสมัครใจ ผู้เข้าร่วมสามารถปฏิเสธหรือถอนตัวได้ตลอดเวลาโดยไม่ส่งผลกระทบต่อสิทธิหรือการรับบริการ ข้อมูลทั้งหมดถูกเก็บเป็นความลับ ใช้รหัสแทนชื่อ และนำเสนอผลในภาพรวมเท่านั้น

ผลการวิจัย

ปัจจัยส่วนบุคคล ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็นข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 74.74 มีอายุระหว่าง 30–39 ปี ร้อยละ 48.42 โดยมีอายุเฉลี่ย 36.84 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 80.00 สำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลายหรือประกาศนียบัตรวิชาชีพ ร้อยละ 28.42 และประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 26.32 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนระหว่าง 5,001–10,000 บาท ร้อยละ 32.63 และผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็นมารดาของเด็ก ร้อยละ 65.26 สำหรับเด็กในปกครอง พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 51.58 มีอายุระหว่าง 4 ปีถึงน้อยกว่า 5 ปี ร้อยละ 36.84 โดยมีอายุเฉลี่ย 4.27 ปี และเด็กส่วนใหญ่ไม่มีประวัติโรคประจำตัว ร้อยละ 93.68 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครองและเด็กในปกครอง (n = 95)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครอง		
เพศ		
ชาย	24	25.26
หญิง	71	74.74
อายุ		
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 29 ปี	17	17.89
30–39 ปี	46	48.42
40–49 ปี	23	24.21
50 ปีขึ้นไป	9	9.48
ค่าเฉลี่ย 36.84 ปี, S.D. = 8.92, ต่ำสุด–สูงสุด = 20–63 ปี		

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
สถานภาพสมรส		
โสด	8	8.42
คู่	76	80.00
หม้าย	5	5.26
หย่าร้าง/แยกกันอยู่	6	6.32
ระดับการศึกษาสูงสุด		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	2	2.11
ประถมศึกษา	18	18.95
มัธยมศึกษาตอนต้น	23	24.21
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	27	28.42
อนุปริญญา/ปวส.	12	12.63
ปริญญาตรีขึ้นไป	13	13.68
อาชีพปัจจุบัน		
ไม่มีอาชีพ	12	12.63
ค้าขาย	16	16.84
รับจ้าง	25	26.32
เกษตรกรรม	22	23.16
ธุรกิจส่วนตัว	10	10.53
อื่น ๆ	10	10.52
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน		
ไม่เกิน 5,000 บาท	20	21.05
5,001–10,000 บาท	31	32.63
10,001–15,000 บาท	24	25.26
มากกว่า 15,000 บาท	20	21.06
ค่าเฉลี่ย 10,684.21 บาท, S.D. = 5,432.17		
ความเกี่ยวข้องกับเด็ก		
บิดา	18	18.95
มารดา	62	65.26

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ปู่/ย่า/ตา/ยาย	12	12.63
อื่น ๆ	3	3.16
ข้อมูลทั่วไปของเด็กในปกครอง		
เพศ		
ชาย	49	51.58
หญิง	46	48.42
อายุ		
2 ปีถึงน้อยกว่า 4 ปี	26	27.37
4 ปีถึงน้อยกว่า 5 ปี	35	36.84
5–6 ปี	34	35.79
ค่าเฉลี่ย 4.27 ปี, S.D. = 0.82		
ประวัติโรคประจำตัว		
ไม่มี	89	93.68
มี	6	6.32

ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ปกครองในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

ผู้ปกครองในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กมีความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.75 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.49 เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านการเข้าถึงข้อมูลมีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด อยู่ในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.08 รองลงมาคือ ด้านการตัดสินใจ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.95 และด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.84 ตามลำดับ ด้านที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลางมีจำนวน 2 ด้าน ได้แก่ ด้านการบอกต่อ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.46 และด้านการโต้ตอบซักถาม มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.44 ซึ่งเป็นด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ปกครองในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จำแนกรายด้าน (n = 95)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ปกครอง	ค่าเฉลี่ย (M)	S.D.	ระดับ
1. ด้านการเข้าถึงข้อมูล	4.08	0.55	มาก
2. ด้านความเข้าใจ	3.72	0.61	มาก
3. ด้านการโต้ตอบซักถาม	3.44	0.68	ปานกลาง
4. ด้านการตัดสินใจ	3.95	0.57	มาก

ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ปกครอง	ค่าเฉลี่ย (M)	S.D.	ระดับ
5. ด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม	3.84	0.60	มาก
6. ด้านการบอกต่อ	3.46	0.66	ปานกลาง
ภาพรวม	**3.75**	**0.49**	**มาก**

ระดับพฤติกรรมการให้อาหารเด็กของผู้ปกครองในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

ผู้ปกครองมีพฤติกรรมการให้อาหารเด็กโดยรวมอยู่ในระดับดี มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.71 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.46 เมื่อพิจารณาเป็นรายกลุ่ม พบว่า พฤติกรรมการจัดอาหารที่มีประโยชน์ให้แก่เด็กอยู่ในระดับดี มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.92 ขณะที่พฤติกรรมการควบคุมอาหารที่ควรหลีกเลี่ยงอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.50 เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า พฤติกรรมที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด ได้แก่ การจัดให้เด็กรับประทานเนื้อสัตว์หรือไข่ อยู่ในระดับดี มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.22 รองลงมาคือ การจัดให้เด็กรับประทานอาหารเช้า มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.18 และการจัดให้เด็กรับประทานนมจืด มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.06 ตามลำดับ ส่วนพฤติกรรมที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด ได้แก่ การควบคุมการรับประทานน้ำหวานและน้ำอัดลมของเด็ก ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.37 ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ระดับพฤติกรรมการให้อาหารเด็กของผู้ปกครองในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านอู่ทอง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหัวทุ่ง อำเภอนบพิตำ จังหวัดนครศรีธรรมราช จำแนกรายข้อ (n = 95)

พฤติกรรมการให้อาหารเด็กของผู้ปกครอง	ค่าเฉลี่ย (M)	S.D.	ระดับ
กลุ่มอาหารที่มีประโยชน์			
1. จัดให้เด็กรับประทานอาหารเช้า	4.18	0.62	ดี
2. จัดให้เด็กรับประทานนมจืด	4.06	0.65	ดี
3. จัดให้เด็กรับประทานผักใบเขียวหรือผักหลากสี	3.54	0.72	ปานกลาง
4. จัดให้เด็กรับประทานผลไม้สด	3.61	0.69	ปานกลาง
5. จัดให้เด็กรับประทานเนื้อสัตว์หรือไข่	4.22	0.58	ดี
กลุ่มอาหารที่ควรหลีกเลี่ยง			
6. ควบคุมการรับประทานขนมกรุบกรอบของเด็ก	3.42	0.74	ปานกลาง
7. ควบคุมการรับประทานน้ำหวานและน้ำอัดลมของเด็ก	3.37	0.77	ปานกลาง
8. ควบคุมการรับประทานอาหารแปรรูปของเด็ก	3.58	0.70	ปานกลาง
9. ควบคุมการรับประทานอาหารทอดหรืออาหารมันของเด็ก	3.45	0.73	ปานกลาง
10. ควบคุมการรับประทานเบเกอรี่และขนมหวานของเด็ก	3.66	0.68	ปานกลาง
พฤติกรรมการให้อาหารเด็กโดยรวม	**3.71**	**0.46**	**ดี**

ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ปกครองกับพฤติกรรมการให้อาหารเด็ก

ความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมของผู้ปกครองมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมการให้อาหารเด็กอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (r = 0.342, p = 0.001) แสดงว่า เมื่อผู้ปกครองมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น มีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมการให้อาหารเด็กที่เหมาะสมเพิ่มขึ้น เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพจำนวน 3 ด้านมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการให้อาหารเด็กอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางและมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สูงที่สุด (r = 0.421, p < 0.001) รองลงมาคือ ด้านการตัดสินใจ ซึ่งมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำ (r = 0.318, p = 0.002) และด้านความเข้าใจ ซึ่งมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำ (r = 0.234, p = 0.022) ตามลำดับ ส่วนด้านการเข้าถึงข้อมูล ด้านการโต้ตอบซักถาม และด้านการบอกต่อ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการให้อาหารเด็กแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ปกครองกับพฤติกรรมการให้อาหารเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านอู่ทอง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหัวทุ่ง อำเภอนบพิตำ จังหวัดนครศรีธรรมราช (n = 95)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ปกครอง	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (r)	p-value	ระดับความสัมพันธ์
1. ด้านการเข้าถึงข้อมูล	0.154	0.136	ต่ำมาก
2. ด้านความเข้าใจ	0.234	0.022*	ต่ำ
3. ด้านการโต้ตอบซักถาม	0.189	0.067	ต่ำมาก
4. ด้านการตัดสินใจ	0.318	0.002**	ต่ำ
5. ด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม	0.421	<0.001**	ปานกลาง
6. ด้านการบอกต่อ	0.121	0.243	ต่ำมาก
ความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวม	**0.342**	**0.001****	**ต่ำ**

หมายเหตุ: * มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ที่เป็นบวก หมายถึง ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ปกครองและพฤติกรรมการให้อาหารเด็กมีการเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางเดียวกัน

การอภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ปกครองกับพฤติกรรมการให้อาหารเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านอู่ทอง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหัวทุ่ง อำเภอนบพิตำ จังหวัดนครศรีธรรมราช สามารถอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์การวิจัยได้ดังนี้

1. ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ปกครองในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ผลการศึกษาพบว่า ผู้ปกครองมีความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.75 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ

0.49 แสดงให้เห็นว่า ผู้ปกครองส่วนใหญ่มีความสามารถในการเข้าถึง ทำความเข้าใจ และนำข้อมูลสุขภาพและโภชนาการมาใช้ประกอบการดูแลเด็กได้ค่อนข้างดี ผลดังกล่าวอาจอธิบายได้จากบริบทของพื้นที่ที่ผู้ปกครองสามารถเข้าถึงบริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ครูผู้ดูแลเด็ก และช่องทางการสื่อสารของชุมชนได้อย่างต่อเนื่อง อีกทั้งผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็นมารดาและเป็นผู้ดูแลหลักซึ่งมีบทบาทโดยตรงในการเลือกซื้อ จัดเตรียม และควบคุมอาหารของเด็ก จึงมีโอกาสสะสมประสบการณ์และเรียนรู้ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพเด็กจากหลายแหล่ง ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับแนวคิดของ Nutbeam และ Lloyd (2021) ที่อธิบายว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่ได้จำกัดเพียงการอ่านหรือจดจำข้อมูล แต่ครอบคลุมทักษะในการเข้าถึง ทำความเข้าใจ ประเมิน และประยุกต์ใช้ข้อมูลเพื่อประกอบการตัดสินใจในชีวิตประจำวัน นอกจากนี้ Ahmadi และ Karamitanha (2023) พบว่า มารดาของเด็กก่อนวัยเรียนส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพและความรอบรู้ด้านโภชนาการในระดับเพียงพอ โดยระดับการศึกษา สถานภาพการทำงาน ฐานะทางเศรษฐกิจ และการใช้อินเทอร์เน็ตเป็นแหล่งข้อมูล มีส่วนเกี่ยวข้องกับระดับความรอบรู้ของมารดา ซึ่งสนับสนุนว่าการเข้าถึงแหล่งข้อมูลที่หลากหลายและการมีประสบการณ์ในการดูแลเด็กอาจเอื้อต่อการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ปกครอง เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านการเข้าถึงข้อมูลมีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดเท่ากับ 4.08 อยู่ในระดับมาก สะท้อนว่าผู้ปกครองสามารถเข้าถึงบุคลากรสาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุข ครูผู้ดูแลเด็ก สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก ตลอดจนข้อมูลผ่านโทรศัพท์มือถือและสื่อสังคมออนไลน์ได้ค่อนข้างสะดวก สอดคล้องกับการศึกษาของคำสงค์ ชินมาตร (2567) ซึ่งพบว่า ผู้เลี้ยงดูเด็กปฐมวัยมีความรอบรู้ด้านการเข้าถึงข้อมูลอยู่ในระดับสูงมากกว่าองค์ประกอบบางด้าน ทั้งนี้การเข้าถึงข้อมูลที่ดีอาจเป็นผลจากระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่อยู่ใกล้ชุมชน รวมถึงการใช้ช่องทางดิจิทัลและเครือข่ายของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในการเผยแพร่ข้อมูลสุขภาพและแจ้งกิจกรรมแก่ผู้ปกครอง รองลงมาคือ ด้านการตัดสินใจ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.95 และด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.84 ซึ่งอยู่ในระดับมากทั้งสองด้าน ผลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า ผู้ปกครองสามารถนำความรู้เกี่ยวกับอาหารและสุขภาพมาใช้เลือกวัตถุดิบ วางแผนอาหารเช้า ควบคุมการซื้อขนมและน้ำหวาน ตลอดจนจัดผัก ผลไม้ และอาหารที่มีประโยชน์ให้แก่เด็กได้ในระดับหนึ่ง ความสามารถดังกล่าวเป็นทักษะที่อยู่ใกล้กับการปฏิบัติจริง เนื่องจากผู้ปกครองเป็นผู้กำหนดสภาพแวดล้อมทางอาหารภายในครอบครัวและเป็นผู้ตัดสินใจว่าอาหารชนิดใดจะถูกนำเข้ามาเก็บหรือจัดเตรียมภายในบ้าน อย่างไรก็ตาม ด้านการโต้ตอบซักถามมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.44 และด้านการบอกต่อมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.46 ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง แสดงให้เห็นว่า แม้ผู้ปกครองจะสามารถเข้าถึงและทำความเข้าใจข้อมูลได้ แต่ยังมีข้อจำกัดในการตั้งคำถาม ตรวจสอบความน่าเชื่อถือ เปรียบเทียบข้อมูลจากหลายแหล่ง รวมถึงการสื่อสารเพื่อโน้มน้าวสมาชิกในครอบครัวหรือถ่ายทอดข้อมูลแก่ผู้ปกครองคนอื่น ผลดังกล่าวมีแนวโน้มสอดคล้องกับการศึกษาของกันยา โพธิปิติ (2566) ซึ่งพบว่า ผู้เลี้ยงดูเด็กปฐมวัยมีข้อจำกัดด้านการค้นหาและตรวจสอบข้อมูล การตัดสินใจ และการสื่อสารระหว่างบุคคล นอกจากนี้ Tartaglia และคณะ (2021) พบว่า ผู้ปกครองเด็กอายุ 0–5 ปีเผชิญข้อมูลด้านอาหารที่ขัดแย้งกัน ความกดดันจากบุคคลในครอบครัว ข้อจำกัดด้านเวลา และความไม่มั่นใจว่าจะเลือกแนวทางการให้

อาหารเด็กอย่างไร ความสามารถในการได้รับข้อมูลจึงอาจไม่เพียงพอ หากผู้ปกครองยังขาดทักษะการประเมินความน่าเชื่อถือและการสื่อสารกับบุคคลรอบตัว ผลการศึกษาที่พบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับมาก แตกต่างจากการศึกษาของกันยา โพธิปิติ (2566) ซึ่งพบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยของผู้เลี้ยงดูหลักส่วนใหญ่อยู่ในระดับพอใช้ และการศึกษาของคำสงค์ ชินมาตร (2567) ที่พบว่าผู้เลี้ยงดูส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับพอใช้ ความแตกต่างนี้อาจเกิดจากลักษณะประชากร พื้นที่ศึกษา ระบบบริการสุขภาพ ช่องทางการสื่อสาร และเกณฑ์การประเมินที่แตกต่างกัน รวมถึงการศึกษาครั้งนี้ดำเนินการในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กแห่งเดียว ซึ่งผู้ปกครองอาจได้รับข้อมูลหรือเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจากหน่วยงานในพื้นที่อย่างใกล้ชิดมากกว่าการศึกษาที่ครอบคลุมหลายพื้นที่

2. ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ปกครองกับพฤติกรรมการให้อาหารเด็ก ผลการศึกษาพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมของผู้ปกครองมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมการให้อาหารเด็กอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ 0.342 และค่า p เท่ากับ 0.001 หมายความว่า เมื่อผู้ปกครองมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น มีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมการให้อาหารเด็กที่เหมาะสมเพิ่มขึ้นด้วย อย่างไรก็ตาม ความสัมพันธ์ที่พบอยู่ในระดับต่ำ จึงสะท้อนว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นเพียงปัจจัยหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการให้อาหารเด็ก และไม่สามารถอธิบายพฤติกรรมดังกล่าวได้ทั้งหมด ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Costarelli และคณะ (2022) ที่พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพและความรอบรู้ด้านโภชนาการของผู้ปกครองมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการให้อาหารเด็ก โดยผู้ปกครองที่มีความรอบรู้สูงมีแนวโน้มแนะนำอาหารเพื่อสุขภาพและติดตามการรับประทานอาหารของเด็กมากขึ้น ขณะเดียวกันมีแนวโน้มใช้อาหารเป็นรางวัลหรือใช้การควบคุมการกินอย่างไม่เหมาะสมน้อยลง นอกจากนี้ การศึกษาของพรทิพย์ ลยานันท์ และคณะ (2566) พบว่า ความรู้ ความเชื่อ ทัศนคติ ค่านิยม ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ และความเกี่ยวข้องกับเด็ก มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติในการจัดอาหารแก่เด็กก่อนวัยเรียน แสดงให้เห็นว่าพฤติกรรมการให้อาหารเกิดจากทั้งความสามารถภายในบุคคลและปัจจัยเอื้อจากครอบครัว เศรษฐกิจ และสภาพแวดล้อม เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการให้อาหารเด็กในระดับปานกลาง และมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สูงที่สุดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.421$, $p < 0.001$) ผลดังกล่าวอาจอธิบายได้ว่าการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเป็นองค์ประกอบที่เชื่อมโยงกับการปฏิบัติจริงมากที่สุด เช่น การจัดเตรียมผักและผลไม้ การไม่นำขนมกรุบกรอบหรือน้ำอัดลมมาเก็บไว้ในบ้าน การเป็นแบบอย่างในการรับประทานอาหาร และการสร้างกิจวัตรด้านสุขภาพให้แก่เด็ก เมื่อผู้ปกครองสามารถควบคุมสภาพแวดล้อมทางอาหารและปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง เด็กจึงมีโอกาสได้รับอาหารที่เหมาะสมมากขึ้น ผลดังกล่าวได้รับการสนับสนุนจากการศึกษาของสันติสุข ฮะวังจู และคณะ (2567) แม้ว่าจะศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัย แต่พบว่าทักษะการจัดการตนเองเป็นองค์ประกอบความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลเด็กสูงที่สุด รองลงมาคือการเข้าถึงข้อมูล ความรู้ความเข้าใจ และการตัดสินใจ สะท้อนว่าความรอบรู้ที่สามารถเปลี่ยนเป็นการจัดการกิจวัตรและสภาพแวดล้อมในครอบครัวได้ย่อมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลเด็กมากกว่า

การรับรู้ข้อมูลเพียงอย่างเดียว ด้านการตัดสินใจมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมการให้อาหารเด็กอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = 0.318, p = 0.002) เนื่องจากการให้อาหารเด็กในชีวิตประจำวันต้องอาศัยการตัดสินใจหลายประการ เช่น การเลือกวัตถุดิบแทนอาหารสำเร็จรูป การจำกัดการซื้อขนมและน้ำหวาน การวางแผนอาหารเช้า และการเลือกอาหารให้เหมาะสมกับวัย ผู้ปกครองที่สามารถพิจารณาประโยชน์ ความเสี่ยง และผลกระทบของอาหารแต่ละชนิดจึงมีแนวโน้มจัดอาหารให้เด็กได้เหมาะสมมากขึ้น อย่างไรก็ตาม ความสัมพันธ์อยู่ในระดับต่ำ เนื่องจากการตัดสินใจของผู้ปกครองอาจถูกจำกัดด้วยรายได้ เวลาในการเตรียมอาหาร ความสะดวกในการซื้ออาหาร ความชอบของเด็ก และอิทธิพลของสมาชิกคนอื่นในครอบครัว ด้านความเข้าใจมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมการให้อาหารเด็กอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = 0.234, p = 0.022) แสดงว่า การเข้าใจอาหารหลัก 5 หมู่ ฉลากโภชนาการ กราฟการเจริญเติบโต และผลกระทบจากขนม น้ำหวาน หรืออาหารโซเดียมสูง มีส่วนช่วยให้ผู้ปกครองจัดอาหารได้เหมาะสมขึ้น แต่ความเข้าใจเพียงอย่างเดียวยังไม่เพียงพอต่อการสร้างพฤติกรรมที่ต่อเนื่อง เนื่องจากต้องอาศัยทักษะการวางแผน การควบคุมตนเอง ทรัพยากรของครอบครัว และแรงสนับสนุนจากบุคคลรอบข้างร่วมด้วย ผลการศึกษาของชัญญานุช ปานนิล และคณะ (2568) สนับสนุนประเด็นนี้ โดยพบว่าโปรแกรมที่พัฒนาทั้งความรู้ความเข้าใจ การเข้าถึงข้อมูล การตัดสินใจ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และการบอกต่อ สามารถเพิ่มคะแนนการปฏิบัติด้านโภชนาการเด็กปฐมวัยของผู้ปกครองได้อย่างมีนัยสำคัญ แสดงให้เห็นว่าการพัฒนาพฤติกรรมจำเป็นต้องดำเนินการหลายองค์ประกอบร่วมกัน สำหรับด้านการเข้าถึงข้อมูล ด้านการโต้ตอบซักถาม และด้านการบอกต่อ พบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการให้อาหารเด็ก แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ผลดังกล่าวอาจเกิดจากการเข้าถึงข้อมูลเป็นเพียงจุดเริ่มต้นของกระบวนการความรอบรู้ด้านสุขภาพ การได้รับข้อมูลจากบุคลากรสุขภาพ สมุดบันทึกสุขภาพ หรือสื่อออนไลน์ไม่ได้หมายความว่าผู้ปกครองจะสามารถประเมินและนำข้อมูลไปใช้ได้อย่างเหมาะสมทุกครั้ง อีกทั้งคะแนนด้านการเข้าถึงข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับค่อนข้างสูงและอาจมีความแตกต่างระหว่างบุคคลไม่มาก จึงทำให้ความสัมพันธ์กับพฤติกรรมปรากฏไม่ชัดเจน ในทำนองเดียวกัน การโต้ตอบซักถามและการบอกต่อเป็นทักษะด้านการสื่อสารซึ่งอาจมีผลต่อพฤติกรรมทางอ้อมมากกว่าผลโดยตรง ผู้ปกครองบางรายอาจไม่ค่อยซักถามหรือถ่ายทอดข้อมูลให้ผู้อื่น แต่ยังสามารถจัดอาหารให้เด็กได้เหมาะสมจากประสบการณ์ส่วนตัว ในขณะที่ผู้ปกครองบางรายสามารถสื่อสารหรือแนะนำผู้อื่นได้ดี แต่ยังเผชิญข้อจำกัดด้านเวลา รายได้ หรือการยอมรับของสมาชิกในครอบครัว นอกจากนี้ เครื่องมือวัดพฤติกรรมการให้อาหารในการศึกษาครั้งนี้เน้นความถี่ของการจัดหรือให้เด็กรับประทานอาหารแต่ละกลุ่ม ซึ่งอาจได้รับอิทธิพลจากความชอบและพฤติกรรมการกินของเด็กด้วย ไม่ได้ขึ้นอยู่กับทักษะการสื่อสารของผู้ปกครองเพียงอย่างเดียว ผลที่พบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในระดับต่ำยังสอดคล้องกับข้อค้นพบของ Kocagozoglu และคณะ (2024) ซึ่งพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพของมารดามีความสัมพันธ์กับตัวชี้วัดการให้อาหารบางประการเท่านั้น ขณะที่พฤติกรรมการให้อาหารด้านอื่นได้รับอิทธิพลจากอายุของมารดา อายุของเด็ก และจำนวนบุตรในครอบครัว แสดงให้เห็นว่าการให้อาหารเด็กเป็นพฤติกรรมที่มีความซับซ้อนและเกิดจาก

ปฏิสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะ เศรษฐกิจ สังคม ลักษณะของเด็ก และสภาพแวดล้อมด้านอาหาร

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหัวทุ่ง ร่วมกับศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านอู่ทองควรจัดกิจกรรมพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ปกครอง โดยเน้นองค์ประกอบที่มีผลการประเมินอยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่ ด้านการโต้ตอบซักถามและด้านการบอกต่อ ผ่านกิจกรรมฝึกอ่านฉลากโภชนาการ การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลสุขภาพ การตั้งคำถามกับบุคลากรสาธารณสุข และการสื่อสารกับสมาชิกในครอบครัว เพื่อให้ผู้ปกครองสามารถนำข้อมูลไปใช้ในการดูแลและจัดอาหารให้เด็กได้อย่างเหมาะสมมากยิ่งขึ้น

2. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรนำผลการศึกษามาใช้วางแผนพัฒนากิจกรรมส่งเสริมพฤติกรรมการให้อาหารเด็ก โดยให้ความสำคัญกับการเสริมทักษะด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การตัดสินใจ และความเข้าใจ ซึ่งพบว่ามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการให้อาหารเด็กอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่น การจัดทำเมนูอาหารที่เหมาะสมตามวัย การฝึกเลือกซื้ออาหารภายใต้งบประมาณของครอบครัว การลดขนม น้ำหวาน และอาหารแปรรูป รวมถึงการติดตามพฤติกรรมการให้อาหารของผู้ปกครองอย่างต่อเนื่องร่วมกับครูผู้ดูแลเด็กและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาวิจัยเชิงทดลองหรือกึ่งทดลองเพื่อพัฒนาและประเมินผลโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ปกครอง โดยเน้นด้านการโต้ตอบซักถาม การบอกต่อ การตัดสินใจ และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม พร้อมติดตามผลต่อพฤติกรรมการให้อาหารและภาวะโภชนาการของเด็กในระยะยาว เพื่อให้สามารถอธิบายความสัมพันธ์เชิงเหตุและผลได้ชัดเจนยิ่งขึ้น

2. ควรขยายพื้นที่ศึกษาและเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างให้ครอบคลุมศูนย์พัฒนาเด็กเล็กหลายแห่ง รวมทั้งศึกษาปัจจัยอื่นที่อาจเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการให้อาหารเด็ก เช่น รายได้ ระดับการศึกษา ความมั่นคงทางอาหาร เวลาในการเตรียมอาหาร อิทธิพลของสมาชิกในครอบครัว และความชอบด้านอาหารของเด็ก เพื่อให้สามารถอธิบายพฤติกรรมการให้อาหารเด็กได้ครอบคลุมมากขึ้น

อ้างอิง

กรมอนามัย. (2567). *กรมอนามัยเปิดตัว Model พลัง 3 สร้าง แก้ปัญหาเด็กปฐมวัยไทยเตี้ย ผอม อ้วน*. กระทรวงสาธารณสุข.

กันยา โพธิปิติ. (2566). ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยของผู้เลี้ยงดูหลักและครู/ผู้ดูแลเด็กในเขตสุขภาพที่ 5. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น, 15*(1), 28–50.

คำสงค์ ชินมาตร. (2567). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ และความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับภาวะโภชนาการและพัฒนาการเด็กปฐมวัยในผู้เลี้ยงดูเด็ก. *วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ, 17*(2), 140–153.

ชัญญานุช ปานนิล, ธัญลักษณ์ ทองหล่อ, นิตยา ศรีมานนท์, และผดุงศักดิ์ ศรีวาส. (2568). ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านโภชนาการเด็กปฐมวัยของผู้ปกครองในสถานส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น, 17*(1), 216–229.

พรทิพย์ ลยานันท์, จิตรพรรณ ภูษาภักดีภพ, และจิราพัชร ชิษสวัสดิ์. (2566). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติในการจัดอาหารแก่เด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครองที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กสังกัดองค์การบริหารส่วนตำบลแห่งหนึ่ง อำเภอกบินทร์บุรี จังหวัดปราจีนบุรี. *วารสารสาธารณสุข มหาวิทยาลัยบูรพา, 18*(2), 74–87.

ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านอู่ทอง. (2568). *สรุปผลการเฝ้าระวังภาวะการเจริญเติบโตของนักเรียน ปีการศึกษา 2568*. องค์การบริหารส่วนตำบลกะหรอ.

สันติสุข ฮะวังจู, นิภา มหารัชพงศ์, และปาจรีย์ อับดุลลากาซิม. (2567). ปัจจัยความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยของผู้ดูแล จังหวัดจันทบุรี. *วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ, 17*(2), 226–239.

Ahmadi, F., & Karamitanha, F. (2023). Health literacy and nutrition literacy among mothers with preschool children: What factors are effective? *Preventive Medicine Reports, 35*, 102323.

Costarelli, V., Michou, M., Panagiotakos, D. B., & Lionis, C. (2022). Parental health literacy and nutrition literacy affect child feeding practices: A cross-sectional study. *Nutrition and Health, 28*(1), 59–68. https://doi.org/10.1177/02601060211001489

Kocagozoglu, S. G., Sengelen, M., & Yalcin, S. S. (2024). Evaluation of complementary feeding indicators among children aged 6–23 months according to the health literacy status of their mothers. *Nutrients, 16*(20), 3537.

Krejcie, R. V., & Morgan, D. W. (1970). Determining sample size for research activities. *Educational and Psychological Measurement, 30*(3), 607–610. https://doi.org/10.1177/001316447003000308

Nutbeam, D., & Lloyd, J. E. (2021). Understanding and responding to health literacy as a social determinant of health. *Annual Review of Public Health, 42*, 159–173. https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-090419-102529

Tartaglia, J., McIntosh, M., Jancey, J., Scott, J., & Begley, A. (2021). Exploring feeding practices and food literacy in parents with young children from disadvantaged areas. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 18*(4), 1496. https://doi.org/10.3390/ijerph18041496

United Nations Children's Fund, World Health Organization, & World Bank Group. (2025). *Levels and trends in child malnutrition: UNICEF/WHO/World Bank Group joint child malnutrition estimates: Key findings of the 2025 edition*. World Health Organization.

วารสารวิชาการเพื่อการพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิและสาธารณสุข
Academic Journal for Primary Care and Public Health Development

อิทธิพลของความรอบรู้ด้านสุขภาพ และการเข้าถึงข้อมูลสารสนเทศ ที่มีต่อสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเมืองกระบี่ จังหวัดกระบี่

The Influence of Health Literacy and Information Accessibility on the Competence in Caring for Patients with Non-Communicable Diseases among Village Health Volunteers in Mueang Krabi District, Krabi Province.

ธนภรณ์ ชนะไพริน
Tanaporn Chanapairin
นักสาธารณสุขชำนาญการ
สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองกระบี่ จังหวัดกระบี่
(Received: May 31, 2026; Accepted: July 30, 2026)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ การเข้าถึงข้อมูลสารสนเทศ และสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง รวมทั้งวิเคราะห์อิทธิพลของความรอบรู้ด้านสุขภาพและการเข้าถึงข้อมูลสารสนเทศต่อสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเมืองกระบี่ จังหวัดกระบี่ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 313 คน ได้จากการสุ่มแบบแบ่งชั้นภูมิตามสัดส่วนและการสุ่มอย่างง่าย เครื่องมือเป็นแบบสอบถาม 4 ตอน ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป ความรอบรู้ด้านสุขภาพ การเข้าถึงข้อมูลสารสนเทศ และสมรรถนะการดูแลผู้ป่วย ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน และมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .79 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการถดถอยเชิงเส้นพหุคูณ

ผลการวิจัยพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพ การเข้าถึงข้อมูลสารสนเทศ และสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 2.79$, $S.D. = 0.64$; $M = 3.94$, $S.D. = 0.59$; และ $M = 3.90$, $S.D. = 0.58$ ตามลำดับ) ตัวแปรทำนายทั้ง 8 ตัวร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของสมรรถนะได้ร้อยละ 46.80 ($R^2 = .468$, Adjusted $R^2 = .454$, $F(8, 304) = 33.43$, $p < .001$) ตัวแปรที่มีอิทธิพลอย่างมีนัยสำคัญ ได้แก่ ทักษะการนำไปใช้ แหล่งข้อมูล ทักษะการตัดสินใจ และความถี่ในการได้รับข้อมูลข่าวสาร ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่าหน่วยงานสาธารณสุขควรพัฒนาทักษะการประยุกต์ใช้ข้อมูล การตัดสินใจ และระบบข้อมูลสุขภาพที่ถูกต้องและต่อเนื่องสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, การเข้าถึงข้อมูลสารสนเทศ, สมรรถนะการดูแลผู้ป่วย

Abstract

This cross-sectional survey research aimed to examine the levels of health literacy, access to health information, and competence in caring for patients with non-communicable diseases (NCDs), as well as to analyze the influence of health literacy and access to health information on the care competence of village health volunteers in Mueang Krabi District, Krabi Province. The sample consisted of 313 village health volunteers selected through proportionate stratified random sampling followed by simple random sampling. The research instrument was a four-part questionnaire covering demographic characteristics, health literacy, access to health information, and competence in caring for patients with NCDs. Content validity was assessed by three experts, and the questionnaire demonstrated a reliability coefficient of .79. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, and multiple linear regression analysis.

The findings revealed that the overall levels of health literacy, access to health information, and competence in caring for patients with NCDs were high (M = 2.79, SD = 0.64; M = 3.94, SD = 0.59; and M = 3.90, SD = 0.58, respectively). The eight predictor variables jointly explained 46.80% of the variance in care competence (R^2 = .468, adjusted R^2 = .454, $F(8, 304) = 33.43$, $p < .001$). The variables that significantly influenced care competence were information application skills, information sources, decision-making skills, and frequency of receiving health information. These findings suggest that public health agencies should strengthen village health volunteers' skills in applying health information and making appropriate decisions, while also developing accurate, accessible, and continuously updated health information systems to support their care of patients with NCDs.

Keywords: health literacy; access to health information; patient care competence.

บทนำ

โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-Communicable Diseases: NCDs) เป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อการเจ็บป่วย การเสียชีวิต คุณภาพชีวิต และระบบเศรษฐกิจของประเทศ องค์การอนามัยโลกรายงานว่า ในปี ค.ศ. 2021 โรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอย่างน้อย 43 ล้านคน หรือประมาณร้อยละ 75 ของการเสียชีวิตทั่วโลกที่ไม่เกี่ยวข้องกับการระบาดใหญ่ โดยโรคสำคัญ ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็ง โรคระบบทางเดินหายใจเรื้อรัง และโรคเบาหวาน นอกจากนี้ ยังพบการเสียชีวิตก่อนอายุ 70 ปีจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังประมาณ 18 ล้านคน ซึ่งส่วนใหญ่เกิดขึ้นในประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลาง (World Health Organization, 2025) สถานการณ์ของประเทศไทยมีแนวโน้มสอดคล้องกับสถานการณ์ระดับโลก โดยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด และโรคไตเรื้อรังยังคงเป็นปัญหาที่ต้องได้รับการป้องกัน คัดกรอง และดูแลอย่างต่อเนื่อง ปัจจัยสำคัญเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม การมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ภาวะอ้วน และการเข้าสู่สังคมสูงวัย กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค จึงกำหนดแผนปฏิบัติการด้านการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อของประเทศไทย พ.ศ. 2566–2570 โดยให้ความสำคัญกับการลดปัจจัยเสี่ยง การคัดกรองประชาชน การพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ และการจัดการโรคอย่างต่อเนื่องในชุมชน (กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2567)

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นกลไกสำคัญของระบบสุขภาพปฐมภูมิ ทำหน้าที่เชื่อมโยงประชาชน ครอบครัว ชุมชน และหน่วยบริการสุขภาพ โดยมีบทบาทในการสื่อสารข้อมูลสุขภาพ คัดกรองประชาชนกลุ่มเสี่ยง วัดความดันโลหิตและระดับน้ำตาลในเลือดเบื้องต้น ให้คำแนะนำด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ติดตามเยี่ยมบ้าน เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน และประสานส่งต่อผู้ป่วยเข้าสู่ระบบบริการ การปฏิบัติหน้าที่ดังกล่าวจำเป็นต้องอาศัยสมรรถนะที่ครอบคลุมทั้งความรู้ ทักษะทางคลินิกเบื้องต้น การให้คำปรึกษาเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และการจัดการส่งต่อผู้ป่วยอย่างเหมาะสม (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2565) ปัจจัยสำคัญที่อาจส่งผลต่อสมรรถนะของ อสม. คือ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งครอบคลุมทักษะการเข้าถึง การเข้าใจ การไต่ถาม การตัดสินใจ และการนำข้อมูลสุขภาพไปใช้ สำหรับ อสม. ความรอบรู้ด้านสุขภาพมิได้หมายถึงการจดจำความรู้เกี่ยวกับโรคเท่านั้น แต่รวมถึงความสามารถในการตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล แปลความหมายข้อมูลสุขภาพ และประยุกต์ใช้ในการคัดกรอง ให้คำแนะนำ ติดตาม และดูแลผู้ป่วยในชุมชน การศึกษาของอุไรรัตน์ คูหะมณี, ยุวดี รอดจากภัย, และนิภา มหารัชพงศ์ (2563) พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับบทบาทของ อสม. ในการป้องกันโรคเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สะท้อนว่าความสามารถในการเข้าถึง เข้าใจ ตัดสินใจ และใช้ข้อมูลสุขภาพเป็นพื้นฐานสำคัญของการปฏิบัติงานในชุมชน

นอกจากความรอบรู้ด้านสุขภาพแล้ว การเข้าถึงข้อมูลสารสนเทศยังเป็นปัจจัยเชิงระบบที่สนับสนุนสมรรถนะของ อสม. เนื่องจากแนวทางการคัดกรอง การดูแล และการส่งต่อผู้ป่วยมีการปรับปรุงอยู่เสมอ อสม. จึงต้องสามารถเข้าถึงแหล่งข้อมูลที่ถูกต้อง เชื่อถือได้ และทันต่อสถานการณ์ ผ่านเจ้าหน้าที่สาธารณสุข หน่วยบริการ คู่มือ เว็บไซต์ของหน่วยงานราชการ กลุ่มสื่อสารออนไลน์ และแอปพลิเคชัน SMART อสม. ซึ่งได้รับการพัฒนาให้เป็นเครื่องมือสนับสนุนการ

ปฏิบัติงาน การบันทึกข้อมูล การติดตามผู้ป่วย และการส่งต่อข้อมูลข่าวสารจากกระทรวงสาธารณสุขโดยตรง (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2566) อย่างไรก็ตาม ความแตกต่างด้านแหล่งข้อมูล ช่องทางการรับรู้ ความถี่ในการได้รับข้อมูล ความพร้อมของอุปกรณ์ และทักษะการใช้เทคโนโลยี อาจทำให้ อสม. มีโอกาสเข้าถึงและนำข้อมูลไปใช้ในการปฏิบัติงานแตกต่างกัน

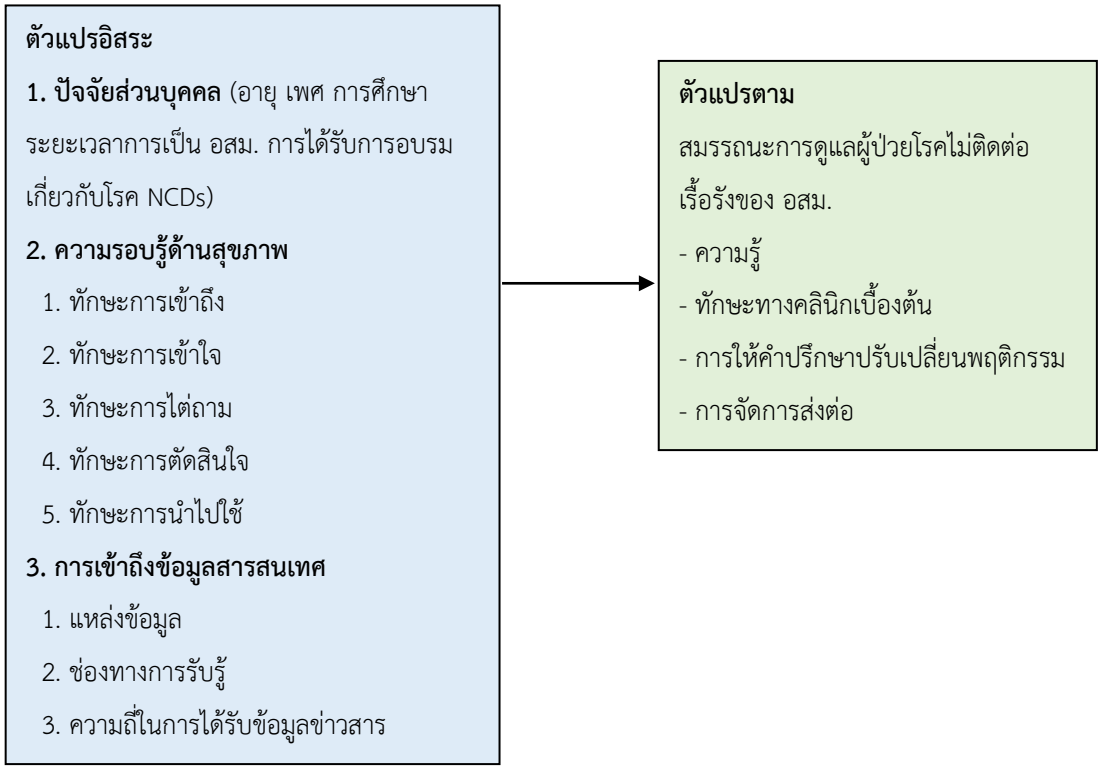
สำหรับบริบทอำเภอเมืองกระบี่ จังหวัดกระบี่ เป็นพื้นที่ที่มีความหลากหลายทั้งเขตเมือง ชุมชนชนบท พื้นที่ชายฝั่งทะเล และพื้นที่เกาะ อีกทั้งเป็นศูนย์กลางด้านการบริหาร เศรษฐกิจ และการท่องเที่ยวของจังหวัด จึงมีทั้งประชากรในพื้นที่ ประชากรแฝง และนักท่องเที่ยวจำนวนมาก การขยายตัวของความเป็นเมืองและการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตอาจส่งผลให้ประชาชนเผชิญปัจจัยเสี่ยงของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพิ่มขึ้น ขณะเดียวกัน ลักษณะทางภูมิศาสตร์อาจทำให้การติดต่อสื่อสาร การเข้าถึงข้อมูล และการสนับสนุนการปฏิบัติงานของ อสม. ในแต่ละตำบลแตกต่างกัน ข้อมูลที่ใช้กำหนดประชากรของโครงการวิจัยระบุว่า อำเภอเมืองกระบี่มี อสม. ที่ขึ้นทะเบียนและปฏิบัติงานในพื้นที่รับผิดชอบของหน่วยบริการสาธารณสุขจำนวน 13 แห่ง รวม 1,436 คน แสดงให้เห็นถึงเครือข่ายกำลังคนภาคประชาชนขนาดใหญ่ที่มีบทบาทโดยตรงต่อการดูแลสุขภาพระดับชุมชน จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่ผ่านมา พบว่าการศึกษาส่วนใหญ่มุ่งเน้นความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนหรือผู้ป่วยโดยตรง ส่วนการศึกษาในกลุ่ม อสม. มักศึกษาระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ หรือสมรรถนะเป็นรายปัจจัย แต่ยังมีหลักฐานจำกัดเกี่ยวกับอิทธิพลร่วมของความรอบรู้ด้านสุขภาพและการเข้าถึงข้อมูลสารสนเทศที่มีต่อสมรรถนะเฉพาะในการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยเฉพาะในพื้นที่อำเภอเมืองกระบี่ซึ่งมีบริบทกึ่งเมืองและเมืองท่องเที่ยวที่ซับซ้อน ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ การเข้าถึงข้อมูลสารสนเทศ และสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง รวมทั้งวิเคราะห์อิทธิพลของปัจจัยดังกล่าวต่อสมรรถนะของ อสม. ผลการศึกษาจะเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการพัฒนาหลักสูตรเสริมสมรรถนะ การจัดระบบข้อมูลและช่องทางสื่อสาร ตลอดจนการกำหนดแนวทางสนับสนุนให้ อสม. สามารถดูแล เฝ้าระวัง ให้คำปรึกษา และประสานส่งต่อผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพและเหมาะสมกับบริบทพื้นที่

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ระดับการเข้าถึงข้อมูลสารสนเทศ และระดับสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเมืองกระบี่ จังหวัดกระบี่

2. เพื่อศึกษาอิทธิพลของความรอบรู้ด้านสุขภาพ และการเข้าถึงข้อมูลสารสนเทศ ที่มีผลต่อสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเมืองกระบี่ จังหวัดกระบี่

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) โดยใช้ระเบียบวิธี การวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) แบบเก็บข้อมูล ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง หรือการศึกษาภาคตัดขวาง (Cross-sectional Study)

ประชากรที่ศึกษา

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่ขึ้นทะเบียนและปฏิบัติงานอยู่ในพื้นที่ความรับผิดชอบของหน่วยบริการสาธารณสุขในเขตอำเภอเมืองกระบี่ จังหวัดกระบี่ จำนวน 13 แห่ง รวมจำนวนประชากรทั้งสิ้น 1,436 คน

กลุ่มตัวอย่าง และการสุ่ม

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในอำเภอเมืองกระบี่ จังหวัดกระบี่ ผู้วิจัยได้ทำการคำนวณหาขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสม โดยใช้สูตรของ ทาโร ยามาเน่ (Taro Yamane, 1973) โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95 และยอมรับให้เกิดความคลาดเคลื่อนได้ร้อยละ 5 (e = 0.05) จากการคำนวณจะได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างขั้นต่ำจำนวน 313 คน

ผู้วิจัยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ (Stratified Random Sampling) โดยใช้หน่วยบริการ

สาธารณสุขเป็นชั้นภูมิ (Stratum) เพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นตัวแทนครอบคลุมทุกพื้นที่ จากนั้นจึงคำนวณหาสัดส่วนตามขนาดของประชากรในแต่ละพื้นที่ (Proportional Allocation) แล้วจึงทำการสุ่มแบบง่าย (Simple Random Sampling) อีกครั้งในแต่ละพื้นที่ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงสัดส่วนประชากรและกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามหน่วยบริการสาธารณสุข

หน่วยงาน	จำนวน อสม.	สัดส่วน	กลุ่มตัวอย่าง
รพ.กระบี่	313	21.80	68
รพ.สต.บ้านเกาะกลาง	89	6.20	19
รพ.สต.บ้านในไร่	137	9.54	30
รพ.สต.บ้านคลองม่วง	50	3.48	11
รพ.เกาะพีพี	15	1.04	3
รพ.สต.บ้านช่องพลี	72	5.01	16
รพ.สต.บ้านไสไทย	123	8.57	27
รพ.สต.บ้านทับปริก	97	6.75	21
รพ.สต.บ้านคลองใหญ่	61	4.25	13
รพ.สต.บ้านในสระ	53	3.69	12
รพ.สต.บ้านทุ่ง	141	9.82	31
รพ.สต.บ้านนาตีน	112	7.80	24
รพ.สต.บ้านสองแพรก	173	12.05	38
รวมทั้งสิ้น	**1,436**	**100.00**	**313**

เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครเข้าสู่โครงการ (Inclusion criteria) อาสาสมัครที่เข้าร่วมโครงการต้องเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ขึ้นทะเบียนและปฏิบัติงานในเขตอำเภอเมืองกระบี่ จังหวัดกระบี่ มีประสบการณ์ปฏิบัติงานไม่น้อยกว่า 1 ปี มีหน้าที่ดูแลหรือติดตามผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในพื้นที่รับผิดชอบ สามารถอ่าน เขียน และสื่อสารภาษาไทยได้ และยินดีเข้าร่วมการวิจัยพร้อมลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมโดยสมัครใจ

เกณฑ์การคัดอาสาสมัครออกจากการศึกษา (Exclusion criteria) อาสาสมัครที่อยู่ระหว่างลาพักการปฏิบัติหน้าที่หรือเตรียมลาออก มีภาวะเจ็บป่วยรุนแรงหรือเจ็บป่วยเฉียบพลันในวันที่เก็บข้อมูล หรือมีภารกิจเร่งด่วนจนไม่สามารถเข้าร่วมกระบวนการวิจัยได้ครบถ้วน จะถูกคัดออกจากการศึกษา

เกณฑ์การถอนอาสาสมัครจากการศึกษา (Withdrawal criteria) อาสาสมัครสามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกเมื่อโดยไม่ต้องระบุเหตุผลและไม่ส่งผลกระทบต่อการปฏิบัติงาน ทั้งนี้ ผู้วิจัยจะยุติการนำข้อมูลมาวิเคราะห์เมื่ออาสาสมัครตอบแบบสอบถามไม่ครบถ้วน โดยเว้นข้อมูลสำคัญเกินร้อยละ 10 หรือเกิด

เหตุสุดวิสัยหรือภาวะฉุกเฉินที่ทำให้ไม่สามารถดำเนินการตอบแบบสอบถามต่อไปได้

เครื่องมือที่ใช้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถามเรื่องอิทธิพลของความรอบรู้ด้านสุขภาพและการเข้าถึงข้อมูลสารสนเทศที่มีต่อสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเมืองกระบี่ จังหวัดกระบี่ ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 4 ตอน ได้แก่

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป จำนวน 8 ข้อ ครอบคลุม เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ระยะเวลาการปฏิบัติงานเป็น อสม. และการได้รับการอบรมเกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

ตอนที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ จำนวน 20 ข้อ แบ่งเป็นทักษะการเข้าถึง การเข้าใจ การไต่ถาม การตัดสินใจ และการนำไปใช้ ด้านละ 4 ข้อ

ตอนที่ 3 การเข้าถึงข้อมูลสารสนเทศ จำนวน 12 ข้อ ประกอบด้วยแหล่งข้อมูล ช่องทางการรับรู้ และความถี่ในการได้รับข้อมูลข่าวสาร ด้านละ 4 ข้อ

ตอนที่ 4 สมรรถนะการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จำนวน 16 ข้อ ครอบคลุมสมรรถนะด้านความรู้ ทักษะทางคลินิกเบื้องต้น การให้คำปรึกษาเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และการจัดการส่งต่อ ด้านละ 4 ข้อ

เกณฑ์การให้คะแนนและการแปลผล

แบบสอบถามตอนที่ 2–4 เป็นมาตราส่วนประมาณค่า โดยตอนที่ 2 กำหนดคะแนนตั้งแต่ 0 หมายถึง ไม่ได้ทำ ถึง 4 หมายถึง ทำได้ง่ายมาก ส่วนตอนที่ 3 และตอนที่ 4 กำหนดคะแนนตั้งแต่ 1 หมายถึง น้อยที่สุด ถึง 5 หมายถึง มากที่สุด การแปลผลใช้การคำนวณความกว้างของอันตรภาคชั้นตามแนวทางของ Best (1977) ซึ่งได้ช่วงคะแนนเท่ากับ 0.80

คะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพในตอนที่ 2 แปลผลเป็น 5 ระดับ ได้แก่ คะแนนเฉลี่ย 3.21–4.00 หมายถึง ระดับมากที่สุด 2.41–3.20 หมายถึง ระดับมาก 1.61–2.40 หมายถึง ระดับปานกลาง 0.81–1.60 หมายถึง ระดับน้อย และ 0.00–0.80 หมายถึง ระดับน้อยที่สุดหรือไม่ได้ทำ ส่วนการเข้าถึงข้อมูลสารสนเทศและสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในตอนที่ 3 และตอนที่ 4 แปลผลเป็นคะแนนเฉลี่ย 4.21–5.00 หมายถึง ระดับมากที่สุด 3.41–4.20 หมายถึง ระดับมาก 2.61–3.40 หมายถึง ระดับปานกลาง 1.81–2.60 หมายถึง ระดับน้อย และ 1.00–1.80 หมายถึง ระดับน้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของแบบสอบถามโดยนำเสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน เพื่อพิจารณาความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับนิยามเชิงปฏิบัติการและวัตถุประสงค์การวิจัย โดยคำนวณค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Index of Item-Objective Congruence: IOC) ตามแนวทางของ Rovinelli and Hambleton (1977) ข้อคำถามที่มีค่า IOC ตั้งแต่ 0.50 ขึ้นไปถือว่าผ่านเกณฑ์ ส่วนข้อคำถามที่มีค่าต่ำกว่าเกณฑ์ได้รับการปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิก่อนนำไปทดลองใช้ ภายหลังปรับปรุงแบบสอบถาม ผู้วิจัยนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับ อสม. ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างแต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างจริง จำนวน 30 คน เพื่อตรวจสอบความชัดเจนของภาษาและความเชื่อมั่นของแบบสอบถามตอนที่ 2–4 โดยคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ซึ่งเป็น

สถิติสำหรับประเมินความสอดคล้องภายในของข้อคำถาม (Cronbach, 1951) มีค่า 0.79

การวิเคราะห์ข้อมูล

ภายหลังรวบรวมแบบสอบถามได้ครบถ้วนตามจำนวนที่กำหนด ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์และความถูกต้องของข้อมูล รวมทั้งดำเนินการทำความสะอาดข้อมูลก่อนนำไปประมวลผลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปทางสถิติ โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 และใช้สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

1. สถิติเชิงพรรณนา ใช้อธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง โดยข้อมูลเชิงกลุ่มนำเสนอด้วยความถี่และร้อยละ ส่วนข้อมูลเชิงปริมาณนำเสนอด้วยค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด สำหรับข้อมูลความรอบรู้ด้านสุขภาพ การเข้าถึงข้อมูลสารสนเทศ และสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง วิเคราะห์ด้วยค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และแปลผลตามเกณฑ์การแบ่งช่วงคะแนนของ Best (1977)

2. สถิติเชิงอนุมาน ใช้การวิเคราะห์การถดถอยเชิงเส้นพหุคูณ เพื่อวิเคราะห์อิทธิพลของความรอบรู้ด้านสุขภาพและการเข้าถึงข้อมูลสารสนเทศที่มีต่อสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยนำเสนอค่าสัมประสิทธิ์การถดถอย ค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐาน ค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยมาตรฐาน ค่าสถิติทดสอบ ค่าสัมประสิทธิ์การตัดสินใจ และระดับนัยสำคัญทางสถิติ

ก่อนวิเคราะห์การถดถอยเชิงเส้นพหุคูณ ผู้วิจัยตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติ พบว่า ตัวแปรทำนายมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงกับตัวแปรตาม และค่าคลาดเคลื่อนมีการแจกแจงใกล้เคียงปกติ โดยผลการทดสอบโคลโมโกรอฟ–สเมียร์นอฟ (Kolmogorov–Smirnov Test) มีค่าเท่ากับ .043 และไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (p = .200) แสดงว่าค่าคลาดเคลื่อนไม่แตกต่างจากการแจกแจงปกติ นอกจากนี้ ค่าคลาดเคลื่อนมีความเป็นอิสระจากกัน โดยมีค่า Durbin–Watson เท่ากับ 1.92 และมีความแปรปรวนคงที่ โดยผลการทดสอบ Breusch–Pagan ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (p = .274)

การตรวจสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระพบว่า ค่า Tolerance อยู่ระหว่าง .52–.81 และค่า Variance Inflation Factor อยู่ระหว่าง 1.24–1.92 จึงไม่พบปัญหาความสัมพันธ์กันเองในระดับสูงระหว่างตัวแปรอิสระ ส่วนค่าคลาดเคลื่อนมาตรฐานอยู่ระหว่าง −2.84 ถึง 2.67 และค่า Cook's distance สูงสุดเท่ากับ .08 แสดงว่าไม่พบข้อมูลผิดปกติที่มีอิทธิพลต่อแบบจำลอง สรุปได้ว่า ข้อมูลผ่านข้อตกลงเบื้องต้นและมีความเหมาะสมสำหรับการวิเคราะห์การถดถอยเชิงเส้นพหุคูณ

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา รหัสจริยธรรมการวิจัย SCPHYLIRB-2569/335 รับรองวันที่ 17 เมษายน 2569 ก่อนดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน ประโยชน์ และความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นแก่กลุ่มตัวอย่างอย่างครบถ้วน พร้อมเปิดโอกาสให้ซักถามและตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยโดยสมัครใจ ภายหลังได้รับข้อมูลเพียงพอ กลุ่มตัวอย่างจึงลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ผลการวิจัย

คุณลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 86.26 มีอายุเฉลี่ย 53.42 ปี โดยกลุ่มอายุ 50–59 ปีมีสัดส่วนสูงที่สุด ร้อยละ 42.17 และส่วนใหญ่มีสถานภาพคู่ ร้อยละ 71.24 ระดับการศึกษาที่พบมากคือระดับประถมศึกษา ร้อยละ 29.39 ใกล้เคียงกับระดับมัธยมศึกษาตอนปลายหรือประกาศนียบัตรวิชาชีพ ร้อยละ 29.07 กลุ่มตัวอย่างประกอบอาชีพเกษตรกรรมมากที่สุด ร้อยละ 27.48 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 11,286.90 บาท และมีระยะเวลาการเป็น อสม. เฉลี่ย 14.82 ปี ทั้งนี้ ส่วนใหญ่ได้รับการอบรมเกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรังน้อยกว่า 10 ครั้งในรอบ 1 ปี ร้อยละ 59.42 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 คุณลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่าง (n = 313)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	43	13.74
หญิง	270	86.26
อายุ (ปี)		
ค่าเฉลี่ย 53.42 ± 8.67 ปี (ต่ำสุด–สูงสุด 28.00–72.00 ปี)		
20–39 ปี	29	9.27
40–49 ปี	78	24.92
50–59 ปี	132	42.17
60 ปีขึ้นไป	74	23.64
สถานภาพสมรส		
โสด	27	8.63
คู่	223	71.24
หม้าย	43	13.74
หย่าร้าง/แยกกันอยู่	20	6.39
ระดับการศึกษาสูงสุด		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	2	0.64
ประถมศึกษา	92	29.39
มัธยมศึกษาตอนต้น	74	23.64
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	91	29.07
อนุปริญญา/ปวส.	32	10.23
ปริญญาตรีขึ้นไป	22	7.03
อาชีพปัจจุบัน		
ไม่มีอาชีพ	29	9.26

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ค้าขาย	68	21.73
รับจ้าง	70	22.36
เกษตรกรรม	86	27.48
ธุรกิจส่วนตัว	34	10.86
อื่น ๆ	26	8.31
รายได้ต่อเดือน (บาท)		
ค่าเฉลี่ย 11,286.90 ± 7,214.35 บาท (ต่ำสุด–สูงสุด 2,000.00–45,000.00 บาท)		
ไม่เกิน 5,000 บาท	53	16.93
5,001–10,000 บาท	112	35.78
10,001–15,000 บาท	78	24.92
15,001–20,000 บาท	42	13.42
มากกว่า 20,000 บาท	28	8.95
ระยะเวลาการเป็น อสม. (ปี)		
ค่าเฉลี่ย 14.82 ± 8.96 ปี (ต่ำสุด–สูงสุด 1.00–38.00 ปี)		
1–5 ปี	47	15.02
6–10 ปี	69	22.04
11–15 ปี	63	20.13
16–20 ปี	55	17.57
มากกว่า 20 ปี	79	25.24
การได้รับการอบรมเกี่ยวกับโรค NCDs ในรอบ 1 ปี		
น้อยกว่า 10 ครั้ง/ปี	186	59.42
10–20 ครั้ง/ปี	101	32.27
มากกว่า 20 ครั้ง/ปี	26	8.31

ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเมืองกระบี่ จังหวัดกระบี่ กลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 2.79 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.64 เมื่อพิจารณารายทักษะพบว่า ทักษะการเข้าใจมีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด อยู่ในระดับมาก (M = 3.02, S.D. = 0.58) รองลงมาคือทักษะการเข้าถึง (M = 2.89, S.D. = 0.64) และทักษะการนำไปใช้ (M = 2.86, S.D. = 0.62) ตามลำดับ ส่วนทักษะการไต่ถามมีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุดและอยู่ในระดับปานกลาง (M = 2.38, S.D. = 0.72) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเมืองกระบี่ จังหวัดกระบี่ (n = 313)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพรายทักษะ	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ระดับ
1. ทักษะการเข้าถึง	2.89	0.64	มาก
2. ทักษะการเข้าใจ	3.02	0.58	มาก
3. ทักษะการไต่ถาม	2.38	0.72	ปานกลาง
4. ทักษะการตัดสินใจ	2.78	0.66	มาก
5. ทักษะการนำไปใช้	2.86	0.62	มาก
โดยรวม	**2.79**	**0.64**	**มาก**

หมายเหตุ: เกณฑ์การแปลผลคะแนนเฉลี่ย ได้แก่ 3.21–4.00 = มากที่สุด, 2.41–3.20 = มาก, 1.61–2.40 = ปานกลาง, 0.81–1.60 = น้อย และ 0.00–0.80 = น้อยที่สุด/ไม่ได้ทำ

ระดับการเข้าถึงข้อมูลสารสนเทศ ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเมืองกระบี่ จังหวัดกระบี่ กลุ่มตัวอย่างมีการเข้าถึงข้อมูลสารสนเทศโดยรวมอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 3.94 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.59 เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านแหล่งข้อมูลมีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด อยู่ในระดับมาก (M = 4.12, S.D. = 0.56) รองลงมาคือด้านความถี่ในการได้รับข้อมูลข่าวสาร (M = 4.02, S.D. = 0.61) และด้านช่องทางการรับรู้ (M = 3.68, S.D. = 0.70) ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ระดับการเข้าถึงข้อมูลสารสนเทศของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเมืองกระบี่ จังหวัดกระบี่ (n = 313)

การเข้าถึงข้อมูลสารสนเทศรายด้าน	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ระดับ
1. แหล่งข้อมูล	4.12	0.56	มาก
2. ช่องทางการรับรู้	3.68	0.70	มาก
3. ความถี่ในการได้รับข้อมูลข่าวสาร	4.02	0.61	มาก
โดยรวม	**3.94**	**0.59**	**มาก**

หมายเหตุ: เกณฑ์การแปลผลคะแนนเฉลี่ย ได้แก่ 4.21–5.00 = มากที่สุด, 3.41–4.20 = มาก, 2.61–3.40 = ปานกลาง, 1.81–2.60 = น้อย และ 1.00–1.80 = น้อยที่สุด

ระดับสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเมืองกระบี่ จังหวัดกระบี่ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอยู่ในระดับมาก จำนวน 158 คน คิดเป็นร้อยละ 50.48 รองลงมาคือระดับมากที่สุด จำนวน 91 คน คิดเป็นร้อยละ 29.07 และระดับปานกลาง จำนวน 53 คน คิดเป็นร้อยละ 16.93 ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่มีสมรรถนะอยู่ในระดับน้อยและน้อยที่สุดมีเพียงร้อยละ 2.88 และ 0.64 ตามลำดับ โดยภาพรวมกลุ่มตัวอย่างมีสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอยู่ในระดับมาก ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ระดับสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอำเภอเมืองกระบี่ จังหวัดกระบี่ (n = 313)

ระดับสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง	ช่วงคะแนนเฉลี่ย	จำนวน (คน)	ร้อยละ
มากที่สุด	4.21–5.00	91	29.07
มาก	3.41–4.20	158	50.48
ปานกลาง	2.61–3.40	53	16.93
น้อย	1.81–2.60	9	2.88
น้อยที่สุด	1.00–1.80	2	0.64

อิทธิพลของความรอบรู้ด้านสุขภาพ และการเข้าถึงข้อมูลสารสนเทศ ที่มีผลต่อสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเมืองกระบี่ จังหวัดกระบี่ ความรอบรู้ด้านสุขภาพและการเข้าถึงข้อมูลสารสนเทศทั้ง 8 ตัวแปร สามารถร่วมกันทำนายสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F(8, 304) = 33.43$, $p < .001$) โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณเท่ากับ .684 และสามารถอธิบายความแปรปรวนของสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้ร้อยละ 46.80 ($R^2 = .468$) เมื่อปรับแก้ตามจำนวนตัวแปรทำนายแล้ว สามารถอธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 45.40 (Adjusted $R^2 = .454$) เมื่อพิจารณาตัวแปรทำนายเป็นรายตัว พบว่า มี 4 ตัวแปรที่ส่งผลต่อสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ทักษะการนำไปใช้ ($B = 0.27$, $Beta = 0.28$, $p < .001$) ซึ่งมีอิทธิพลสูงที่สุด รองลงมาคือ แหล่งข้อมูล ($B = 0.20$, $Beta = 0.22$, $p < .001$) ทักษะการตัดสินใจ ($B = 0.18$, $Beta = 0.19$, $p < .001$) และความถี่ในการได้รับข้อมูลข่าวสาร ($B = 0.14$, $Beta = 0.15$, $p = .005$) ตามลำดับ ตัวแปรดังกล่าวมีค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยเป็นบวก แสดงว่า เมื่อคะแนนของแต่ละตัวแปรเพิ่มขึ้น สมรรถนะการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น เมื่อควบคุมอิทธิพลของตัวแปรอื่นในสมการให้คงที่ ส่วนทักษะการเข้าถึง ทักษะการเข้าใจ ทักษะการไต่ถาม และช่องทางการรับรู้ ไม่ส่งผลต่อสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) เมื่อพิจารณาร่วมกับตัวแปรอื่นในแบบจำลอง ดังแสดงในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณของความรอบรู้ด้านสุขภาพและการเข้าถึงข้อมูลสารสนเทศที่ส่งผลต่อสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเมืองกระบี่ จังหวัดกระบี่ (n = 313)

ตัวแปรทำนาย	B	SE	Beta	t	p-value
ค่าคงที่	0.88	0.20	-	4.40	<.001
ทักษะการเข้าถึง	0.05	0.04	0.06	1.25	.213
ทักษะการเข้าใจ	0.07	0.05	0.07	1.40	.162
ทักษะการไต่ถาม	0.03	0.04	0.04	0.75	.454

ตัวแปรทำนาย	B	SE	Beta	t	p-value
ทักษะการตัดสินใจ	0.18	0.05	0.19	3.60	<.001
ทักษะการนำไปใช้	0.27	0.05	0.28	5.40	<.001
แหล่งข้อมูล	0.20	0.05	0.22	4.00	<.001
ช่องทางการรับรู้	0.06	0.04	0.07	1.50	.135
ความถี่ในการได้รับข้อมูลข่าวสาร	0.14	0.05	0.15	2.80	.005

$R = .684, R^2 = .468$, Adjusted $R^2 = .454$, SEest = 0.42, $F(8, 304) = 33.43, p < .001$

หมายเหตุ: ตัวแปรตาม คือ สมรรถนะการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

สมการถดถอยพหุคูณในรูปคะแนนดิบ

$$Y = 0.88 + 0.18X_4 + 0.27X_5 + 0.20X_6 + 0.14X_8$$

โดยกำหนดให้

Y = สมรรถนะการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

X_4 = ทักษะการตัดสินใจ

X_5 = ทักษะการนำไปใช้

X_6 = แหล่งข้อมูล

X_8 = ความถี่ในการได้รับข้อมูลข่าวสาร

เมื่อพิจารณาตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ พบว่า มี 4 ตัวแปร ได้แก่ ทักษะการตัดสินใจ (B = 0.18, p < .001) ทักษะการนำไปใช้ (B = 0.27, p < .001) แหล่งข้อมูล (B = 0.20, p < .001) และความถี่ในการได้รับข้อมูลข่าวสาร (B = 0.14, p = .005) โดยตัวแปรทำนายทั้ง 8 ตัวสามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้ร้อยละ 46.80 (Adjusted R^2 = .454) ส่วนทักษะการเข้าถึง ทักษะการเข้าใจ ทักษะการไต่ถาม และช่องทางการรับรู้ไม่มีอิทธิพลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อควบคุมตัวแปรอื่นในแบบจำลอง

สมการในรูปคะแนนมาตรฐาน

$$Z_Y = 0.19Z_4 + 0.28Z_5 + 0.22Z_6 + 0.15Z_8$$

การอภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ระดับการเข้าถึงข้อมูลสารสนเทศ และระดับสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ตลอดจนศึกษาอิทธิพลของความรอบรู้ด้านสุขภาพและการเข้าถึงข้อมูลสารสนเทศที่มีต่อสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเมืองกระบี่ จังหวัดกระบี่ สามารถอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์การวิจัยได้ดังนี้

ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ระดับการเข้าถึงข้อมูลสารสนเทศ และระดับสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ผลการศึกษาพบว่า ผลการศึกษาพบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 2.79 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.64 อาจเนื่องจาก อสม.

ปฏิบัติงานร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอย่างต่อเนื่อง ทั้งการคัดกรองกลุ่มเสี่ยง การเยี่ยมบ้าน การให้คำแนะนำ และการประสานส่งต่อผู้ป่วย ประกอบกับมีระยะเวลาการเป็น อสม. เฉลี่ย 14.82 ปี จึงสามารถเชื่อมโยงข้อมูลสุขภาพกับสถานการณ์จริงในชุมชนได้ดี ผลการศึกษาสอดคล้องกับ อุไรรัตน์ คูหะมณี, ยุวดี รอดจากภัย, และนิภา มหารัชพงศ์ (2563) ซึ่งพบว่า อสม. มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการป้องกันโรคเรื้อรังอยู่ในระดับดีมาก และความรอบรู้ด้านสุขภาพสัมพันธ์กับบทบาทการป้องกันโรคเรื้อรัง นอกจากนี้ กฤศภณ เทพอินทร์ และเสน่ห์ ขุนแก้ว (2565) พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมสุขภาพ ขณะที่ จุฑาภรณ์ สว่างเมฆ (2565) พบว่า อสม. ในจังหวัดกระบี่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดีมาก เมื่อพิจารณารายทักษะ พบว่า ทักษะการเข้าใจมีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด รองลงมาคือทักษะการเข้าถึง การนำไปใช้ และการตัดสินใจ อาจเนื่องจากข้อมูลเกี่ยวกับโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงได้รับการทบทวนผ่านการประชุม การอบรม และการปฏิบัติงานจริงอย่างต่อเนื่อง ทำให้ อสม. สามารถนำความรู้ไปเชื่อมโยงกับการคัดกรอง การเยี่ยมบ้าน และการให้คำแนะนำได้ สอดคล้องกับ ปราณี แสดคง, รัตน์ดาวรรณ คลังกลาง, ชนกานต์ จันทะคุณ, เบญจพร ฐิติญาณวิโรจน์, ธรณิศ สายวัฒน์, และสายใจ คำทะเนตร (2566) ซึ่งพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพของ อสม. ทั้งด้านการเข้าถึง การเข้าใจ การซักถาม การตัดสินใจ และการแลกเปลี่ยนข้อมูลอยู่ในระดับมากและสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ อย่างไรก็ตาม ทักษะการไต่ถามอยู่ในระดับปานกลางและมีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด อาจเนื่องจากเป็นทักษะที่ต้องอาศัยความมั่นใจ การเตรียมคำถาม และการสื่อสารกับบุคลากรผู้เชี่ยวชาญ อสม. บางส่วนอาจเข้าใจข้อมูลแต่ยังไม่กล้าซักถาม โดยเฉพาะเมื่ออยู่ในที่ประชุมขนาดใหญ่หรือมีเวลาจำกัด ผลดังกล่าวสอดคล้องกับ อุไรรัตน์ คูหะมณี, ยุวดี รอดจากภัย, และนิภา มหารัชพงศ์ (2563) ซึ่งพบว่า ทักษะการสื่อสารของ อสม. อยู่ในระดับปานกลาง และสอดคล้องกับ สุกาญดา หมื่นราษฎร์ (2566) ซึ่งพบว่า ทักษะการโต้ตอบซักถามสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและเฝ้าระวังโรค ดังนั้น การพัฒนาทักษะนี้ควรเน้นกรณีศึกษา การฝึกตั้งคำถาม การอภิปรายกลุ่ม และการแสดงบทบาทสมมติ ซึ่ง นภาเพ็ญ จันทขัมมา, ทรงพล ผดุงพัฒนากูล, และพัทยา แก้วสาร (2567) พบว่า การสะท้อนคิดและการฝึกปฏิบัติจริงช่วยเพิ่มความสามารถด้านการคัดกรองและการสื่อสารทางสุขภาพของ อสม. ได้

ด้านการเข้าถึงข้อมูลสารสนเทศพบว่า โดยรวมอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 3.94 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.59 โดยด้านแหล่งข้อมูลมีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด รองลงมาคือความถี่ในการได้รับข้อมูลข่าวสารและช่องทางการรับรู้ อาจเนื่องจาก อสม. สามารถเข้าถึงข้อมูลจากเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ประธาน อสม. และเพื่อน อสม. รวมทั้งได้รับข้อมูลผ่านการประชุม กลุ่มไลน์ แอปพลิเคชันสมาร์ท อสม. และสื่อของหน่วยงานราชการ สอดคล้องกับ ธวัชชัย สุนทรนนท์ (2566) ซึ่งพบว่า ความรอบรู้ทางดิจิทัลเป็นองค์ประกอบสำคัญของสมรรถนะ อสม. ในยุคดิจิทัล และ Blondino et al. (2024) ซึ่งพบว่า เทคโนโลยีดิจิทัลช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการทำงาน การสื่อสาร และการเข้าถึงบริการของผู้ปฏิบัติงานสุขภาพชุมชนแม้ช่องทางการรับรู้อยู่ในระดับมาก แต่มีค่าเฉลี่ยต่ำกว่าด้านอื่น อาจเกิดจากความแตกต่างด้านอายุ การศึกษา ความคุ้นเคยกับเทคโนโลยี ความพร้อมของอุปกรณ์ และคุณภาพของเครือข่ายอินเทอร์เน็ต โดยเฉพาะอำเภอเมืองกระบี่ที่มีทั้งพื้นที่เมือง ชนบท ชายฝั่ง และพื้นที่เกาะ สอดคล้อง

กับ Pardoel et al. (2024) ซึ่งพบว่า การใช้แอปพลิเคชันดิจิทัลยังเป็นอุปสรรคสำหรับอาสาสมัครบางส่วน และ Haregu et al. (2024) ซึ่งพบว่า ความสำเร็จของการใช้เทคโนโลยีในการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังขึ้นอยู่กับความรอบรู้ดิจิทัล การเข้าถึงอุปกรณ์อินเทอร์เน็ต และการสนับสนุนจากองค์กร

สำหรับสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง พบว่า โดยรวมอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 3.90 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.58 อาจเป็นผลจากประสบการณ์ในการคัดกรอง วัดความดันโลหิต ตรวจระดับน้ำตาล ให้คำแนะนำ เยี่ยมบ้าน และประสานส่งต่อผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับ ชุลีกร คงบุญ (2566) ซึ่งพบว่า อสม. มีมาตรฐานสมรรถนะโดยรวมอยู่ในระดับดี และ ฉันท์ทิพย์ พลอยสุวรรณ, รัตนชัย เพ็ชรสมบัติ, ดวงรัตน์ เหลืองอ่อน, และธนะวัฒน์ รวมสุก (2566) ซึ่งพบว่า ความรู้ ทัศนคติ การเข้าถึงข้อมูล และการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่มีส่วนทำนายสมรรถนะของ อสม. อย่างไรก็ตาม สมรรถนะที่อยู่ในระดับมากเป็นการประเมินตามการรับรู้ของกลุ่มตัวอย่าง จึงไม่อาจยืนยันว่า อสม. ทุกคนมีทักษะทางคลินิกและการให้คำปรึกษาในระดับเดียวกัน Doresha et al. (2024) พบว่า ผู้ปฏิบัติงานสุขภาพชุมชนยังมีข้อจำกัดด้านการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและต้องได้รับการฝึกอบรม การกำกับสนับสนุน และอุปกรณ์ที่เพียงพอ ขณะที่ Sultan et al. (2025) เสนอว่า การพัฒนาสมรรถนะควรใช้หลักสูตรที่สอดคล้องกับหน้าที่จริงและบริบทของผู้ปฏิบัติงาน

ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพและการเข้าถึงข้อมูลสารสนเทศทั้ง 8 ตัวแปรสามารถร่วมกันทำนายสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้อย่างมีนัยสำคัญ โดยอธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 46.80 และเมื่อปรับตามจำนวนตัวแปรแล้วสามารถอธิบายได้ร้อยละ 45.40 ตัวแปรที่มีอิทธิพลอย่างมีนัยสำคัญ ได้แก่ ทักษะการนำไปใช้ ทักษะการตัดสินใจ แหล่งข้อมูล และความถี่ในการได้รับข้อมูลข่าวสาร แสดงให้เห็นว่า สมรรถนะไม่ได้ขึ้นอยู่กับการได้รับหรือเข้าใจข้อมูลเท่านั้น แต่ขึ้นอยู่กับความสามารถในการนำข้อมูลไปใช้ตัดสินใจ รวมทั้งการมีแหล่งข้อมูลที่น่าเชื่อถือและได้รับข้อมูลอย่างต่อเนื่อง ทักษะการนำไปใช้มีอิทธิพลต่อสมรรถนะสูงที่สุด เนื่องจากเป็นความสามารถในการเปลี่ยนข้อมูลไปสู่การกำหนดเป้าหมาย วางแผน ให้คำแนะนำ ติดตาม และปรับการดูแลให้เหมาะกับผู้ป่วย ผู้ที่สามารถประยุกต์ข้อมูลในสถานการณ์จริงจึงมีแนวโน้มปฏิบัติงานได้ดีกว่าผู้ที่มีเพียงความรู้ สอดคล้องกับ ปราณี แสดคง, รัตน์ดาวรรณ คลังกลาง, ชนกานต์ จันทะคุณ, เบญจพร ฐิติญาณวิโรจน์, ธรณิศ สายวัฒน์, และสายใจ คำทะเนตร (2566) ซึ่งพบว่า ความสามารถในการนำข้อมูลไปปฏิบัติและแลกเปลี่ยนกับผู้อื่นสามารถทำนายพฤติกรรมสุขภาพของ อสม. ได้ ทักษะการตัดสินใจมีอิทธิพลเชิงบวกต่อสมรรถนะ เนื่องจากการดูแลผู้ป่วยในชุมชนต้องประเมินค่าความดันโลหิต ระดับน้ำตาล อาการผิดปกติ การใช้ยา และพิจารณาว่าควรให้คำแนะนำ ติดตาม หรือส่งต่อเมื่อใด สอดคล้องกับ สุกาญดา หมื่นราษฎร์ (2566) ซึ่งพบว่า ทักษะการตัดสินใจสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและเฝ้าระวังโรคอย่างมีนัยสำคัญ ด้านแหล่งข้อมูลมีอิทธิพลต่อสมรรถนะ เนื่องจากแหล่งข้อมูลที่น่าเชื่อถือและเข้าถึงได้ช่วยให้ อสม. ตรวจสอบข้อมูล ขอคำปรึกษา และปฏิบัติงานได้อย่างมั่นใจ สอดคล้องกับ ฉันท์ทิพย์ พลอยสุวรรณ, รัตนชัย เพ็ชรสมบัติ, ดวงรัตน์ เหลืองอ่อน, และธนะวัฒน์ รวมสุก (2566) ซึ่งพบว่า การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารและการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สามารถทำนายสมรรถนะของ อสม. และ Blondino et al. (2024) ซึ่งพบว่า การ

เข้าถึงเครื่องมือดิจิทัลและการฝึกอบรมมีความสำคัญต่อการใช้เทคโนโลยีสนับสนุนการปฏิบัติงาน ความถี่ในการได้รับข้อมูลข่าวสารมีอิทธิพลเชิงบวกต่อสมรรถนะ เนื่องจากข้อมูลเกี่ยวกับการคัดกรอง การให้คำแนะนำ การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน และการส่งต่อจำเป็นต้องได้รับการทบทวนอย่างต่อเนื่อง Pardoel et al. (2024) พบว่า ความรู้ของอาสาสมัครเพิ่มขึ้นหลังการอบรมแต่ลดลงเมื่อเวลาผ่านไป จึงควรมีการทบทวนและสนับสนุนอย่างสม่ำเสมอ ขณะที่ Mash et al. (2024) พบว่า การฝึกอบรม ระบบข้อมูลสุขภาพ การบริการในชุมชน และเทคโนโลยีดิจิทัลเป็นองค์ประกอบสำคัญในการพัฒนาบริการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังระดับปฐมภูมิ ส่วนทักษะการเข้าถึง การเข้าใจ การไต่ถาม และช่องทางการรับรู้ไม่พบอิทธิพลอย่างมีนัยสำคัญเมื่อควบคุมตัวแปรอื่น ไม่ได้หมายความว่าตัวแปรเหล่านี้ไม่มีความสำคัญ แต่อาจเป็นความสามารถพื้นฐานที่ส่งผลผ่านทักษะการตัดสินใจและการนำไปใช้ อีกทั้งการมีช่องทางจำนวนมากอาจไม่เพิ่มสมรรถนะ หากข้อมูลไม่มีคุณภาพ ไม่ทันสมัย หรือไม่มีบุคลากรช่วยอธิบาย สอดคล้องกับ Haregu et al. (2024) ซึ่งพบว่า การใช้เทคโนโลยีต้องดำเนินควบคู่กับการพัฒนาความรอบรู้ดิจิทัล การเข้าถึงอินเทอร์เน็ต และการสนับสนุนจากองค์กร แม้แบบจำลองจะอธิบายความแปรปรวนของสมรรถนะได้ร้อยละ 46.80 แต่ยังมีอีกร้อยละ 53.20 ที่อาจเกิดจากแรงจูงใจ ขวัญกำลังใจ การสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่ ความชัดเจนของบทบาทภาระงาน ความพร้อมของอุปกรณ์ และการยอมรับจากชุมชน สอดคล้องกับ ชุลีกร คงบุญ (2566) ซึ่งพบว่า ความสำเร็จในงาน ขวัญกำลังใจ และลักษณะงานมีผลต่อสมรรถนะของ อสม. ดังนั้น การพัฒนาสมรรถนะควรดำเนินควบคู่ทั้งการอบรม ระบบพี่เลี้ยง การกำกับติดตาม การสนับสนุนอุปกรณ์ และการเสริมแรงจูงใจ

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. หน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ควรจัดทำแผนพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านด้านการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอย่างต่อเนื่อง โดยเน้นการฝึกทักษะการตัดสินใจและการนำข้อมูลสุขภาพไปใช้ในสถานการณ์จริง เช่น การวิเคราะห์กรณีศึกษา การประเมินอาการผิดปกติ การให้คำแนะนำเฉพาะราย และการตัดสินใจประสานส่งต่อผู้ป่วย เนื่องจากผลการศึกษาพบว่าทักษะทั้งสองด้านมีอิทธิพลต่อสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาล และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลควรพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านให้มีความถูกต้อง น่าเชื่อถือ ทันสมัย และเข้าถึงได้สะดวก โดยจัดให้มีแหล่งข้อมูลกลาง เช่น คู่มือออนไลน์ กลุ่มสื่อสารของหน่วยบริการ หรือคลังความรู้เกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง พร้อมกำหนดบุคลากรผู้รับผิดชอบในการตรวจสอบข้อมูลและตอบข้อซักถาม เพื่อป้องกันการนำข้อมูลที่คลาดเคลื่อนไปใช้ในการดูแลประชาชน

3. หน่วยบริการสาธารณสุขควรจัดระบบทบทวนและสื่อสารข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรังแก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอย่างสม่ำเสมอ เช่น การประชุมทบทวนความรู้รายเดือน การแจ้งเตือนแนวทางปฏิบัติที่สำคัญ และการนิเทศติดตามในพื้นที่ ควบคู่กับการฝึกทักษะการไต่ถามและการสื่อสารกับบุคลากรสุขภาพ เพื่อให้อาสาสมัครสามารถสอบถาม ตรวจสอบ และนำข้อมูลไปใช้ในการปฏิบัติงานได้อย่างถูกต้องและมั่นใจมากขึ้น

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาวิจัยแบบกึ่งทดลองหรือแบบติดตามระยะยาว เพื่อประเมินผลของโปรแกรมพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ การตัดสินใจ การนำข้อมูลไปใช้และการเข้าถึงข้อมูลสารสนเทศต่อสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และช่วยยืนยันความสัมพันธ์เชิงสาเหตุได้ชัดเจนยิ่งขึ้น

2. ควรขยายการศึกษาไปยังพื้นที่และกลุ่มตัวอย่างที่มีบริบทแตกต่างกัน พร้อมเพิ่มปัจจัยด้านแรงจูงใจ การสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่ ภาระงาน ความพร้อมของอุปกรณ์ และความรอบรู้ดิจิทัล รวมทั้งใช้การสังเกตการปฏิบัติหรือสถานการณ์จำลองร่วมกับแบบสอบถาม เพื่อให้การประเมินสมรรถนะสะท้อนความสามารถจริงได้ครอบคลุมยิ่งขึ้น

อ้างอิง

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2565). *คู่มือ อสม. “สมาร์ท อสม. และ อสม. หมอประจำบ้าน”*.

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2566, 23 มิถุนายน). *กรม สบส. ชูแอป “SMART อสม.” เป็นนวัตกรรมเด่น ช่วยยกระดับความรอบรู้ อสม. ทั่วไทย*. คลังสื่อประชาสัมพันธ์ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. https://prgroup.hss.moph.go.th/info/news/1444

กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2567, 8 มีนาคม). *สถานการณ์โรคไม่ติดต่อและสาระสำคัญของแผนปฏิบัติการด้านการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อของประเทศไทย (พ.ศ. 2566–2570)*. กรมควบคุมโรค. https://www.ddc.moph.go.th/dncd/publishinfodetail.php?deptcode=dncd&publish=15419

กฤศภณ เทพอินทร์, และเสน่ห์ ขุนแก้ว. (2565). ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอฟากท่า จังหวัดอุตรดิตถ์. *วารสารวิจัยการพยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพ, 14*(1), 206–218.

จุฑาภรณ์ สว่างเมฆ. (2565). ปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต้นแบบ จังหวัดกระบี่. *วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน, 6*(3), 121–130.

ฉันท์ทิพย์ พลอยสุวรรณ, รัตนชัย เพ็ชรสมบัติ, ดวงรัตน์ เหลืองอ่อน, และธนะวัฒน์ รวมสุก. (2566). ปัจจัยที่มีผลต่อสมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในภาคตะวันออก: กรณีศึกษาอำเภอวังสมบูรณ์ จังหวัดสระแก้ว. *วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ, 16*(3), 15–29.

ชุลีกร คงบุญ. (2566). ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อมาตรฐานสมรรถนะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จังหวัดนครพนม. *วารสารวิจัยและพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ, 4*(1), 139–149.

ธวัชชัย สุนทรนนท์. (2566). องค์ประกอบ ตัวบ่งชี้ และข้อเสนอเชิงกลยุทธ์เพื่อการพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในยุคดิจิทัล พื้นที่จังหวัดตรัง. *วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 16*(2), 58–73.

นภาเพ็ญ จันทขัมมา, ทรงพล ผดุงพัฒนากูล, และพัทยา แก้วสาร. (2567). ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมความสามารถการคัดกรองและการสื่อสารทางสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันโรคไตเรื้อรัง. *วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล, 40*(2), 113–125.

ปราณี แสดคง, รัตน์ดาวรรณ คลังกลาง, ชนกานต์ จันทะคุณ, เบญจพร ฐิติญาณวิโรจน์, ธรณิศ สายวัฒน์, และสายใจ คำทะเนตร. (2566). ปัจจัยทำนายความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ, 46*(2), 116–127.

สุกาญดา หมื่นราษฎร์. (2566). ความรอบรู้ด้านสุขภาพและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและเฝ้าระวังโรคเรื้อนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในพื้นที่มีข้อบ่งชี้ทางระบาดวิทยาโรคเรื้อน เขตสุขภาพที่ 11. *วารสารศาสตร์สุขภาพและการศึกษา, 3*(2), 96–108.

อุไรรัตน์ คูหะมณี, ยุวดี รอดจากภัย, และนิภา มหารัชพงศ์. (2563). ความรอบรู้ด้านสุขภาพกับบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการป้องกันโรคเรื้อรัง. *วารสารกรมการแพทย์, 45*(1), 137–142.

Best, J. W. (1977). *Research in education* (3rd ed.). Prentice-Hall.

Blondino, C. T., Knoepflmacher, A., Johnson, I., Fox, C., & Friedman, L. (2024). The use and potential impact of digital health tools at the community level: Results from a multi-country survey of community health workers. *BMC Public Health, 24*, Article 650.

Cronbach, L. J. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika, 16*(3), 297–334.

Doresha, L.-M., Williams, G., & Mash, R. (2024). The role of community health workers in non-communicable diseases in Cape Town, South Africa: Descriptive exploratory qualitative study. *BMC Primary Care, 25*, Article 176.

Haregu, T., Delobelle, P., Shrestha, A., Panniyammakal, J., Thankappan, K., Parasuraman, G., Schouw, D., Ramalingam, A., Issaka, A., Cao, Y., Levitt, N., & Oldenburg, B. (2024). Shifting roles of community health workers in the prevention and management of noncommunicable disease during the COVID-19 pandemic: A scoping review. *Health Policy and Planning, 39*(7), 771–781.

Mash, R., Hirschhorn, L. R., Kakar, I. S., John, R., Sharma, M., & Praveen, D. (2024). Global lessons on delivery of primary healthcare services for people with non-communicable diseases: Convergent mixed methods. *Family Medicine and Community Health, 12*(3), e002553.

Pardoel, Z. E., Reijneveld, S. A., Lensink, R., Postma, M. J., Trang, N. T. T., Walton, P., Swe, K. H., Pamungkasari, E. P., Koot, J. A. R., & Landsman, J. A. (2024). Culturally adapted training for community volunteers to improve their knowledge, attitude and practice regarding non-communicable diseases in Vietnam. *BMC Public Health, 24*, Article 364.

Rovinelli, R. J., & Hambleton, R. K. (1977). On the use of content specialists in the assessment of criterion-referenced test item validity. *Tijdschrift voor Onderwijsresearch, 2*(2), 49–60.

Sultan, M. A., Miller, E., Tikkanen, R. S., Singh, S., Kullu, A., Cometto, G., Fitzpatrick, S., Ajuebor, O., Gillon, N., Edward, A., Moleman, Y. P., Pandya, S., Park, I., Shen, J. Y., Yu, Y., Perry, H., Scott, K., & Closser, S. (2025). Competency-based education and training for community health workers: A scoping review. *BMC Health Services Research, 25*, Article 263.

World Health Organization. (2025, September 25). *Noncommunicable diseases*. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases

Yamane, T. (1973). *Statistics: An introductory analysis* (3rd ed.). Harper & Row.

วารสารวิชาการเพื่อการพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิและสาธารณสุข
Academic Journal for Primary Care and Public Health Development

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้หวัดใหญ่ในผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรัง อำเภอเมือง จังหวัดพังงา

Factors associated with influenza prevention and control behavior among elderly people with chronic diseases, Mueang District, Phang Nga Province.

สิทธิชัย สุดศรี
Sitthichai Sudsri
นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมือง จังหวัดพังงา

(Received: July 1, 2026; Accepted: August 7, 2026)

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงวิเคราะห์ภาคตัดขวาง (Analytic Cross-sectional Study) มีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้หวัดใหญ่ในผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรัง อำเภอเมือง จังหวัดพังงา และ 2) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้หวัดใหญ่ในผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรัง อำเภอเมือง จังหวัดพังงา กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรัง อายุ 60-75 ปี ที่อาศัยในพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดพังงา จำนวน 290 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลใช้แบบสอบถามที่สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย 4 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ส่วนที่ 2 ความรู้โรคไข้หวัดใหญ่ ส่วนที่ 3 การรับรู้การป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ และส่วนที่ 4 พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการตอบแบบสอบถามการวิจัย ระหว่างพฤศจิกายน 2568-มกราคม 2569 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติอนุมาน Chi-square

ผลการวิจัย พบว่า ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างมีระดับพฤติกรรมดี ร้อยละ 54.14 รองลงมา ระดับพฤติกรรมปานกลาง ร้อยละ 28.62 และระดับพฤติกรรมไม่ดี ร้อยละ 17.24 และมีปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จำนวน 4 ปัจจัย ได้แก่ เพศ ($p < 0.001$), ประวัติการป่วยโรคไข้หวัดใหญ่ ($p = 0.008$), ระดับความรู้ ($p < 0.001$) และระดับการรับรู้เรื่องโรคไข้หวัดใหญ่ ($p = 0.0276$) ในขณะที่ปัจจัยด้านอายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ และโรคประจำตัว ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ข้อเสนอแนะจากการวิจัยนี้ 1) ควรมีการศึกษาเชิงกึ่งทดลองโดยการพัฒนาโปรแกรมประยุกต์ใช้แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ในกลุ่มผู้สูงอายุ 2) ควรศึกษาวิจัยในด้านการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและชุมชนในการป้องกันและฟื้นฟูโรคไข้หวัดใหญ่ เพื่อหามาตรการในการส่งเสริมสุขภาพให้เหมาะสมกับบริบทของชุมชน

คำสำคัญ: พฤติกรรม, การป้องกันและควบคุมโรคไข้หวัดใหญ่, ผู้สูงอายุ, โรคเรื้อรัง

Abstract

This analytic cross-sectional study aimed to: 1) examine influenza prevention and control behaviors among older adults with chronic diseases in Mueang District, Phang Nga Province; and 2) investigate factors associated with influenza prevention and control behaviors among older adults with chronic diseases in Mueang District, Phang Nga Province. The sample consisted of 290 older adults aged 60–75 years with chronic diseases residing in Mueang District, Phang Nga Province. Data were collected using a questionnaire developed based on a literature review, comprising four parts: Part 1, general information; Part 2, knowledge of influenza; Part 3, perceptions of influenza prevention; and Part 4, influenza prevention behaviors. Data were collected through the research questionnaire between November 2025 and January 2026. Data were analyzed using descriptive statistics, including percentage, mean, and standard deviation, and inferential statistics using the Chi-square test.

The findings revealed that most participants had a good level of behavior (54.14%), followed by a moderate level (28.62%) and a poor level (17.24%). Four factors were significantly associated with health behaviors: sex ($p < 0.001$), history of influenza ($p = 0.008$), knowledge level ($p < 0.001$), and level of perception regarding influenza ($p = 0.0276$). In contrast, age, marital status, educational level, occupation, income, and underlying medical conditions were not significantly associated with health behaviors. Based on the findings, the following recommendations are proposed: 1) a quasi-experimental study should be conducted to develop a program applying the Health Belief Model to promote influenza prevention behaviors among older adults; and 2) further research should examine patient and community participation in influenza prevention and recovery to identify health promotion measures appropriate to the community context.

Keywords: Behavior, Influenza Prevention and Control, Older Adults, Chronic Diseases

บทนำ

โรคไข้หวัดใหญ่ (Influenza) เป็นการติดเชื้อไวรัสที่ระบบทางเดินหายใจแบบเฉียบพลัน ซึ่งเกิดจากการติดเชื้อ Influenza virus ส่งผลให้เกิดการเจ็บป่วยที่รุนแรงและเสียชีวิตนับล้านคน องค์การอนามัยโลกคาดการณ์ว่าทุกปีจะมีผู้ป่วยโรคไข้หวัดใหญ่มีอาการป่วยรุนแรง 3–5 ล้านราย และมีผู้เสียชีวิตจากโรคไข้หวัดใหญ่จำนวน 290,000–650,000 ราย ไข้หวัดใหญ่เป็นโรคติดเชื้ออุบัติใหม่และโรคติดเชื้ออุบัติซ้ำที่มีผลกระทบอย่างรุนแรง โดยเฉพาะในผู้สูงอายุและผู้ที่มีโรคเรื้อรัง (World Health Organization, 2025) เนื่องจากมีการแพร่ระบาดระดับท้องถิ่นและระบาดทั่วโลกอย่างต่อเนื่อง (Bhugra et al., 2021) การติดเชื้อของระบบทางเดินหายใจ เช่น ไข้หวัดใหญ่ โรคปอดอักเสบ หรือโรคโควิด-19 เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการเกิดเหตุการณ์ชนิดรุนแรงจากสาเหตุหัวใจและหลอดเลือดและการเสียชีวิต Major Adverse Cardiac Event (MACE) ความรุนแรงนั้นส่งผลต่อการทำลายของเนื้อเยื่อที่หลอดเลือด เพิ่มการอักเสบทั่วร่างกาย หรือเกิดภาวะลิ่มเลือด ส่งผลทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเพิ่มขึ้นถึง 6 เท่า โดยเฉพาะในผู้สูงอายุ (Jaiswal et al., 2022)

ประเทศไทย ในปี 2560 พบว่า กลุ่มผู้สูงอายุมีอัตราตายจากโรคไข้หวัดใหญ่สูงถึง 0.71 ต่อแสนประชากร และเป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่เป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีอัตราตายจากโรคไข้หวัดใหญ่สูงถึง 0.35 ต่อแสนประชากร ซึ่งก่อให้เกิดความสูญเสียในด้านเศรษฐกิจ คิดเป็นมูลค่า 913–2,453 ล้านบาทต่อปี โดยครึ่งหนึ่งเป็นค่าใช้จ่ายที่ต้องสูญเสียไปกับการรักษาพยาบาล (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2560) อีกทั้งจากสถานการณ์ไข้หวัดใหญ่ประจำเดือนพฤศจิกายน 2566 พบว่า กรุงเทพมหานครติด 1 ใน 5 จังหวัดที่มีอัตราป่วยสูงที่สุด โดยเป็นอันดับที่ 1 เมื่อเปรียบเทียบกับค่ามัธยฐานย้อนหลัง 5 ปี โดยมีผู้ป่วย 66,854 คน คิดเป็นอัตราป่วยต่อแสนประชากรเท่ากับ 1,243.35 และเป็นจังหวัดที่มีจำนวนผู้เสียชีวิตสูงสุดเป็นลำดับที่ 2 (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2566) และจากระบบรายงานการเฝ้าระวังโรค 506 กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค อัตราป่วยโรคไข้หวัดใหญ่ต่อประชากรแสนคน จำแนกตามกลุ่มอายุประเทศไทย ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2567–2 พฤศจิกายน 2567 ภาคที่มีอัตราป่วยสูงสุดคือภาคกลาง เท่ากับ 1,185.63 ต่อประชากรแสนคน รองลงมาเป็นภาคใต้ (927.28) ภาคเหนือ (717.34) และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (716.44) ตามลำดับ โดยกรุงเทพมหานครมีรายงานการเสียชีวิตจากไข้หวัดใหญ่จำนวน 5 ราย จาก 47 รายทั่วประเทศ แม้ว่าผู้ป่วยไข้หวัดใหญ่มีแนวโน้มลดลง แต่ยังสูงกว่าค่ามัธยฐาน 5 ปีย้อนหลัง (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2567)

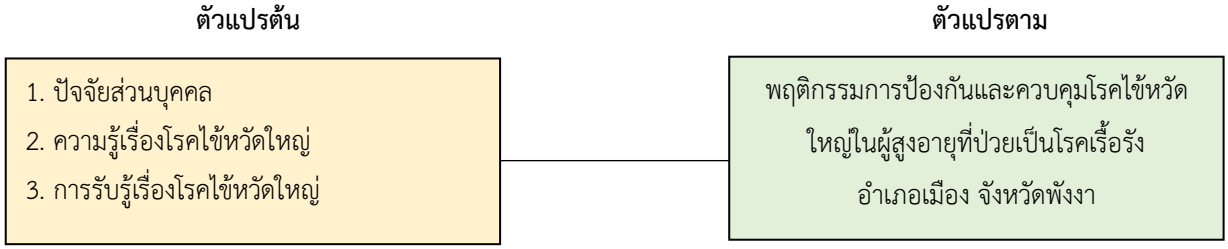
โรคไข้หวัดใหญ่ยังคงเป็นปัญหาสุขภาพในจังหวัดพังงา โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเขตพื้นที่อำเภอเมืองที่พบอัตราการป่วยด้วยโรคไข้หวัดใหญ่มากที่สุด พบผู้ป่วยโรคไข้หวัดใหญ่เพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุ อัตราป่วยต่อประชากรแสนคนในปี พ.ศ. 2565–2567 เท่ากับ 194.25, 388.14 และ 522.36 ตามลำดับ เนื่องจากอำเภอเมืองเป็นพื้นที่ที่มีผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 20 ซึ่งมีระบบภูมิคุ้มกันที่อ่อนแอลงตามวัย จึงมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรง เช่น ปอดบวม หัวใจล้มเหลว ภาวะหายใจล้มเหลว และอาจรุนแรงถึงขั้นเสียชีวิต การป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ในผู้สูงอายุจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง เพราะสามารถช่วยลดอัตราการเจ็บป่วย การเข้ารักษาในโรงพยาบาล และการเสียชีวิต โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ หรือโรคปอด

เรื้อรัง หนึ่งในวิธีการป้องกันที่มีประสิทธิภาพที่สุดคือการฉีดวัคซีนไข้หวัดใหญ่เป็นประจำทุกปี ควบคู่กับการดูแลสุขภาพร่างกายให้แข็งแรง หลีกเลี่ยงการอยู่ในสถานที่แออัด ล้างมือบ่อย ๆ และสวมหน้ากากอนามัยเมื่อจำเป็น การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้รับวัคซีนและมีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันตนเองจากไข้หวัดใหญ่ ถือเป็นแนวทางสำคัญในการยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุและลดภาระต่อระบบสาธารณสุขในระยะยาว ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจทำการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้หวัดใหญ่ในผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรัง อำเภอเมือง จังหวัดพังงา

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้หวัดใหญ่ในผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรัง อำเภอเมือง จังหวัดพังงา
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้หวัดใหญ่ในผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรัง อำเภอเมือง จังหวัดพังงา

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์ภาคตัดขวาง (Analytic Cross-sectional Study)

ประชากร คือ ผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรังที่อาศัยในพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดพังงา จำนวน 1,178 คน (ข้อมูลจาก Health Data Center จังหวัดพังงา, 2568)

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรัง อายุ 60-75 ปี ที่อาศัยในพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดพังงา จำนวน 290 คน ที่มีชื่อในสำเนาทะเบียนและอยู่จริงในพื้นที่ โดยคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างจากการใช้ตาราง Krejcie & Morgan สุ่มอย่างง่ายด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ โดยการนำรายชื่อผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรังทั้งหมดที่เป็นไฟล์ Excel ที่ได้แบ่งกลุ่มในขั้นตอนที่ 1 นำเข้าโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ จากนั้นเลือกคำสั่ง Random Sample of Cases ให้โปรแกรมทำการสุ่มอย่างง่าย เพื่อให้ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนของขนาดกลุ่มตัวอย่างและกลุ่มประชากรจนครบจำนวนทั้งหมด 290 คน

เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion Criteria)

1. ผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรัง อายุ 60-75 ปี ที่อาศัยในพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดพังงา นานมากกว่า 6 เดือน เป็นกลุ่มติดสังคมเท่านั้น

2. ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัยและลงชื่อในแบบแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria)

1. กลุ่มตัวอย่างไม่สะดวกในการดำเนินการวิจัยจนสิ้นสุดการวิจัยได้

2. กลุ่มตัวอย่างไม่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ระยะเวลาการเก็บข้อมูลทั้งหมดในการวิจัย

ระหว่างเดือน พฤศจิกายน 2568-มกราคม 2569

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคไข้หวัดใหญ่ การป้องกันและควบคุมโรคในผู้สูงอายุ และผู้ที่มีโรคเรื้อรัง โดยแบบสอบถามแบ่งออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 8 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ โรคประจำตัว และประวัติการป่วยโรคไข้หวัดใหญ่ ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบและเติมข้อความตามความเหมาะสม

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความรู้เรื่องโรคไข้หวัดใหญ่ จำนวน 10 ข้อ ครอบคลุมความรู้เกี่ยวกับสาเหตุของโรค การติดต่อ อาการและอาการแสดง กลุ่มเสี่ยง ภาวะแทรกซ้อน การป้องกันโรค การฉีดวัคซีน และการปฏิบัติตนเมื่อมีอาการ ลักษณะคำตอบเป็นแบบถูก ผิด และไม่ทราบ โดยตอบถูกให้ 1 คะแนน ส่วนตอบผิดหรือไม่ทราบให้ 0 คะแนน คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0–10 คะแนน คะแนนสูงแสดงถึงการมีความรู้เรื่องโรคไข้หวัดใหญ่ในระดับสูง

ส่วนที่ 3 แบบประเมินการรับรู้เรื่องโรคไข้หวัดใหญ่ จำนวน 15 ข้อ ครอบคลุมการรับรู้เกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค ความรุนแรงและภาวะแทรกซ้อน ประโยชน์ของการป้องกันโรค อุปสรรคต่อการปฏิบัติตน และการรับรู้เกี่ยวกับมาตรการป้องกันโรค ลักษณะคำตอบเป็นมาตรประมาณค่า 3 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วย ไม่แน่ใจ และไม่เห็นด้วย โดยข้อความเชิงบวกให้คะแนน 3, 2 และ 1 คะแนน ตามลำดับ ส่วนข้อความเชิงลบให้คะแนนในทิศทางตรงกันข้าม คะแนนสูงแสดงถึงการรับรู้เกี่ยวกับโรคไข้หวัดใหญ่และการป้องกันโรคในระดับสูง

ส่วนที่ 4 แบบประเมินพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้หวัดใหญ่ จำนวน 15 ข้อ ครอบคลุมการดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคล การล้างมือ การสวมหน้ากากอนามัย การหลีกเลี่ยงพื้นที่แออัด การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ การดูแลสุขภาพ การเข้ารับวัคซีน และการปฏิบัติตนเมื่อมีอาการผิดปกติ ลักษณะคำตอบเป็นมาตรประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง ปฏิบัติน้อยครั้ง และไม่เคยปฏิบัติ ให้คะแนน 5, 4, 3, 2 และ 1 คะแนน ตามลำดับ สำหรับข้อความเชิงลบให้คะแนนในทิศทางตรงกันข้าม คะแนนสูงแสดงถึงการมีพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้หวัดใหญ่ที่เหมาะสม

การแปลผลคะแนน

การแปลผลระดับความรู้เรื่องโรคไข้หวัดใหญ่ พิจารณาจากคะแนนรวมเต็ม 10 คะแนน แบ่งออกเป็น

3 ระดับ ได้แก่ ระดับดี 8–10 คะแนน ระดับปานกลาง 6–7 คะแนน และระดับไม่ดี 0–5 คะแนน

การแปลผลระดับการรับรู้เรื่องโรคไข้หวัดใหญ่ พิจารณาจากคะแนนเฉลี่ย โดยแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับดี คะแนนเฉลี่ย 2.36–3.00 ระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 1.68–2.35 และระดับไม่ดี คะแนนเฉลี่ย 1.00–1.67

การแปลผลระดับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้หวัดใหญ่ พิจารณาจากคะแนนเฉลี่ย โดยแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับดี คะแนนเฉลี่ย 3.68–5.00 ระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 2.34–3.67 และระดับไม่ดี คะแนนเฉลี่ย 1.00–2.33

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นเสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ซึ่งมีความเชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ การควบคุมโรคติดต่อ และการวิจัยทางสาธารณสุข เพื่อตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ความถูกต้องของภาษา และความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย โดยประเมินค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Index of Item-Objective Congruence: IOC) พบว่าข้อคำถามมีค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.67–1.00 และมีค่า IOC เฉลี่ยทั้งฉบับเท่ากับ 0.89 จากนั้นผู้วิจัยปรับปรุงข้อคำถามตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิก่อนนำไปทดลองใช้

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาแล้วไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างและไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย จำนวน 30 คน เพื่อตรวจสอบความชัดเจนของข้อคำถามและความเชื่อมั่นของเครื่องมือแบบประเมินความรู้เรื่องโรคไข้หวัดใหญ่ซึ่งมีลักษณะการให้คะแนนแบบถูกและผิด ตรวจสอบความเชื่อมั่นด้วยวิธี Kuder-Richardson 20 (KR-20) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.78 ส่วนแบบประเมินการรับรู้เรื่องโรคไข้หวัดใหญ่และแบบประเมินพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้หวัดใหญ่ ตรวจสอบความเชื่อมั่นด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าเท่ากับ 0.86 และ 0.88 ตามลำดับ ซึ่งแสดงว่าเครื่องมือมีความเชื่อมั่นอยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสมสำหรับนำไปใช้เก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นตอนการเก็บข้อมูล

โครงการวิจัยได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์แล้ว ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดพังงา ซึ่งมีขั้นตอนในการดำเนินการดังนี้

1. ผู้วิจัยขออนุมัติในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากสาธารณสุขอำเภอเมือง จังหวัดพังงา
2. ประชุมชี้แจงโครงการวิจัยแก่ทีมให้รับทราบเพื่อขอความร่วมมือในการทำวิจัย และอบรมการเก็บข้อมูลวิจัยแก่ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และขอความร่วมมือนักวิชาการสาธารณสุขของแต่ละหน่วยบริการเป็นผู้ช่วยในการเก็บข้อมูลในกลุ่มตัวอย่าง
3. นัดกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 6 ครั้ง ครั้งละ 50 คน เก็บข้อมูลการวิจัยในพื้นที่โดยใช้แบบสัมภาษณ์ ใช้เวลาในการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุ 10-15 นาทีต่อคน
4. ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลและตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลในแบบสอบถาม
5. ผู้วิจัยนำข้อมูลมาวิเคราะห์
6. จัดทำเอกสารและเผยแพร่

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ใช้สถิติวิเคราะห์ (Analytical Statistics) ในการหาความสัมพันธ์ของตัวแปรด้วยสถิติ Chi-square

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพังงา เลขที่ COA.PNPH 2025/049.0411 เมื่อวันที่ 4 พฤศจิกายน 2568 ผู้วิจัยได้ดำเนินการคุ้มครองสิทธิของผู้ร่วมการวิจัยโดยจัดทำเอกสารชี้แจงข้อมูลและแบบฟอร์มความยินยอมในการตอบแบบสอบถาม ซึ่งประกอบด้วยข้อมูลส่วนบุคคลที่จำเป็น วัตถุประสงค์ของการวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการตอบแบบสอบถาม และสิทธิของผู้ร่วมการวิจัย นอกจากนี้ผลการวิจัยครั้งนี้จะนำเสนอข้อมูลเป็นภาพรวมโดยไม่เปิดเผยชื่อ-สกุลของผู้ร่วมการวิจัย เพื่อรักษาความลับและความเป็นส่วนตัวของข้อมูล

ผลการวิจัย

จากการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้หวัดใหญ่ในผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรัง อำเภอเมือง จังหวัดพังงา ผลการวิเคราะห์ข้อมูลมีดังต่อไปนี้

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 192 คน ร้อยละ 66.21 และเป็นเพศชาย จำนวน 98 คน ร้อยละ 33.79 กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 68.53 ปี (ช่วงอายุต่ำสุด-สูงสุดอยู่ที่ 60–74 ปี) โดยเมื่อจำแนกตามช่วงอายุ พบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 65–69 ปี จำนวน 142 คน ร้อยละ 48.97 รองลงมาคือ อายุ 70–74 ปี จำนวน 80 คน ร้อยละ 27.59 และอายุ 60–64 ปี จำนวน 68 คน ร้อยละ 23.45 ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีสถานภาพคู่ จำนวน 155 คน ร้อยละ 53.45 รองลงมาคือ หม้าย/แยกทาง/หย่าร้าง จำนวน 90 คน ร้อยละ 31.03 ส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาในระดับประถมศึกษา จำนวน 139 คน ร้อยละ 47.93 รองลงมาคือ มัธยมศึกษา จำนวน 108 คน ร้อยละ 37.24 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม จำนวน 142 คน ร้อยละ 48.97 รองลงมาคือ งานบ้าน จำนวน 58 คน ร้อยละ 20.00 รายได้เฉลี่ยต่อเดือนส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 5,001–10,000 บาท จำนวน 115 คน ร้อยละ 39.66 รองลงมาคือ รายได้ช่วง 0–5,000 บาท จำนวน 111 คน ร้อยละ 38.28 โรคประจำตัว (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 188 คน ร้อยละ 64.83 รองลงมาคือ ไม่มีโรคประจำตัว จำนวน 98 คน ร้อยละ 33.79 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เคยมีประวัติการป่วยเป็นโรคไข้หวัดใหญ่มาก่อน จำนวน 195 คน ร้อยละ 67.24 และมีประวัติเคยป่วย จำนวน 95 คน ร้อยละ 32.76 ดังข้อมูลในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 คุณลักษณะทางประชากรของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรัง อำเภอเมือง จังหวัดพังงา (n=290)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	98	33.79
หญิง	192	66.21
อายุ (ปี)		
60–64 ปี	68	23.45
65–69 ปี	142	48.97
70–74 ปี	80	27.59
Mean ± S.D. (Min : Max)	68.53 ± 8.58 (60 : 74)	
สถานภาพสมรส		
โสด	45	15.52
คู่	155	53.45
หม้าย/แยกทาง/หย่าร้าง	90	31.03
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	139	47.93
มัธยมศึกษา	108	37.24
ปริญญาตรี	15	5.17
สูงกว่าปริญญาตรี	3	1.03
อาชีพ		
พ่อบ้าน/แม่บ้าน	58	20.00
เกษตรกรรม	142	48.97
รับจ้าง	56	19.31
ค้าขาย	31	10.69
รัฐวิสาหกิจ/รับราชการ	3	1.03
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (บาท)		
0–5,000	111	38.28
5,001–10,000	115	39.66
10,001–15,000	42	14.48
15,001–20,000	12	4.14
มากกว่า 20,001	10	3.45
โรคประจำตัว*		
ไม่มี	98	33.79
โรคความดันโลหิตสูง	188	64.83
โรคเบาหวาน	69	23.79

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
โรคหัวใจ	55	18.97
โรคอื่น ๆ	63	21.72
ประวัติการป่วยโรคไข้หวัดใหญ่		
ไม่เคย	195	67.24
เคย	95	32.76

* โรคประจำตัวสามารถตอบได้มากกว่า 1 ข้อ จึงทำให้ผลรวมของร้อยละมากกว่า 100.00

ระดับความรู้เรื่องโรคไข้หวัดใหญ่

จากการวิเคราะห์ระดับความรู้เรื่องโรคไข้หวัดใหญ่ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้อยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 152 คน คิดเป็นร้อยละ 52.41 รองลงมามีความรู้อยู่ในระดับดี จำนวน 79 คน คิดเป็นร้อยละ 27.24 และมีความรู้อยู่ในระดับไม่ดี จำนวน 59 คน คิดเป็นร้อยละ 20.35 ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับความรู้เรื่องโรคไข้หวัดใหญ่ (n = 290)

ระดับความรู้เรื่องโรคไข้หวัดใหญ่	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับดี (8–10 คะแนน)	79	27.24
ระดับปานกลาง (6–7 คะแนน)	152	52.41
ระดับไม่ดี (0–5 คะแนน)	59	20.35

ระดับการรับรู้เรื่องโรคไข้หวัดใหญ่

จากการวิเคราะห์ระดับการรับรู้เรื่องโรคไข้หวัดใหญ่ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้อยู่ในระดับดี จำนวน 130 คน คิดเป็นร้อยละ 44.83 รองลงมามีการรับรู้อยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 125 คน คิดเป็นร้อยละ 43.10 และมีการรับรู้อยู่ในระดับไม่ดี จำนวน 35 คน คิดเป็นร้อยละ 12.07 ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับการรับรู้เรื่องโรคไข้หวัดใหญ่ (n = 290)

ระดับการรับรู้เรื่องโรคไข้หวัดใหญ่	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับดี (คะแนนเฉลี่ย 2.36–3.00)	130	44.83
ระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 1.68–2.35)	125	43.10
ระดับไม่ดี (คะแนนเฉลี่ย 1.00–1.67)	35	12.07

ระดับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้หวัดใหญ่

จากการวิเคราะห์ระดับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้หวัดใหญ่ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมอยู่ในระดับดี จำนวน 157 คน คิดเป็น

ร้อยละ 54.14 รองลงมามีพฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 83 คน คิดเป็นร้อยละ 28.62 และมีพฤติกรรมอยู่ในระดับไม่ดี จำนวน 50 คน คิดเป็นร้อยละ 17.24 ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้หวัดใหญ่ (n = 290)

ระดับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้หวัดใหญ่	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับดี (คะแนนเฉลี่ย 3.68–5.00)	157	54.14
ระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 2.34–3.67)	83	28.62
ระดับไม่ดี (คะแนนเฉลี่ย 1.00–2.33)	50	17.24

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้หวัดใหญ่

จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยสถิติไคสแควร์ พบว่า จากปัจจัยที่นำมาศึกษาทั้งหมด 10 ปัจจัย มี 4 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้หวัดใหญ่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ เพศ ($p < 0.001$) ประวัติการป่วยโรคไข้หวัดใหญ่ ($p = 0.008$) ระดับความรู้เรื่องโรคไข้หวัดใหญ่ ($p < 0.001$) และระดับการรับรู้เรื่องโรคไข้หวัดใหญ่ ($p = 0.0276$) ส่วนอายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ และโรคประจำตัว ไม่พบความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้หวัดใหญ่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้หวัดใหญ่ในผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรัง อำเภอเมือง จังหวัดพังงา

ปัจจัย	χ^2	p-value	ผลการทดสอบ
เพศ	55.662	< 0.001	มีนัยสำคัญทางสถิติ
อายุ	0.051	0.821	ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ
สถานภาพสมรส	2.067	0.151	ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ
ระดับการศึกษา	1.255	0.263	ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ
อาชีพ	1.321	0.250	ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ
รายได้	0.001	0.979	ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ
โรคประจำตัว	1.005	0.316	ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ
ประวัติการป่วยโรคไข้หวัดใหญ่	7.043	0.008	มีนัยสำคัญทางสถิติ
ระดับความรู้เรื่องโรคไข้หวัดใหญ่	17.653	< 0.001	มีนัยสำคัญทางสถิติ
ระดับการรับรู้เรื่องโรคไข้หวัดใหญ่	4.856	0.028	มีนัยสำคัญทางสถิติ

หมายเหตุ: กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $\alpha = 0.05$

การอภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้หวัดใหญ่ในผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรัง อำเภอเมือง จังหวัดพังงา สามารถอภิปรายผลการศึกษาได้ดังนี้

1. พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้หวัดใหญ่

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้หวัดใหญ่อยู่ในระดับดี จำนวน 157 คน คิดเป็นร้อยละ 54.14 รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 83 คน คิดเป็นร้อยละ 28.62 และระดับไม่ดี จำนวน 50 คน คิดเป็นร้อยละ 17.24 ผลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า ผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรังส่วนใหญ่มีการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ค่อนข้างเหมาะสม ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังและต้องติดต่อกับระบบบริการสุขภาพอย่างต่อเนื่อง จึงมีโอกาสได้รับข้อมูล คำแนะนำ และการสื่อสารด้านสุขภาพจากบุคลากรสาธารณสุข รวมถึงมีประสบการณ์ในการดูแลสุขภาพของตนเองมากกว่ากลุ่มประชากรทั่วไป อย่างไรก็ตาม ยังมีกลุ่มตัวอย่างเกือบครึ่งหนึ่งที่มีพฤติกรรมในระดับปานกลางและไม่ดี สะท้อนว่าการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคยังจำเป็นต้องดำเนินการอย่างต่อเนื่องและเหมาะสมกับบริบทของผู้สูงอายุ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของพิชามญชุ์ หาญเจริญกิจ สุมาลี เลิศมัลลิกาพร และวิลาวัณย์ เตือนราษฎร์ (2565) ที่ศึกษาผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 405 คน พบว่า ผู้สูงอายุมีการปฏิบัติในการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 56.05 และระดับปานกลาง ร้อยละ 43.70 ซึ่งใกล้เคียงกับผลการศึกษาครั้งนี้ นอกจากนี้ วิมลรัตน์ รุณแสง (2568) ศึกษาผู้สูงอายุในอำเภอนาบอน จังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่า ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้หวัดใหญ่อยู่ในระดับดี ร้อยละ 72.87 ซึ่งแม้จะมีสัดส่วนสูงกว่าการศึกษาครั้งนี้ แต่เป็นไปในทิศทางเดียวกันที่พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีพฤติกรรมป้องกันโรคอยู่ในระดับดี อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษามีความแตกต่างจากการศึกษาของโชติพงศ์ ศรีวงษ์ เจษฎา คุณโน และฐิตาภรณ์ เหลืองวิลัย (2569) ซึ่งศึกษากลุ่มวัยก่อนสูงอายุและผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีพฤติกรรมป้องกันตนเองจากโรคไข้หวัดใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 60.70 แม้ว่าจะมีความรู้อยู่ในระดับสูงถึงร้อยละ 84.10 ความแตกต่างดังกล่าวอาจเกิดจากบริบทของพื้นที่ ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง การได้รับข้อมูลสุขภาพ ตลอดจนเกณฑ์และเครื่องมือที่ใช้ประเมินพฤติกรรมที่แตกต่างกัน ผลดังกล่าวยังชี้ให้เห็นว่า การมีความรู้สูงไม่ได้หมายความว่าจะนำไปสู่พฤติกรรมป้องกันที่เหมาะสมเสมอไป เพราะการปฏิบัติจริงอาจเกี่ยวข้องกับการรับรู้ความเสี่ยง ความเชื่อ อุปสรรคในการปฏิบัติ และสิ่งสนับสนุนจากระบบบริการสุขภาพร่วมด้วย

องค์การอนามัยโลกระบุว่า ผู้สูงอายุและผู้ที่มีโรคเรื้อรัง เช่น โรคหัวใจ โรคปอด โรคไต และโรคทางเมตาบอลิก เป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้หวัดใหญ่รุนแรงและภาวะแทรกซ้อนสูงกว่าประชากรทั่วไป อีกทั้งโรคไข้หวัดใหญ่สามารถทำให้อาการของโรคเรื้อรังเดิมรุนแรงขึ้นได้ จึงอาจเป็นบริบทหนึ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังให้ความสนใจต่อการป้องกันตนเอง อย่างไรก็ตาม ยังควรส่งเสริมพฤติกรรมที่ปฏิบัติได้จริงอย่างสม่ำเสมอ เช่น การล้างมือ การสวมหน้ากากเมื่อมีความเสี่ยง การหลีกเลี่ยงการสัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วย และการรับวัคซีนไข้หวัดใหญ่ตามข้อแนะนำ

2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้หวัดใหญ่

ผลการศึกษาพบว่า จากปัจจัยที่นำมาศึกษาทั้งหมด 10 ปัจจัย มี 4 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้หวัดใหญ่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ เพศ ($p < 0.001$) ประวัติการป่วยโรคไข้หวัดใหญ่ ($p = 0.008$) ระดับความรู้เรื่องโรคไข้หวัดใหญ่ ($p < 0.001$) และระดับการรับรู้เรื่องโรคไข้หวัดใหญ่ ($p = 0.028$) ส่วนอายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ และโรคประจำตัวไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สามารถอภิปรายแต่ละปัจจัยได้ดังนี้ เพศ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้หวัดใหญ่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) แสดงให้เห็นว่าพฤติกรรมการป้องกันโรคมีความแตกต่างกันตามเพศ อย่างไรก็ตามการวิเคราะห์ด้วยสถิติไคสแควร์ในการศึกษาครั้งนี้สามารถบอกได้เพียงว่าตัวแปรทั้งสองมีความสัมพันธ์กัน แต่ไม่สามารถระบุทิศทางของความสัมพันธ์ได้จากค่า χ^2 เพียงอย่างเดียว ดังนั้น หากต้องการอธิบายว่าเพศหญิงหรือเพศชายมีพฤติกรรมดีกว่า ควรพิจารณาตารางไขว้ระหว่างเพศกับระดับพฤติกรรมประกอบ การพบความสัมพันธ์ดังกล่าวอาจเกี่ยวข้องกับความแตกต่างด้านบทบาททางสังคม รูปแบบการดูแลสุขภาพ การเข้าถึงข้อมูล หรือประสบการณ์การใช้บริการสุขภาพ ซึ่งควรได้รับการศึกษารายละเอียดเพิ่มเติม

ประวัติการป่วยโรคไข้หวัดใหญ่ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.008$) อาจอธิบายได้ว่าประสบการณ์การเจ็บป่วยเป็นเหตุการณ์ที่ทำให้บุคคลได้รับรู้ผลกระทบของโรคโดยตรง ทั้งจากอาการ การรักษา หรือผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต ประสบการณ์ดังกล่าวจึงอาจมีส่วนกระตุ้นให้บุคคลสนใจและปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคมากขึ้น แนวคิดนี้สอดคล้องกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ซึ่งอธิบายว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง ประโยชน์ของการปฏิบัติ และสิ่งกระตุ้นให้เกิดการปฏิบัติ มีส่วนต่อการตัดสินใจแสดงพฤติกรรมสุขภาพ งานของ Trent, Salmon, และ MacIntyre (2021) ที่ศึกษาพฤติกรรมการรับวัคซีนไข้หวัดใหญ่ตามกรอบแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ พบว่าการรับรู้เกี่ยวกับความรุนแรง ประโยชน์ และอุปสรรคมีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการรับวัคซีนไข้หวัดใหญ่

ระดับความรู้เรื่องโรคไข้หวัดใหญ่ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) สามารถอธิบายได้ว่า ความรู้เป็นพื้นฐานที่ช่วยให้บุคคลเข้าใจสาเหตุ การติดต่อ อาการ ความเสี่ยง และวิธีป้องกันโรค ทำให้สามารถเลือกวิธีปฏิบัติตนได้เหมาะสมมากขึ้น ผลการศึกษานี้สอดคล้องอย่างชัดเจนกับการศึกษาของวิมลรัตน์ รุณแสง (2568) ซึ่งพบว่า ความรู้เรื่องโรคไข้หวัดใหญ่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.248$, $p < 0.001$) นอกจากนี้ วาสินี พลนุ้ย นันทนา จันทร์แจ่มศรี และนิศากร ตันติวิบูลชัย (2568) พบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และด้านความรู้ความเข้าใจมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรค ($r = 0.159$) แม้กลุ่มตัวอย่างจะเป็นนักเรียนและแตกต่างจากผู้สูงอายุในการศึกษาครั้งนี้ แต่ผลดังกล่าวสนับสนุนแนวคิดว่าความรู้และความสามารถในการนำข้อมูลสุขภาพไปใช้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรค

อย่างไรก็ตาม ความรู้เพียงอย่างเดียวอาจยังไม่เพียงพอต่อการทำให้เกิดพฤติกรรมที่เหมาะสม ดังเห็น

ได้จากการศึกษาของโชติพงศ์ ศรีวงษ์ และคณะ (2569) ที่พบว่า ผู้สูงอายุมีความรู้เกี่ยวกับไข้หวัดใหญ่อยู่ในระดับสูง แต่พฤติกรรมส่วนใหญ่ยังอยู่ในระดับปานกลาง ขณะที่จักรกฤษณ์ ปานแก้ว จิตติ หาญประเสริฐพงษ์ และพัชราภรณ์ ไกรนรา (2569) พบว่า ในผู้สูงอายุ 70 ปีขึ้นไป ความรู้เกี่ยวกับโรคและวัคซีนเพียงอย่างเดียวไม่ได้รับประกันว่าจะเกิดพฤติกรรมการรับวัคซีน และการได้รับข้อมูลจากบุคลากรทางการแพทย์เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจรับวัคซีน ดังนั้น การส่งเสริมพฤติกรรมควรทำควบคู่ทั้งการให้ความรู้ การสื่อสารความเสี่ยง และการสร้างความเข้าใจที่นำไปใช้ได้จริง

ระดับการรับรู้เรื่องโรคไข้หวัดใหญ่ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = 0.028) แสดงให้เห็นว่าการที่ผู้สูงอายุรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยง ความรุนแรงของโรค ผลกระทบที่อาจเกิดขึ้น และประโยชน์ของการป้องกันมีส่วนเกี่ยวข้องกับการตัดสินใจปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับวิมลรัตน์ รุณแสง (2568) ที่พบว่า การรับรู้เรื่องโรคไข้หวัดใหญ่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = 0.153, p = 0.014) และสอดคล้องกับหลักของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่มองว่าพฤติกรรมป้องกันโรคเกิดจากการประเมินภัยคุกคามของโรคร่วมกับการประเมินประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติ มิใช่เกิดจากการมีข้อมูลหรือความรู้เพียงอย่างเดียว

สำหรับ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ และโรคประจำตัว ซึ่งไม่พบความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้หวัดใหญ่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้มีลักษณะค่อนข้างใกล้เคียงกัน โดยเป็นผู้สูงอายุช่วงอายุ 60–74 ปีและอยู่ในพื้นที่อำเภอเดียวกัน ทำให้ความแตกต่างของปัจจัยพื้นฐานบางด้านไม่มากเพียงพอที่จะสะท้อนความแตกต่างของพฤติกรรม โดยเฉพาะผลด้านอายุสอดคล้องกับการศึกษาของวิมลรัตน์ รุณแสง (2568) ที่ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับพฤติกรรมป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ในผู้สูงอายุ (r = -0.005, p = 0.942) การไม่พบความสัมพันธ์ของโรคประจำตัวกับพฤติกรรมไม่ได้หมายความว่าโรคประจำตัวไม่มีความสำคัญทางคลินิก เนื่องจากองค์การอนามัยโลกระบุว่าผู้ที่มีโรคเรื้อรังเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงจากไข้หวัดใหญ่ และการศึกษาของศิรินทรา อินโกสุม วุธิพงศ์ ภักดีกุล และวรินท์มาศ เกษทองมา (2569) จากผู้ป่วยไข้หวัดใหญ่ในจังหวัดสกลนครจำนวน 10,187 ราย พบว่า การมีโรคประจำตัวอย่างน้อย 1 โรคสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการเข้ารักษาในโรงพยาบาล และโรคบางชนิด เช่น เบาหวานและโรคไต มีความสัมพันธ์กับการเข้ารักษาหรือระยะเวลานอนโรงพยาบาลที่เพิ่มขึ้น ดังนั้น ผลของการศึกษาครั้งนี้ควรตีความว่า “โรคประจำตัวไม่สัมพันธ์กับระดับพฤติกรรมป้องกันโรคในกลุ่มตัวอย่างนี้” มากกว่าตีความว่าโรคประจำตัวไม่มีผลต่อความเสี่ยงหรือความรุนแรงของโรคไข้หวัดใหญ่

ผลการศึกษาครั้งนี้จึงสนับสนุนการพัฒนากิจกรรมส่งเสริมการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ในผู้สูงอายุที่เน้นมากกว่าการให้ข้อมูลทั่วไป โดยควรส่งเสริมทั้งความรู้ที่ถูกต้อง การรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรค การเห็นประโยชน์ของการป้องกัน และการสื่อสารจากบุคลากรสุขภาพที่ช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถนำข้อมูลไปใช้ในการปฏิบัติตนได้จริง ทั้งนี้ เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง ผลที่พบแสดงถึงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเท่านั้น จึงยังไม่สามารถสรุปความสัมพันธ์เชิงเหตุและผลได้

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. หน่วยบริการสุขภาพในพื้นที่ควรจัดกิจกรรมส่งเสริมความรู้และการรับรู้เกี่ยวกับโรคไข้หวัดใหญ่ในผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรัง โดยเน้นความรู้เรื่องการติดต่อ อาการ ภาวะแทรกซ้อน การป้องกันโรค และประโยชน์ของวัคซีน เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคที่เหมาะสมมากขึ้น

2. บุคลากรสาธารณสุขควรให้ความสำคัญกับผู้สูงอายุที่มีประวัติการป่วยโรคไข้หวัดใหญ่และพิจารณาความแตกต่างด้านเพศในการวางแผนส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันโรค โดยใช้การให้คำปรึกษา การสื่อสารความเสี่ยง และการติดตามอย่างต่อเนื่องให้เหมาะสมกับลักษณะของแต่ละกลุ่ม

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาเชิงกึ่งทดลองโดยการพัฒนาโปรแกรมประยุกต์ใช้แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ในกลุ่มผู้สูงอายุ

2. ควรศึกษาวิจัยด้านการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและชุมชนในการป้องกันและฟื้นฟูโรคไข้หวัดใหญ่ เพื่อหามาตรการในการส่งเสริมสุขภาพให้เหมาะสมกับบริบทของชุมชน

อ้างอิง

กชกร สมมัง. (2557). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ของผู้รับบริการงานผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช. *วารสารสุขศึกษา, 37*(126), 8–21.

กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2560). *รายงานสถานการณ์โรค*. https://odpc9.ddc.moph.go.th/hot/64-situation-44.pdf

กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2567). *รายงานสถานการณ์โรคไข้หวัดใหญ่ ประเทศไทย พ.ศ. 2567 ประจำสัปดาห์ที่ 4 (28 มกราคม–3 กุมภาพันธ์ 2567)*. https://ddc.moph.go.th/uploads/ckeditor2/files/DOE_flu_04.2567.pdf

กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค. (2568ก). *ระบบเฝ้าระวังโรคดิจิทัล: สถานการณ์โรคไข้หวัดใหญ่*. สืบค้นเมื่อ 30 มิถุนายน 2568, จาก https://dvis3.ddc.moph.go.th/t/DDC_CENTER_DOE/views/DDS2/sheet33

กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค. (2568ข). *รายงานสถานการณ์โรคไข้หวัดใหญ่ ประเทศไทย พ.ศ. 2568 ประจำสัปดาห์ที่ 25 (15–21 มิถุนายน 2568)*. https://ddc.moph.go.th/uploads/ckeditor2//files/DOE_flu_25.2568.pdf

จักรกฤษณ์ ปานแก้ว, จิตติ หาญประเสริฐพงษ์, และพัชราภรณ์ ไกรนรา. (2569). ปัจจัยที่มีผลต่อการไม่รับบริการฉีดวัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ของผู้สูงอายุ 70 ปีขึ้นไป ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร. *วารสารสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง, 11*(1), 39–54.

จุฑาทิพย์ อินทรสูต. (2567). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ในบุคลากรของโรงพยาบาลกำแพงเพชร จังหวัดกำแพงเพชร. *วารสารวิจัยและวิชาการสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร, 5*(1), 16–26.

โชติพงศ์ ศรีวงษ์, เจษฎา คุณโน, และฐิตาภรณ์ เหลืองวิลัย. (2569). ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากโรคไข้หวัดใหญ่ของกลุ่มวัยก่อนสูงอายุและกลุ่มวัยผู้สูงอายุ ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร. *วารสารสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง, 11*(1), 15–26.

พิชามญชุ์ หาญเจริญกิจ, สุมาลี เลิศมัลลิกาพร, และวิลาวัณย์ เตือนราษฎร์. (2565). ความรู้และการปฏิบัติในการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ของผู้สูงอายุในชุมชน. *พยาบาลสาร มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 49*(1), 175–185.

วาสินี พลนุ้ย, นันทนา จันทร์แจ่มศรี, และนิศากร ตันติวิบูลชัย. (2568). ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ของนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลายและชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ในเขตพื้นที่อำเภอถลาง จังหวัดภูเก็ต. *วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน, 11*(3), 104–116.

วิมลรัตน์ รุณแสง. (2568). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ในผู้สูงอายุ อำเภอนาบอน จังหวัดนครศรีธรรมราช. *วารสารวิชาการเพื่อการพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิและสาธารณสุข, 3*(3), 594–606.

ศิรินทรา อินโกสุม, วุธิพงศ์ ภักดีกุล, และวรินท์มาศ เกษทองมา. (2569). ผลของวัคซีนไข้หวัดใหญ่ต่อการเข้ารักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยไข้หวัดใหญ่ในจังหวัดสกลนคร. *วารสารสถาบันบำราศนราดูร, 20*(1), 33–44. https://doi.org/10.14456/jbidi.2026.4

Bureau of Epidemiology, Department of Disease Control. (2020). *Annual epidemiological surveillance report*. Ministry of Public Health. https://r8506.moph.go.th

Trent, M. J., Salmon, D. A., & MacIntyre, C. R. (2021). Using the health belief model to identify barriers to seasonal influenza vaccination among Australian adults in 2019. *Influenza and Other Respiratory Viruses, 15*(5), 678–687. https://doi.org/10.1111/irv.12843

World Health Organization. (2025, February 28). *Influenza (seasonal)*. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/influenza-(seasonal)

วารสารวิชาการเพื่อการพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิและสาธารณสุข
Academic Journal for Primary Care and Public Health Development

ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองโดยใช้ระบบติดตามทางไกลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลสามชัย จังหวัดกาฬสินธุ์

Effects of a Self-Management Program Using Remote Monitoring on Self-Care Behaviors and Glycated Hemoglobin (HbA1c) Levels Among Patients with Type 2 Diabetes at Sam Chai Hospital, Kalasin Province

พิชญาภัค มองเพ็ชร
Pichayapuk Mongphet
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสามชัย

(Received: August, 15 2026; Accepted: August, 30 2026)

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองโดยใช้ระบบติดตามทางไกลต่อความรู้ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน พฤติกรรมการดูแลตนเอง และระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ โรงพยาบาลสามชัย จังหวัดกาฬสินธุ์ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 90 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบกลุ่มละ 45 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมเป็นเวลา 12 สัปดาห์ร่วมกับการดูแลตามปกติ ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบได้รับการดูแลตามปกติ เครื่องมือเก็บข้อมูลประกอบด้วยแบบทดสอบความรู้ แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตน แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเอง และแบบบันทึกระดับฮีโมโกลบินเอเอวันซี (HbA1c) มีค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามสามฉบับเท่ากับ 0.82, 0.91 และ 0.89 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา paired-samples t test และ independent-samples t test

ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และพฤติกรรมการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น และมีระดับ HbA1c ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงระหว่างกลุ่ม พบว่ากลุ่มทดลองมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเพิ่มขึ้นมากกว่า 0.27 คะแนน (95% CI: 0.12–0.42; p<.001) มีพฤติกรรมการดูแลตนเองเพิ่มขึ้นมากกว่า 6.40 จุดร้อยละ (95% CI: 1.87–10.92; p=.006) และมีการเปลี่ยนแปลงของระดับ HbA1c แตกต่างจากกลุ่มเปรียบเทียบ −0.34 จุดร้อยละ (95% CI: −0.62 ถึง −0.06; p=.019) ส่วนคะแนนความรู้ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=.093) โปรแกรมดังกล่าวจึงอาจช่วยส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน พฤติกรรมการดูแลตนเอง และการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ได้

คำสำคัญ: การจัดการตนเอง, การติดตามสุขภาพทางไกล, เบาหวานชนิดที่ 2

Abstract

This two-group pretest–posttest quasi-experimental study aimed to examine the effects of a self-management program using remote monitoring on knowledge, self-efficacy, self-care behaviors, and glycated hemoglobin (HbA1c) levels among patients with type 2 diabetes and poor glycemic control at Sam Chai Hospital, Kalasin Province. The sample comprised 90 participants equally allocated to an intervention group and a comparison group, with 45 participants in each group. The intervention group received the 12-week program in addition to usual care, whereas the comparison group received usual care alone. Data were collected using a diabetes knowledge test, a self-efficacy questionnaire, a self-care behavior questionnaire, and an HbA1c recording form. The reliability coefficients of the three questionnaires were 0.82, 0.91, and 0.89, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics, paired-samples t-tests, and independent-samples t-tests.

The results showed that, following the intervention, the intervention group had significantly higher knowledge, self-efficacy, and self-care behavior scores and significantly lower HbA1c levels. Compared with the comparison group, the intervention group demonstrated a greater increase in self-efficacy by 0.27 points (95% CI: 0.12–0.42; p<.001), a greater increase in self-care behavior by 6.40 points (95% CI: 1.87–10.92; p=.006), and a greater reduction in HbA1c by 0.34 percentage points (95% CI: 0.06–0.62; p=.019). The change in knowledge scores did not differ significantly between the groups (p=.093). These findings suggest that the program may improve self-efficacy, self-care behaviors, and glycemic control among patients with type 2 diabetes.

Keywords: self-management, remote monitoring, type 2 diabetes

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นปัญหาสำคัญของระบบสุขภาพทั่วโลก โดยในปี ค.ศ. 2024 มีประชากรอายุ 20–79 ปีป่วยเป็นโรคเบาหวานประมาณ 589 ล้านคน หรือร้อยละ 11.1 และคาดว่าจะเพิ่มเป็นประมาณ 853 ล้านคนภายในปี ค.ศ. 2050 (Genitsaridi et al., 2026) โรคเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นชนิดที่พบมากที่สุด หากควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่เหมาะสมจะเพิ่มความเสี่ยงต่อโรคไตเรื้อรัง เบาหวานขึ้นจอประสาทตา แผลที่เท้า โรคหัวใจและหลอดเลือด รวมถึงการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและเพิ่มภาระค่าใช้จ่ายของผู้ป่วย ครอบครัว และระบบบริการสุขภาพ

ระดับน้ำตาลสะสมในเลือดหรือฮีโมโกลบินเอวันซี (HbA1c) เป็นตัวชี้วัดสำคัญที่สะท้อนระดับน้ำตาลเฉลี่ยในช่วงประมาณ 2–3 เดือนที่ผ่านมา การควบคุม HbA1c จำเป็นต้องดำเนินการควบคู่กับการปรับพฤติกรรม ได้แก่ การเลือกรับประทานอาหาร การมีกิจกรรมทางกาย การใช้ยาอย่างถูกต้อง การติดตามระดับน้ำตาล และการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน โดยกำหนดเป้าหมายให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย (ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย และคณะ, 2566) อย่างไรก็ตาม การให้ความรู้เฉพาะวันที่ผู้ป่วยมารับบริการอาจไม่เพียงพอต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เพราะผู้ป่วยต้องตัดสินใจและจัดการปัญหาสุขภาพด้วยตนเองในชีวิตประจำวันอย่างต่อเนื่อง

การสนับสนุนการจัดการตนเองด้านเบาหวานจึงเป็นองค์ประกอบสำคัญของการดูแล โดยเน้นการประเมินปัญหาและความต้องการรายบุคคล การกำหนดเป้าหมายร่วมกัน การฝึกทักษะ การติดตามผล และการช่วยแก้ไขอุปสรรค แนวทางดังกล่าวช่วยให้ผู้ป่วยนำความรู้ไปประยุกต์ใช้และปรับพฤติกรรมให้เหมาะสมกับบริบทของตนเอง ซึ่งสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองและผลลัพธ์ด้านระดับน้ำตาลที่ดีขึ้น (American Diabetes Association Professional Practice Committee for Diabetes, 2026) อย่างไรก็ตาม ระบบบริการตามปกติมักติดตามผู้ป่วยตามรอบนัดซึ่งห่างกันหลายสัปดาห์หรือหลายเดือน ทำให้ปัญหาที่เกิดขึ้นระหว่างวันนัดอาจไม่ได้รับการประเมินและแก้ไขอย่างทันท่วงที

การติดตามสุขภาพทางไกลผ่านโทรศัพท์หรือแอปพลิเคชันสื่อสารจึงเป็นแนวทางที่สามารถนำมาเสริมการดูแลตามปกติ ช่วยให้บุคลากรสุขภาพติดตามพฤติกรรม ให้คำปรึกษา ให้ข้อมูลย้อนกลับ และช่วยแก้ไขปัญหาโดยไม่เพิ่มภาระการเดินทางของผู้ป่วย การทบทวนอย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์อภิมานพบว่าการติดตามทางไกลสามารถส่งเสริมการจัดการตนเองและสนับสนุนการลดระดับ HbA1c ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ได้ (Liu et al., 2024; Jiang et al., 2026) สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศไทยที่พบว่า ภายหลังได้รับการพยาบาลทางไกล ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพและการควบคุมระดับ HbA1c ดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ (นิยม ประโกสันตัง, 2567) ทั้งนี้ประสิทธิผลของการติดตามทางไกลขึ้นอยู่กับความต่อเนื่องของการสื่อสาร การมีส่วนร่วมของผู้ป่วย และความเหมาะสมกับทรัพยากรของสถานบริการ

โรงพยาบาลสามชัย จังหวัดกาฬสินธุ์ เป็นโรงพยาบาลชุมชนที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยเบาหวานในพื้นที่ จากข้อมูลปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 พบผู้ป่วยเบาหวานจำนวน 1,886 ราย ได้รับการตรวจ HbA1c จำนวน 1,428 ราย คิดเป็นร้อยละ 75.72 ในจำนวนนี้ควบคุมระดับน้ำตาลได้ตามเกณฑ์ 677 ราย คิดเป็นร้อยละ 47.41 ขณะที่ 751 ราย หรือร้อยละ 52.59 ยังควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ตามเกณฑ์ (โรงพยาบาลสาม

ชัย, 2568) ข้อมูลดังกล่าวสะท้อนว่าผู้ป่วยมากกว่าครึ่งหนึ่งของผู้ที่ได้รับการตรวจ HbA1c ยังมีปัญหาการควบคุมระดับน้ำตาล แม้ได้รับการตรวจรักษา รับยา และคำแนะนำตามระบบบริการปกติแล้วก็ตาม

จากสถานการณ์ดังกล่าว ผู้วิจัยจึงพัฒนาโปรแกรมการจัดการตนเองโดยใช้ระบบติดตามทางไกล ระยะเวลา 12 สัปดาห์ เพื่อเสริมการดูแลตามปกติของคลินิกโรคเบาหวาน โปรแกรมประกอบด้วยการประเมินปัญหารายบุคคล การให้ความรู้และฝึกทักษะ การกำหนดเป้าหมายร่วมกัน การติดตามการปฏิบัติ การช่วยแก้ไขอุปสรรค และการให้ข้อมูลย้อนกลับผ่านแอปพลิเคชัน LINE หรือโทรศัพท์อย่างต่อเนื่อง แนวทางนี้คาดว่าจะช่วยเชื่อมโยงการดูแลในคลินิกกับการปฏิบัติในชีวิตประจำวัน และเป็นข้อมูลสำหรับพัฒนาระบบติดตามผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ให้เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลชุมชนต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน การรับรู้สมรรถนะแห่งตน พฤติกรรมการดูแลตนเอง และระดับฮีโมโกลบินเอวันซีของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองร่วมกับการติดตามสุขภาพทางไกล

2. เพื่อเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน การรับรู้สมรรถนะแห่งตน พฤติกรรมการดูแลตนเอง และระดับฮีโมโกลบินเอวันซีระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองร่วมกับการติดตามสุขภาพทางไกลกับกลุ่มเปรียบเทียบที่ได้รับการดูแลตามปกติ ภายหลังการทดลอง โดยปรับความแตกต่างของค่าก่อนการทดลองทางสถิติ

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (two-group pretest–posttest design) ระยะเวลา 12 สัปดาห์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป้าหมาย คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่รับบริการในโรงพยาบาลชุมชน ส่วนประชากรที่เข้าถึงได้ คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ขึ้นทะเบียนและรับการรักษาที่คลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลสามชัย จังหวัดกาฬสินธุ์ ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 จำนวน 1,886 ราย ในจำนวนนี้เป็นผู้ที่ได้รับการตรวจและมีระดับ HbA1c ไม่เป็นไปตามเกณฑ์ควบคุมจำนวน 751 ราย

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้าและไม่มีลักษณะตามเกณฑ์คัดออก การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างใช้ระดับ HbA1c เป็นผลลัพธ์หลัก โดยอ้างอิงผลการวิเคราะห์อภิมานของ Yu et al. (2025) ซึ่งพบว่าโปรแกรมจัดการโรคเบาหวานผ่านแอปพลิเคชันช่วยลดระดับ HbA1c ได้มากกว่าการดูแลตามปกติเฉลี่ย 0.49 จุดร้อยละ ร่วมกับผลการศึกษาของ Watcharanat (2025) ซึ่งรายงานส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับ HbA1c เท่ากับ 0.80 เมื่อนำค่าความแตกต่างที่คาดหวังหารด้วยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คำนวณได้ขนาดอิทธิพลมาตรฐานเท่ากับ 0.61 ผู้วิจัยจึงกำหนดขนาดอิทธิพลสำหรับการคำนวณเท่ากับ 0.60

คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรม G*Power รุ่น 3.1 สำหรับการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มอิสระสองกลุ่ม กำหนดการทดสอบแบบสองทาง ระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ 0.05 อำนาจการ

ทดสอบเท่ากับ 0.80 และอัตราส่วนกลุ่มตัวอย่าง 1:1 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 45 คน รวมทั้งสิ้น 90 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 45 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 45 คน

ผู้วิจัยจัดทำรายชื่อผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์จากทะเบียนคลินิกโรคเบาหวาน โดยแยกรายชื่อตามวันนัดรับบริการที่กำหนดไว้ล่วงหน้าให้เป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ จากนั้นสุ่มตัวอย่างอย่างง่ายจากบัญชีรายชื่อของแต่ละกลุ่มจนครบกลุ่มละ 45 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองร่วมกับการติดตามสุขภาพทางไกลเป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบได้รับการดูแลตามปกติของคลินิกโรคเบาหวาน

เกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ ผู้ป่วยอายุ 18 ปีขึ้นไป ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ขึ้นทะเบียนรับการรักษาที่คลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลสามชัย มีระดับ HbA1c ตั้งแต่ร้อยละ 7.0 ขึ้นไปจากผลตรวจภายใน 3 เดือนก่อนเข้าร่วมการวิจัย สามารถสื่อสารภาษาไทย มีโทรศัพท์สำหรับรับการติดตามด้วยตนเองหรือผ่านผู้ดูแล สามารถเข้าร่วมโปรแกรมตลอด 12 สัปดาห์ และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์คัดออก ได้แก่ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 เบาหวานขณะตั้งครรภ์ หรือเบาหวานจากสาเหตุจำเพาะอื่น มีภาวะเจ็บป่วยหรือภาวะแทรกซ้อนรุนแรง มีความบกพร่องด้านการรู้คิดหรือการสื่อสารที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมโปรแกรม อยู่ระหว่างเข้าร่วมโปรแกรมจัดการโรคเบาหวานอื่น หรือมีแผนย้ายออกจากพื้นที่ในช่วงดำเนินการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยแบ่งเป็น 2 ประเภท ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองร่วมกับการติดตามสุขภาพทางไกล ระยะเวลา 12 สัปดาห์ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยประยุกต์แนวคิดการสนับสนุนการจัดการตนเองร่วมกับแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของ Bandura (1977) กิจกรรมประกอบด้วยการประเมินปัญหาและความต้องการรายบุคคล การให้ความรู้และฝึกทักษะ การกำหนดเป้าหมาย การจัดทำแผนปฏิบัติ การติดตามผล การแก้ไขอุปสรรค และการให้ข้อมูลย้อนกลับผ่านแอปพลิเคชัน LINE หรือโทรศัพท์ โดยออกแบบให้เหมาะสมกับวิถีชีวิตและความสามารถในการใช้เทคโนโลยีของผู้ป่วย

2. เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนแนวคิด วรรณกรรม และแนวทางการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน แบ่งเป็น 6 ส่วน ได้แก่

2.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและข้อมูลสุขภาพ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวาน โรคร่วม ภาวะแทรกซ้อน วิธีการรักษา และประสบการณ์การใช้โทรศัพท์หรือแอปพลิเคชัน LINE โดยเก็บข้อมูลจากการสัมภาษณ์ร่วมกับการตรวจสอบเวชระเบียน

2.2 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน จำนวน 20 ข้อ ครอบคลุมความรู้เกี่ยวกับโรคและเป้าหมายการควบคุมระดับน้ำตาล การรับประทานอาหาร กิจกรรมทางกาย การใช้ยา การติดตามระดับน้ำตาล การจัดการอาการผิดปกติ และการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ลักษณะคำตอบเป็นถูก ผิด และไม่ทราบ ตอบถูกให้ 1 คะแนน ส่วนตอบผิดหรือไม่ทราบให้ 0 คะแนน คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0–20 คะแนน โดยคะแนนสูงหมายถึงมีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานมาก

2.3 แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการโรคเบาหวาน จำนวน 18 ข้อ ครอบคลุม 6 ด้าน ได้แก่ การจัดการอาหาร กิจกรรมทางกาย การใช้ยา การติดตามระดับน้ำตาล การจัดการอาการผิดปกติ

และการดูแลเท้า เป็นมาตรประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ 1 หมายถึงไม่มั่นใจเลย ถึง 5 หมายถึงมั่นใจมากที่สุด คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 18–90 คะแนน โดยคะแนนสูงหมายถึงมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการโรคเบาหวานสูง

2.4 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเอง จำนวน 24 ข้อ ประเมินการปฏิบัติจริงในช่วง 4 สัปดาห์ที่ผ่านมา ครอบคลุม 6 ด้าน ได้แก่ การรับประทานอาหาร กิจกรรมทางกาย การใช้ยา การติดตามข้อมูลสุขภาพและการมาตามนัด การจัดการอาการผิดปกติ และการดูแลเท้า เป็นมาตรประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ 0 หมายถึงไม่เคยปฏิบัติ ถึง 4 หมายถึงปฏิบัติร้อยละ 76–100 ของโอกาสที่ควรปฏิบัติ

2.5 แบบบันทึกการติดตามสุขภาพทางไกล ใช้บันทึกวันและเวลาที่ติดตาม ช่องทางการติดต่อ ระยะเวลา ประเด็นที่ติดตาม เป้าหมายการดูแลตนเอง ผลการปฏิบัติ อุปสรรค คำแนะนำและข้อมูลย้อนกลับ การตรวจสอบความเข้าใจ การประสานทีมรักษา และเหตุผลกรณีได้รับกิจกรรมไม่ครบตามกำหนด

2.6 แบบบันทึกข้อมูลทางคลินิก ใช้บันทึกระดับ HbA1c ก่อนการทดลองและเมื่อสิ้นสุดสัปดาห์ที่ 12 รวมทั้งข้อมูลที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร ดัชนีมวลกาย ความดันโลหิต ยาที่ได้รับ การเปลี่ยนแปลงแผนการรักษา และภาวะแทรกซ้อน โดยรวบรวมจากเวชระเบียนและระบบฐานข้อมูลของโรงพยาบาล

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำโปรแกรมและเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน ได้แก่ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคเบาหวาน พยาบาลวิชาชีพผู้มีประสบการณ์ด้านการสนับสนุนการจัดการตนเองและการติดตามสุขภาพทางไกล และผู้เชี่ยวชาญด้านระเบียบวิธีวิจัย ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ ความชัดเจนของภาษา และความเหมาะสมในการนำไปใช้ พบค่า IOC รายข้อระหว่าง 0.67–1.00 ผ่านเกณฑ์ 0.50 ทุกข้อ จากนั้นทดสอบความเข้าใจและความชัดเจนของเครื่องมือกับผู้ป่วยที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 8 คน และปรับแก้ถ้อยคำก่อนนำไปทดลองใช้

การทดลองใช้เครื่องมือดำเนินการกับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน พบว่าแบบทดสอบความรู้จำนวน 20 ข้อ มีค่า KR-20 เท่ากับ 0.82 แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนจำนวน 18 ข้อ และแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองจำนวน 24 ข้อ มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.91 และ 0.89 ตามลำดับ

ขั้นตอนการดำเนินการทดลอง

กลุ่มทดลองได้รับการดูแลตามปกติร่วมกับโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองและการติดตามสุขภาพทางไกล ระยะเวลา 12 สัปดาห์ โดยสัปดาห์ที่ 1 และ 12 ดำเนินกิจกรรมแบบพบหน้า ส่วนสัปดาห์ที่ 2–11 ติดตามรายบุคคลผ่านแอปพลิเคชัน LINE หรือโทรศัพท์อย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละประมาณ 10–20 นาที ประกอบด้วยกิจกรรมดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 สร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงโปรแกรม ประเมินความรู้ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน พฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับ HbA1c ให้ความรู้พื้นฐาน ประเมินปัญหาและความต้องการรายบุคคล กำหนดเป้าหมายร่วมกัน และแนะนำการติดต่อผ่าน LINE หรือโทรศัพท์

สัปดาห์ที่ 2 ทบทวนความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ความหมายและเป้าหมายของระดับ

HbA1c รวมทั้งให้ผู้ป่วยประเมินพฤติกรรมและปัจจัยที่ส่งผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลของตนเอง

สัปดาห์ที่ 3 ส่งเสริมการจัดการด้านอาหาร โดยทบทวนชนิดและปริมาณอาหาร การจัดสัดส่วนอาหาร การอ่านฉลาก และการวางแผนเลือกรับประทานอาหารให้เหมาะสมกับวิถีชีวิต

สัปดาห์ที่ 4 ส่งเสริมกิจกรรมทางกาย โดยประเมินความพร้อม ร่วมกำหนดกิจกรรมที่เหมาะสมและติดตามความถี่ ระยะเวลา และอุปสรรคในการปฏิบัติ

สัปดาห์ที่ 5 ส่งเสริมการใช้ยาอย่างถูกต้อง โดยทบทวนวิธีใช้ยา ความสม่ำเสมอ ปัญหาการลืมใช้ยา อาการไม่พึงประสงค์ และแนวทางขอคำปรึกษาจากบุคลากรสุขภาพ

สัปดาห์ที่ 6 พัฒนาทักษะการติดตามข้อมูลสุขภาพ โดยให้ผู้ป่วยบันทึกระดับน้ำตาล อาการผิดปกติ การปฏิบัติพฤติกรรม และการมาตรวจตามนัด พร้อมให้ข้อมูลย้อนกลับตามผลการบันทึก

สัปดาห์ที่ 7 พัฒนาทักษะการจัดการอาการผิดปกติ โดยให้ความรู้เกี่ยวกับสัญญาณเตือนของภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำและสูง การดูแลตนเองเบื้องต้น และการติดต่อสถานบริการเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน

สัปดาห์ที่ 8 ส่งเสริมการดูแลเท้า โดยให้ผู้ป่วยประเมินเท้า เลือกใช้รองเท้าที่เหมาะสม ป้องกันการเกิดแผล และทราบอาการผิดปกติที่ควรพบเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

สัปดาห์ที่ 9 ทบทวนความก้าวหน้าตามเป้าหมาย วิเคราะห์ปัญหาและอุปสรรค ร่วมกำหนดแนวทางแก้ไข และปรับแผนการดูแลตนเองให้เหมาะสมกับสถานการณ์ของผู้ป่วย

สัปดาห์ที่ 10 บูรณาการพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านอาหาร กิจกรรมทางกาย การใช้ยา การติดตามข้อมูลสุขภาพ การจัดการอาการผิดปกติ และการดูแลเท้า พร้อมเสริมแรงจากผลสำเร็จที่เกิดขึ้น

สัปดาห์ที่ 11 เตรียมความพร้อมในการรักษาพฤติกรรมระยะยาว โดยทบทวนสถานการณ์เสี่ยง วางแผนป้องกันการกลับไปมีพฤติกรรมเดิม และกำหนดแหล่งสนับสนุนจากครอบครัวและบุคลากรสุขภาพ

สัปดาห์ที่ 12 สรุปและทบทวนกิจกรรม เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยแลกเปลี่ยนผลการปฏิบัติ ปัญหาและแนวทางแก้ไข วางแผนดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง และประเมินความรู้ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน พฤติกรรมการดูแลตนเอง และระดับ HbA1c หลังสิ้นสุดโปรแกรม

สำหรับกลุ่มเปรียบเทียบ ได้รับการตรวจประเมินทางคลินิก การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การรักษาด้วยยา คำแนะนำด้านการดูแลตนเอง และการนัดติดตามตามระบบปกติของคลินิกโรคเบาหวาน โดยไม่ได้รับกิจกรรมและการติดตามรายสัปดาห์ตามโปรแกรมดังกล่าว

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนธันวาคม พ.ศ. 2568 ถึงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2569 ภายหลังกลุ่มตัวอย่างได้รับคำชี้แจงและลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย โดยเก็บข้อมูล 2 ครั้ง ดังนี้

1. ครั้งที่ 1 ก่อนการทดลอง เก็บข้อมูลจากกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนเริ่มโปรแกรม โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและข้อมูลสุขภาพ แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตน แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเอง และแบบบันทึกระดับ HbA1c

2. ครั้งที่ 2 หลังการทดลอง เก็บข้อมูลจากทั้งสองกลุ่มเมื่อสิ้นสุดสัปดาห์ที่ 12 ในช่วงเวลาเดียวกัน โดยใช้แบบทดสอบความรู้ แบบประเมินการรับรู้

สมรรถนะแห่งตน แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเอง และแบบบันทึกระดับ HbA1c ชุดเดียวกับก่อนการทดลอง ทั้งนี้ ระหว่างดำเนินโปรแกรม ผู้วิจัยบันทึกความครบถ้วนของการติดตามทางไกลและเหตุการณ์สำคัญของกลุ่มทดลอง

ภายหลังเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนและความถูกต้องก่อนบันทึกลงฐานข้อมูล โดยใช้รหัสแทนชื่อกลุ่มตัวอย่างและจัดเก็บข้อมูลโดยไม่เปิดเผยข้อมูลที่สามารถระบุตัวบุคคลได้

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลสุขภาพวิเคราะห์ด้วยจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. คะแนนความรู้ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน พฤติกรรมการดูแลตนเอง และระดับ HbA1c นำเสนอด้วยค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าการเปลี่ยนแปลงเฉลี่ย และช่วงเชื่อมั่นร้อยละ 95 เปรียบเทียบก่อนและหลังภายในแต่ละกลุ่มด้วย paired-samples t test และเปรียบเทียบค่าการเปลี่ยนแปลงระหว่างกลุ่มด้วย independent-samples t test โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ เลขที่ KLS.REC 584/2568 ลงวันที่ 3 ธันวาคม 2568

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n = 45)	กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 45)
เพศหญิง, n (%)	37 (82.2)	37 (82.2)
อายุ (ปี), Mean ± SD	61.47 ± 7.31	61.73 ± 6.48
ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า, n (%)	14 (31.1)	12 (26.7)
อาชีพเกษตรกรรม, n (%)	32 (71.1)	34 (75.6)
ระยะเวลาป่วยเบาหวาน (ปี), Mean ± SD	14.69 ± 8.84	14.56 ± 8.16
โรคความดันโลหิตสูง, n (%)	34 (75.6)	32 (71.1)
ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ, n (%)	43 (95.6)	44 (97.8)
รักษาด้วยยารับประทานอย่างเดียว, n (%)	34 (75.6)	35 (77.8)
ได้รับอินซูลินร่วมในการรักษา, n (%)	11 (24.4)	10 (22.2)

จากตารางที่ 1 กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีจำนวนกลุ่มละ 45 คน ทั้งสองกลุ่มมีลักษณะทั่วไปใกล้เคียงกัน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ประกอบอาชีพเกษตรกรรม มีโรคความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดผิดปกติร่วมด้วย และรักษาโรคเบาหวานด้วยยารับประทานเพียงอย่างเดียว อายุเฉลี่ยของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบเท่ากับ 61.47 และ 61.73 ปี ตามลำดับ ส่วนระยะเวลาการเป็นโรคเบาหวานเฉลี่ยเท่ากับ 14.69 และ 14.56 ปี ตามลำดับ เมื่อสิ้นสุดการทดลอง มีข้อมูลแบบสอบถามครบคู่จำนวน 43 และ 42 คน และมีผล HbA1c ครบคู่จำนวน 42 และ 40 คน ตามลำดับ

2. การเปรียบเทียบผลลัพธ์ก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่ม

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบผลลัพธ์ก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่ม

กลุ่มและผลลัพธ์	n	ก่อนทดลอง Mean ± SD	หลังทดลอง Mean ± SD	ผลต่างเฉลี่ย	95% CI	t	p
กลุ่มทดลอง							
ความรู้	43	11.19 ± 4.02	13.70 ± 4.75	2.51	1.01 ถึง 4.02	3.371	.002
การรับรู้สมรรถนะแห่งตน	43	3.08 ± 0.58	3.41 ± 0.72	0.32	0.20 ถึง 0.45	5.232	<.001
พฤติกรรมการดูแลตนเอง	43	52.93 ± 14.30	57.97 ± 19.15	5.04	1.14 ถึง 8.95	2.608	.013
HbA1c (%)	42	9.28 ± 1.90	8.83 ± 1.60	−0.45	−0.67 ถึง −0.22	−4.049	<.001
กลุ่มเปรียบเทียบ							
ความรู้	42	11.14 ± 4.23	12.17 ± 4.75	1.02	0.12 ถึง 1.93	2.287	.027
การรับรู้สมรรถนะแห่งตน	42	3.26 ± 0.57	3.31 ± 0.60	0.05	−0.03 ถึง 0.13	1.250	.218
พฤติกรรมการดูแลตนเอง	42	53.46 ± 12.67	52.11 ± 13.56	−1.36	−3.72 ถึง 1.01	−1.156	.254
HbA1c (%)	40	9.23 ± 1.73	9.12 ± 1.49	−0.11	−0.29 ถึง 0.07	−1.270	.211

หมายเหตุ: วิเคราะห์ด้วย paired samples t-test; ผลต่างเฉลี่ย = หลังการทดลอง − ก่อนการทดลอง

จากตารางที่ 2 ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีผลต่างเฉลี่ยเท่ากับ 2.51 คะแนน (p=.002), 0.32 คะแนน (p<.001) และ 5.04 คะแนน (p=.013) ตามลำดับ ขณะที่ระดับ HbA1c ลดลงเฉลี่ย 0.45 จุดร้อยละอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001)

สำหรับกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่าคะแนนความรู้หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองเฉลี่ย 1.02 คะแนนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=.027) ส่วนการรับรู้สมรรถนะแห่งตน พฤติกรรมการดูแลตนเอง และระดับ HbA1c ก่อนและหลังการทดลองไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=.218, .254 และ .211 ตามลำดับ)

3. การเปรียบเทียบค่าผลต่างระหว่างกลุ่ม

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบค่าผลต่างก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่ม

ผลลัพธ์	กลุ่มทดลอง Mean ± SD	กลุ่มเปรียบเทียบ Mean ± SD	ความแตกต่างของผลต่างเฉลี่ย	95% CI	t	p
ความรู้	2.51 ± 4.89	1.02 ± 2.90	1.49	−0.25 ถึง 3.22	1.712	.091
การรับรู้สมรรถนะแห่งตน	0.32 ± 0.41	0.05 ± 0.27	0.27	0.12 ถึง 0.42	3.669	<.001
พฤติกรรมการดูแลตนเอง	5.04 ± 12.68	−1.36 ± 7.60	6.40	1.89 ถึง 10.91	2.829	.006
HbA1c (%)	−0.45 ± 0.72	−0.11 ± 0.55	−0.34	−0.62 ถึง −0.06	−2.389	.019

หมายเหตุ: วิเคราะห์ด้วย independent samples t-test; ความแตกต่างของผลต่างเฉลี่ย = กลุ่มทดลอง − กลุ่มเปรียบเทียบ ค่าผลต่าง HbA1c ที่เป็นลบหมายถึงระดับ HbA1c ลดลง

จากตารางที่ 3 เมื่อเปรียบเทียบคะแนนผลต่างระหว่างกลุ่ม พบว่ากลุ่มทดลองมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบเฉลี่ย 0.27 คะแนน (95% CI: 0.12–0.42, p<.001) และมีพฤติกรรมการดูแลตนเองเพิ่มขึ้นมากกว่าเฉลี่ย 6.40 คะแนน (95% CI: 1.89–10.91, p=.006) นอกจากนี้ กลุ่มทดลองมีระดับ HbA1c ลดลงมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบเฉลี่ย 0.34 จุดร้อยละ (95% CI: −0.62 ถึง −0.06, p=.019) ส่วนคะแนนความรู้ของกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบเฉลี่ย 1.49 คะแนน แต่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (95% CI: −0.25 ถึง 3.22, p=.091)

อภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลของโปรแกรมการจัดการตนเองโดยใช้ระบบติดตามทางไกลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลสามชัย จังหวัดกาฬสินธุ์ ผลการศึกษาพบว่าภายหลังได้รับโปรแกรมเป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ กลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองเพิ่มขึ้นและมีระดับ HbA1c ลดลงจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ เมื่อเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงระหว่างกลุ่ม กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการดูแลตนเองเพิ่มขึ้นและมีระดับ HbA1c ลดลงมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สามารถอภิปรายผลตามผลลัพธ์แต่ละด้านได้ดังนี้

1. กลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองเพิ่มขึ้นจาก 52.93 คะแนน เป็น 57.97 คะแนน คิดเป็นผลต่างเฉลี่ย 5.04 คะแนน และเมื่อเปรียบเทียบค่าผลต่างระหว่างกลุ่ม พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบเฉลี่ย 6.40 คะแนนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลดังกล่าวอาจอธิบายได้จากโปรแกรมที่มิได้จำกัดเฉพาะการให้ความรู้ แต่เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการประเมินปัญหา กำหนดเป้าหมาย ติดตามผลการปฏิบัติ วิเคราะห์อุปสรรค และปรับแผนการดูแลตนเองให้เหมาะสมกับชีวิตประจำวันของตน

การติดตามผ่านแอปพลิเคชัน LINE หรือโทรศัพท์สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ทำให้ผู้ป่วยได้รับการทบทวนพฤติกรรมและข้อมูลย้อนกลับอย่างต่อเนื่องระหว่าง

ช่วงเวลานัดหมาย เมื่อผู้ป่วยพบปัญหาเกี่ยวกับอาหาร กิจกรรมทางกาย การใช้ยา การจัดการอาการผิดปกติ หรือการดูแลเท้า ผู้วิจัยสามารถร่วมวิเคราะห์ปัญหาและเสนอแนวทางที่เหมาะสมกับข้อจำกัดของแต่ละรายได้ นอกจากนี้ การใช้วิธีสอนกลับ การสาธิตย้อนกลับ และการกำหนดเป้าหมายที่สามารถปฏิบัติได้จริง ช่วยเชื่อมโยงข้อมูลสุขภาพไปสู่การปฏิบัติในชีวิตประจำวันมากกว่าการให้คำแนะนำทั่วไปเพียงครั้งเดียว

ผลการศึกษาด้านพฤติกรรมสอดคล้องกับการวิเคราะห์อภิมานของ Liu และคณะ (2024) ซึ่งพบว่าการแพทย์ทางไกลสามารถส่งเสริมกิจกรรมการดูแลตนเองและความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 รวมทั้งสอดคล้องกับ Asante และคณะ (2025) ซึ่งรายงานว่าการติดตามที่นำโดยพยาบาลผ่านโทรศัพท์ช่วยให้พฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานดีขึ้น นอกจากนี้ ยังสอดคล้องกับการศึกษาในประเทศไทยของนิยม ประโกสันตัง (2567) ซึ่งพบว่ารูปแบบการพยาบาลทางไกลช่วยเพิ่มพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานเมื่อเปรียบเทียบกับการดูแลตามปกติ ข้อค้นพบดังกล่าวสนับสนุนว่าการสื่อสารสองทางและการติดตามอย่างต่อเนื่องเป็นองค์ประกอบสำคัญของการส่งเสริมพฤติกรรม มากกว่าการใช้เทคโนโลยีเป็นเพียงช่องทางส่งข้อมูลสุขศึกษา

2. กลุ่มทดลองมีระดับ HbA1c ลดลงจากร้อยละ 9.28 เป็นร้อยละ 8.83 คิดเป็นการลดลงเฉลี่ย 0.45 จุดร้อยละอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบมีระดับ HbA1c ลดลงเฉลี่ย 0.11 จุดร้อยละ แต่ไม่แตกต่างจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญ เมื่อเปรียบเทียบค่าผลต่างระหว่างกลุ่ม พบว่ากลุ่มทดลองมีระดับ HbA1c ลดลงมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบเฉลี่ย 0.34 จุดร้อยละอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลดังกล่าวมีทิศทางสอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมการดูแลตนเองที่พบในการศึกษาครั้งนี้

การลดลงของระดับ HbA1c อาจเกี่ยวข้องกับการที่ผู้ป่วยได้รับการติดตามพฤติกรรมหลายด้านพร้อมกัน ได้แก่ การรับประทานอาหาร กิจกรรมทางกาย การใช้ยา การติดตามข้อมูลสุขภาพ การจัดการอาการผิดปกติ และการดูแลเท้า โดยเฉพาะการติดตามผลการปฏิบัติและการให้ข้อมูลย้อนกลับรายสัปดาห์ ทำให้สามารถค้นพบอุปสรรคและปรับเป้าหมายได้ระหว่างดำเนินโปรแกรม ไม่ต้องรอจนถึงวันนัดครั้งถัดไป กระบวนการดังกล่าวอาจช่วยให้ผู้ป่วยปฏิบัติพฤติกรรมได้ต่อเนื่องขึ้น และส่งผลต่อระดับน้ำตาลเฉลี่ยในช่วง 2–3 เดือนซึ่งสะท้อนผ่านค่า HbA1c เมื่อสิ้นสุดสัปดาห์ที่ 12

ขนาดการลดลงของระดับ HbA1c ที่พบในการศึกษาครั้งนี้ใกล้เคียงกับหลักฐานที่ผ่านมา โดย Jiang และคณะ (2026) วิเคราะห์การทดลองแบบสุ่มจำนวน 58 เรื่อง และพบว่าการแพทย์ทางไกลช่วยลดระดับ HbA1c เฉลี่ย 0.38 จุดร้อยละ ขณะที่ Platini และคณะ (2022) พบว่าการโค้ชทางไกลที่นำโดยพยาบาลช่วยลดระดับ HbA1c เฉลี่ย 0.33 จุดร้อยละ และ Tan และคณะ (2025a) รายงานว่าระบบติดตามสุขภาพที่มีการตอบสนองต่อข้อมูลผิดปกติช่วยลดระดับ HbA1c มากกว่าการดูแลตามปกติ 0.34 จุดร้อยละ ผลการศึกษาครั้งนี้จึงมีทิศทางและขนาดของผลใกล้เคียงกับหลักฐานดังกล่าว แม้ดำเนินการในโรงพยาบาลชุมชนและใช้เทคโนโลยีที่เข้าถึงได้ทั่วไป ได้แก่ แอปพลิเคชัน LINE และโทรศัพท์

เมื่อพิจารณาผลลัพธ์ทั้งสองด้านร่วมกัน พบว่าพฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับ HbA1c เปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่สอดคล้องกัน กล่าวคือ เมื่อผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนให้กำหนดเป้าหมาย ติดตามผล แก้ไขอุปสรรค และได้รับข้อมูลย้อนกลับอย่างต่อเนื่อง

พฤติกรรมการดูแลตนเองมีแนวโน้มดีขึ้น และระดับ HbA1c ลดลงตามมา ข้อค้นพบนี้สอดคล้องกับหลักฐานที่ระบุว่า โปรแกรมที่มีการกำหนดเป้าหมาย การกำกับตนเอง และวงจรการตอบสนองระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรสุขภาพ มีแนวโน้มให้ผลดีกว่าการส่งข้อมูลสุขภาพเพียงด้านเดียว (Yu et al., 2025; Vaughan et al., 2026)

อย่างไรก็ตาม การติดตามสุขภาพทางไกลมิได้ให้ผลดีอย่างสม่ำเสมอในทุกการศึกษา โดย Sungkapinyo และคณะ (2025) พบว่าโปรแกรมผ่านแอปพลิเคชัน LINE ช่วยเพิ่มความรู้และความร่วมมือในการฉีดอินซูลิน แต่ไม่พบความแตกต่างของระดับน้ำตาลระหว่างกลุ่ม ขณะที่ Giovanazzi และคณะ (2025) ไม่พบความแตกต่างของระดับ HbA1c ภายหลังใช้แพลตฟอร์มสุขภาพดิจิทัล โดยมีข้อจำกัดด้านความเสถียรของระบบ ความแตกต่างของผลการศึกษาอาจเกี่ยวข้องกับระยะเวลา ความถี่ของการติดตาม องค์ประกอบของโปรแกรม การมีส่วนร่วมของผู้ป่วย ความพร้อมในการใช้เทคโนโลยี และการตอบสนองของบุคลากรต่อข้อมูลที่ผู้ป่วยรายงาน

ผลการศึกษาครั้งนี้จึงสะท้อนว่า ประสิทธิผลของระบบติดตามทางไกลมิได้เกิดจากการใช้ LINE หรือโทรศัพท์เพียงอย่างเดียว แต่ขึ้นอยู่กับการออกแบบกระบวนการติดตามให้มีการสื่อสารสองทาง มีเป้าหมายรายบุคคล มีการประเมินผลการปฏิบัติ และมีการตอบสนองต่อปัญหาที่ผู้ป่วยรายงานอย่างเหมาะสม การใช้เทคโนโลยีที่ไม่ซับซ้อนและเป็นช่องทางที่ผู้ป่วยคุ้นเคยอาจเหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลชุมชน เนื่องจากไม่เพิ่มภาระด้านการเรียนรู้ระบบใหม่มากเกินไป และสามารถประยุกต์ใช้ร่วมกับบริการตามปกติได้

โดยสรุป ผลการศึกษาสนับสนุนว่าโปรแกรมการจัดการตนเองโดยใช้ระบบติดตามทางไกลเป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์สามารถใช้เสริมการดูแลตามปกติของคลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลสามชัย โดยกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมมีพฤติกรรมการดูแลตนเองเพิ่มขึ้นและมีระดับ HbA1c ลดลงมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

ข้อเสนอแนะ

1. คลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลสามชัย ควรทดลองนำโปรแกรมไปใช้ต่อเนื่องกับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับ HbA1c ไม่ได้ โดยเริ่มจากผู้ป่วยที่มีความพร้อมและจำเป็นต้องได้รับการติดตามระหว่างวันนัด ก่อนขยายผลตามความเหมาะสม

2. การดำเนินงานควรคงองค์ประกอบสำคัญ ได้แก่ การกำหนดเป้าหมายร่วมกัน การติดตามการปฏิบัติ การแก้ไขอุปสรรค และการให้ข้อมูลย้อนกลับรายบุคคล โดยเลือกใช้ LINE โทรศัพท์ หรือผู้ดูแลช่วยสื่อสารตามความพร้อมของผู้ป่วย

3. ควรกำหนดแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนเกี่ยวกับกลุ่มเป้าหมาย ความถี่ในการติดตาม ผู้รับผิดชอบ การบันทึกข้อมูล การส่งต่อเมื่อพบความผิดปกติ และการรักษาความลับ พร้อมประเมินภาระงานและความเป็นไปได้ก่อนนำไปใช้เป็นงานประจำ

4. การศึกษาครั้งต่อไปควรติดตามผลอย่างน้อย 6 เดือน ใช้การสุ่มเข้ากลุ่มหรือแยกพื้นที่ศึกษา และเก็บข้อมูลการปรับยา ความร่วมมือในการใช้ยา การเจ็บป่วย และความครบถ้วนของการเข้าร่วมโปรแกรม เพื่อประเมินผลของโปรแกรมได้ชัดเจนขึ้น

เอกสารอ้างอิง

นิยม ประโกสันตัง. (2567). ผลของการใช้รูปแบบการพยาบาลทางไกลกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. *วารสารวิจัยและพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ, 5*(2), 100–111. https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jrhi/article/view/271079

ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์, สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย ในพระราชูปถัมภ์ สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี, สมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย, กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2566). *แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2566*. บริษัท ศรีเมืองการพิมพ์ จำกัด. https://www.dmthai.org/new/index.php/sara-khwam-ru/sahrab-bukhkhl-thawpi/diabetes-book/naewthang-wech-ptibati-sahrab-rokh-bea-hwan-2566

โรงพยาบาลสามชัย. (2568). *รายงานผลการดำเนินงานคลินิกโรคเบาหวาน ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568* [เอกสารที่ไม่ได้ตีพิมพ์]. โรงพยาบาลสามชัย จังหวัดกาฬสินธุ์.

American Diabetes Association Professional Practice Committee for Diabetes. (2026). 5. Facilitating positive health behaviors and well-being to improve health outcomes: Standards of Care in Diabetes—2026. *Diabetes Care, 49*(Suppl. 1), S89–S131. https://doi.org/10.2337/dc26-S005

Asante, E., Carter, G., McAneney, H., Bam, V., Sarfo-Kantanka, O., & Prue, G. (2025). Nurse-led mobile phone intervention to promote self-management in type 2 diabetes in Ghana: A randomized controlled trial. *The Science of Diabetes Self-Management and Care, 51*(1), 85–99. https://doi.org/10.1177/26350106241293113

Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review, 84*(2), 191–215. https://doi.org/10.1037/0033-295X.84.2.191

Faul, F., Erdfelder, E., Buchner, A., & Lang, A.-G. (2009). Statistical power analyses using G*Power 3.1: Tests for correlation and regression analyses. *Behavior Research Methods, 41*(4), 1149–1160. https://doi.org/10.3758/BRM.41.4.1149

Giovanazzi, A., Gios, L., Gentilini, M. A., Mastellaro, M., Bartolotta, P., Nicolussi Giacomaz, L., Eccher, C., & Inchiostro, S. (2025). Impact of digital health on type 2 diabetes management: A randomised controlled trial of the 'TreC Diabete' platform (TELEMECHRON Study). *Frontiers in Clinical Diabetes and Healthcare, 6*, Article 1589548. https://doi.org/10.3389/fcdhc.2025.1589548

International Diabetes Federation. (2025). *IDF Diabetes Atlas* (11th ed.). https://diabetesatlas.org

Jiang, S., Gao, X., Diao, H., Zhang, Y., Lu, G., Liu, X., & Li, Y. (2026). Clinical improvements from telemedicine interventions for managing type 2 diabetes compared with usual care: Systematic review, meta-analysis, and meta-regression. *JMIR mHealth and uHealth, 14*, e70429. https://doi.org/10.2196/70429

Liu, F., Li, J., Li, X., Yang, Z., Wang, W., Zhao, L., Wu, T., Huang, C., & Xu, Y. (2024). Efficacy of telemedicine intervention in the self-management of patients with type 2 diabetes: A systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Public Health, 12*, Article 1405770. https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1405770

Platini, H., Lathifah, A., Maulana, S., Musthofa, F., Amirah, S., Abdurrahman, M. F., Komariah, M., Pahria, T., Ibrahim, K., & Lele, J. A. J. M. N. (2023). Systematic review and meta-analysis of telecoaching for self-care management among persons with type 2 diabetes mellitus. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 20*(1), Article 237. https://doi.org/10.3390/ijerph20010237

Sungkapinyo, N., Yodchai, K., & Chinnawong, T. (2025). Effectiveness of a LINE application-based support program on insulin adherence and glycemic control in patients with uncontrolled type 2 diabetes: A quasi-experimental study. *Digital Health, 11*, 20552076251357501. https://doi.org/10.1177/20552076251357501

Watcharanat, P. (2025). Effects of a mobile application-based self-management program on health knowledge, health behaviors, and glycemic control in patients with type 2 diabetes mellitus. *Journal of Health Research, 39*(5). https://doi.org/10.56808/2586-940X.1153

Yu, X., Wang, Y., Liu, Z., & Jung, E. (2025). Technological functionality and system architecture of mobile health interventions for diabetes management: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Frontiers in Public Health, 13*, Article 1549568. https://doi.org/10.3389/fpubh.2025.1549568

วารสารวิชาการเพื่อการพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิและสาธารณสุข
Academic Journal for Primary Care and Public Health Development

ผลของโปรแกรมพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลศรีตระกูล อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ

Effects of a Community-Participatory Health Literacy Program on Opisthorchiasis Prevention among a High-Risk Population in Sri Trakul Subdistrict, Khukhan District, Sisaket Province

ประกอบกิจ ศิลาโชติ[1] พุทธิไกร ประมวล[2]
Prakobkit Silachote[1] Putthikrai Pramual[2]
[1]โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนน อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ
[2]กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ
(Received: May, 27 2026; Accepted: August, 5 2026)

บทคัดย่อ

โรคพยาธิใบไม้ตับเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญของมะเร็งท่อน้ำดี และยังเป็นปัญหาสาธารณสุขในอำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ การวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพ การมีส่วนร่วมของชุมชน และพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับภายในกลุ่มและระหว่างกลุ่ม กลุ่มตัวอย่างเป็นประชาชนกลุ่มเสี่ยงจำนวน 100 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองในตำบลศรีตระกูลและกลุ่มเปรียบเทียบในตำบลสะเดาใหญ่ กลุ่มละ 50 คน คัดเลือกด้วยการสุ่มตัวอย่างแบบสองขั้นตอน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมที่ประยุกต์แนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพของ Nutbeam ร่วมกับการมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นเวลา 8 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบได้รับการให้ความรู้ตามปกติ เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและการวิเคราะห์ถดถอยเชิงเส้นพหุตัวแปร

ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพทั้ง 6 องค์ประกอบ การมีส่วนร่วมของชุมชน และพฤติกรรมการป้องกันโรคเพิ่มขึ้นจากก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทุกด้าน ($p < 0.001$) โดยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคเพิ่มขึ้น 6.56 คะแนน (adjusted mean difference = 6.56; 95% CI: 5.34–7.78) เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มภายหลังทดลอง พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนผลลัพธ์ทุกด้านสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยมีคะแนนความรู้ การเข้าถึงข้อมูล การสื่อสาร การตัดสินใจ การรู้เท่าทันสื่อ การจัดการตนเอง และการมีส่วนร่วมสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 1.22, 3.41, 2.24, 1.24, 1.82, 2.81 และ 4.14 คะแนน ตามลำดับ ส่วนพฤติกรรมการป้องกันโรคมีความแตกต่างระหว่างกลุ่มมากที่สุด 5.82 คะแนน (adjusted mean difference = 5.82; 95% CI: 4.64–7.01) โปรแกรมนี้มีประสิทธิผลในการยกระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ สามารถขยายผลสู่พื้นที่เสี่ยงอื่นได้โดยใช้กลไก อสม และการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ

คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, โรคพยาธิใบไม้ตับ, การมีส่วนร่วมของชุมชน, พฤติกรรมการป้องกันโรค

Abstract

Liver fluke infection is an important risk factor for cholangiocarcinoma and remains a public health problem in Khukhan District, Sisaket Province. This two-group pretest–posttest quasi-experimental study aimed to compare health literacy, community participation, and liver fluke prevention behaviors within and between groups. The sample comprised 100 at-risk individuals, divided into an experimental group from Sri Trakul Subdistrict and a comparison group from Sadao Yai Subdistrict, with 50 participants in each group. Participants were selected using two-stage random sampling. The experimental group received an eight-week program integrating Nutbeam's health literacy concept with community participation, whereas the comparison group received routine health education. Data were collected using questionnaires and analyzed using descriptive statistics and multivariable linear regression.

The results showed that, after the intervention, the experimental group had significantly higher mean scores for all six components of health literacy, community participation, and liver fluke prevention behaviors than before the intervention ($p < 0.001$). The prevention behavior score increased by 6.56 points (adjusted mean difference = 6.56; 95% CI: 5.34–7.78). Post-intervention comparisons between the groups showed that the experimental group had significantly higher scores for all outcomes than the comparison group ($p < 0.05$). The adjusted mean differences between the experimental and comparison groups were 1.22 points for knowledge, 3.41 points for access to health information, 2.24 points for health communication, 1.24 points for decision-making, 1.82 points for media literacy, 2.81 points for self-management, and 4.14 points for community participation. The greatest between-group difference was observed in prevention behaviors, with an adjusted mean difference of 5.82 points (95% CI: 4.64–7.01). The program was effective in improving health literacy and liver fluke prevention behaviors and can be scaled up to other high-risk areas by utilizing village health volunteers and community participation mechanisms.

Keywords: health literacy, liver fluke infection, community participation, prevention behaviors

บทนำ

โรคพยาธิใบไม้ตับจาก Opisthorchis viverrini เป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญในลุ่มแม่น้ำโขง และได้รับการจัดเป็นสารก่อมะเร็งในมนุษย์กลุ่มที่ 1 เนื่องจากสัมพันธ์เชิงสาเหตุกับมะเร็งท่อน้ำดี (International Agency for Research on Cancer [IARC], 2016; Kaewpitoon et al., 2008) ประเทศไทยมีอุบัติการณ์มะเร็งท่อน้ำดีอยู่ในระดับสูงมาก โดยมีอัตราอุบัติการณ์ปรับมาตรฐานตามอายุเท่ากับ 33.4 ต่อประชากรแสนคนในเพศชาย และ 12.3 ต่อประชากรแสนคนในเพศหญิง (Prueksapanich et al., 2018) ปัญหาดังกล่าวมีความสำคัญเป็นพิเศษในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับและการบริโภคปลาน้ำจืดแบบดิบหรือสุก ๆ ดิบ ๆ ต่อเนื่อง กระทรวงสาธารณสุขจึงกำหนดแผนยุทธศาสตร์ทศวรรษกำจัดปัญหาพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี พ.ศ. 2559–2568 เป็นกรอบการดำเนินงานระดับชาติ (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2562) สำหรับจังหวัดศรีสะเกษ พบว่าอัตราตายจากมะเร็งท่อน้ำดีเพิ่มจาก 18.89 ต่อประชากรแสนคนใน พ.ศ. 2562 เป็น 20.45 ต่อประชากรแสนคนใน พ.ศ. 2563 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ, 2563) นอกจากนี้ มีรายงานความชุกของโรคพยาธิใบไม้ตับในจังหวัดร้อยละ 7.15 และอำเภอขุขันธ์มีความชุกร้อยละ 22.37 ซึ่งเป็นค่าสูงสุดของจังหวัด โดยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 4 แห่งจาก 28 แห่งมีความชุกเกินร้อยละ 10 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ, 2560; สำนักงานสาธารณสุขอำเภอขุขันธ์, 2563) สถานการณ์ดังกล่าวสะท้อนว่าอำเภอขุขันธ์ยังเป็นพื้นที่ที่จำเป็นต้องดำเนินมาตรการป้องกันและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงอย่างต่อเนื่อง

พฤติกรรมการบริโภคปลาน้ำจืดเกล็ดขาวแบบดิบหรือสุก ๆ ดิบ ๆ เป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญของการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ (อังษณา ยศปัญญา, 2556; วันชัย เหล่าเสถียรกิจ และคณะ, 2559) ความเคยชินและบริบททางวัฒนธรรมอาหารอาจทำให้การเพิ่มความรู้เพียงอย่างเดียวไม่เพียงพอต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (ถาวร ทุมสะกะ และสุชาดา ภัยหลีกลี้, 2558; Perakanya et al., 2022) อีกทั้งยังพบการติดเชื้อซ้ำในผู้ที่ได้รับการรักษาแล้ว โดยมีพฤติกรรมเสี่ยงเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้อง (เกษร แถวโนนงิ้ว และคณะ, 2559; วรวุฒิ นามวงศ์ และคณะ, 2562) การป้องกันโรคจึงควรพัฒนาทักษะที่ช่วยให้ประชาชนสามารถเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน และใช้ข้อมูลสุขภาพเพื่อประกอบการตัดสินใจและจัดการพฤติกรรมของตนเอง

แนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพของ Nutbeam (2008) ครอบคลุมความรอบรู้ระดับเชิงหน้าที่ เชิงปฏิสัมพันธ์ และเชิงวิพากษ์ ขณะที่กรอบบูรณาการของ Sørensen และคณะ (2012) เน้นความสามารถในการเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน และประยุกต์ใช้ข้อมูลสุขภาพ การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของ Walters และคณะ (2020) ซึ่งครอบคลุมงานวิจัย 22 เรื่อง พบว่าการแทรกแซงด้านความรอบรู้ด้านสุขภาพช่วยยกระดับความรอบรู้ได้ใน 15 เรื่อง และช่วยปรับปรุงผลลัพธ์เชิงพฤติกรรมได้ใน 7 เรื่องจาก 8 เรื่องที่ประเมินผลลัพธ์ดังกล่าว ในบริบทประเทศไทย ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและพฤติกรรมสุขภาพ (Khamrin et al., 2021) ส่วนการศึกษาในจังหวัดศรีสะเกษพบว่า สื่ออิเล็กทรอนิกส์ช่วยเพิ่มความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับได้ (ศศิธร เจริญประเสริฐ และคณะ, 2565) อย่างไรก็ตาม การศึกษาดังกล่าวยังมุ่งประเมินผลด้านความรู้และทัศนคติเป็นหลัก โดยยังไม่ครอบคลุม

ทักษะความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคอย่างเป็นระบบ

การมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นกลไกสำคัญของการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานของประเทศไทย โดยมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นผู้เชื่อมประสานระหว่างหน่วยบริการ ครอบครัว และชุมชน (Rakue et al., 1998) การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของ Haldane และคณะ (2019) พบว่า การมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนา ดำเนินการ และประเมินบริการสุขภาพช่วยเพิ่มความรู้ ความตระหนัก และความสามารถในการพึ่งตนเองของชุมชน เนื่องจากพฤติกรรมการบริโภคอาหารเกี่ยวข้องกับครอบครัว กลุ่มเพื่อน ผู้นำชุมชน และบรรทัดฐานทางสังคม การให้ชุมชนร่วมกำหนดมาตรการและติดตามเสริมพลังจึงอาจสนับสนุนให้ประชาชนนำความรอบรู้ด้านสุขภาพไปใช้ในชีวิตประจำวันได้

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การศึกษาในบริบทโรคพยาธิใบไม้ตับส่วนใหญ่ยังมุ่งเน้นผลลัพธ์ด้านความรู้หรือทัศนคติ และมีข้อจำกัดในการบูรณาการความรอบรู้ด้านสุขภาพหลายองค์ประกอบเข้ากับกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยเฉพาะในประชาชนกลุ่มเสี่ยง การวิจัยครั้งนี้จึงพัฒนาและประเมินโปรแกรมที่ครอบคลุมความรอบรู้ด้านสุขภาพ 6 องค์ประกอบ ร่วมกับกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน และประเมินผลด้านความรอบรู้ด้านสุขภาพ การมีส่วนร่วมของชุมชน และพฤติกรรมการป้องกันโรคในประชาชนกลุ่มเสี่ยง ตำบลศรีตระกูล อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพ การมีส่วนร่วมของชุมชน และพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับก่อนและหลังการทดลอง ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพ การมีส่วนร่วมของชุมชน และพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับภายหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (two-group pretest–posttest design) ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนกรกฎาคมถึงกันยายน พ.ศ. 2568

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป็นประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับในอำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ กลุ่มทดลองมาจากเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนน ตำบลศรีตระกูล และกลุ่มเปรียบเทียบจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองลุง ตำบลสะเดาใหญ่ คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของประชากรสองกลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน (อรุณ จิรวัฒน์กุล, 2551) กำหนดค่าพารามิเตอร์จากการศึกษาของรจนารถ ชูใจ และคณะ (2564) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 และอำนาจการทดสอบร้อยละ 80 ได้ขนาดตัวอย่าง 41 คนต่อกลุ่ม เมื่อปรับเพิ่มเพื่อรองรับการสูญหายจากการติดตามร้อยละ 10 ได้ขนาดตัวอย่างขั้นต่ำประมาณ 46 คนต่อกลุ่ม ผู้วิจัยจึงกำหนดขนาดตัวอย่างเป็นกลุ่มละ 50 คน รวมทั้งสิ้น 100 คน ใช้การสุ่มสองขั้นตอน ได้แก่ สุ่มโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 2 แห่งแบบแบ่งกลุ่มเพื่อกำหนดพื้นที่ และสุ่มกลุ่มเสี่ยงแบบแบ่งชั้นตามสัดส่วนร่วมกับการสุ่มอย่างเป็นระบบ

เกณฑ์คัดเข้าและคัดออก

เกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ (1) มีอายุ 20 ปีขึ้นไปและอาศัยอยู่ในพื้นที่ศึกษาไม่น้อยกว่า 6 เดือน (2) สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ตลอดระยะเวลา 8 สัปดาห์ (3) ตรวจพบการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ หรือมีพฤติกรรมเสี่ยงจากการบริโภคปลาน้ำจืดหรือผลิตภัณฑ์จากปลาแบบดิบหรือสุก ๆ ดิบ ๆ และ (4) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์คัดออก ได้แก่ (1) มีความบกพร่องด้านการรู้คิดหรือมีปัญหาทางจิตที่ทำให้ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ (2) ไม่สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ (3) อยู่ระหว่างตั้งครรภ์ หรือ (4) มีโรครุนแรงที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยแบ่งเป็น 2 ประเภท ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ระยะเวลา 8 สัปดาห์ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยประยุกต์แนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ 3 ระดับของ Nutbeam (2008) ได้แก่ ความรอบรู้เชิงหน้าที่ เชิงปฏิสัมพันธ์ และเชิงวิพากษ์ ร่วมกับสมรรถนะด้านการเข้าถึง การเข้าใจ การประเมินและการประยุกต์ใช้ข้อมูลสุขภาพตามกรอบของ Sørensen และคณะ (2012) และแนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชน (Haldane et al., 2019) กิจกรรมได้รับการออกแบบให้สอดคล้องกับบริบทและวัฒนธรรมการบริโภคอาหารของประชาชนในพื้นที่

2. เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนแนวคิดและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง แบ่งเป็น 4 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป จำนวน 11 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ จำนวน 35 ข้อ ประกอบด้วย 2 ส่วนย่อย ได้แก่

1. แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ จำนวน 10 ข้อ ตอบถูกให้ 1 คะแนน และตอบผิดหรือไม่ทราบให้ 0 คะแนน คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0–10 คะแนน การแปลผลประยุกต์เกณฑ์ของ Bloom (1971) แบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับต่ำ 0–5 คะแนน ระดับปานกลาง 6–7 คะแนน และระดับสูง 8–10 คะแนน

2. แบบประเมินทักษะความรอบรู้ด้านสุขภาพ จำนวน 25 ข้อ ครอบคลุม 5 ด้าน ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ การสื่อสารสุขภาพ การตัดสินใจเลือกปฏิบัติ การจัดการตนเอง และการรู้เท่าทันสื่อ ด้านละ 5 ข้อ เป็นมาตรประมาณค่า 4 ระดับ คะแนนแต่ละด้านอยู่ระหว่าง 5–20 คะแนน การแปลผลรายด้านประยุกต์เกณฑ์ของ Best (1981) แบ่งเป็นระดับต่ำ 5–10 คะแนน ระดับปานกลาง 11–15 คะแนน และระดับสูง 16–20 คะแนน

3. ส่วนที่ 3 แบบประเมินพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ จำนวน 15 ข้อ เป็นมาตรประมาณค่า 3 ระดับ คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 15–45 คะแนน การแปลผลประยุกต์เกณฑ์ของ Best (1981) แบ่งเป็นระดับต่ำ 15–25 คะแนน ระดับปานกลาง 26–35 คะแนน และระดับสูง 36–45 คะแนน

4. ส่วนที่ 4 แบบประเมินการมีส่วนร่วมในการพัฒนาชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพ จำนวน 15 ข้อ เป็นมาตรประมาณค่า 3 ระดับ คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 15–45 คะแนน การแปลผลประยุกต์เกณฑ์ของ Best (1981) แบ่งเป็นระดับต่ำ 15–25 คะแนน ระดับปานกลาง 26–35 คะแนน และระดับสูง 36–45 คะแนน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำเครื่องมือให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญด้านโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ผู้เชี่ยวชาญด้านระเบียบวิธีวิจัย และผู้เชี่ยวชาญด้านสถิติ ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัย ความเหมาะสมของภาษา และความชัดเจนของข้อคำถาม จากนั้นคำนวณดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Item–Objective Congruence Index: IOC) ผลการประเมินได้ค่า IOC ระหว่าง 0.65–0.92 และปรับปรุงข้อคำถามตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิก่อนนำไปทดลองใช้

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้กับประชาชนกลุ่มเสี่ยงในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองกลาง ตำบลตาอุด อำเภอขุขันธ์ จำนวน 30 คน ซึ่งมีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างและไม่อยู่ในพื้นที่ศึกษา วิเคราะห์ความเชื่อมั่นของแบบวัดความรู้ด้วยวิธี Kuder–Richardson 20 (KR-20) ได้ค่า 0.81 ส่วนแบบประเมินทักษะความรอบรู้ด้านสุขภาพ แบบประเมินพฤติกรรมการป้องกันโรค และแบบประเมินการมีส่วนร่วมของชุมชน วิเคราะห์ด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นระหว่าง 0.76–0.93

ขั้นตอนการดำเนินการทดลอง

กลุ่มทดลองเข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ระยะเวลา 8 สัปดาห์ ประกอบด้วยกิจกรรมดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 สร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงการดำเนินโปรแกรม และให้ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ ปัจจัยเสี่ยง ผลกระทบ และแนวทางป้องกันโรค

สัปดาห์ที่ 2 พัฒนาทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ โดยแนะนำแหล่งข้อมูลที่น่าเชื่อถือ ฝึกค้นหา และเลือกใช้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ

สัปดาห์ที่ 3 พัฒนาทักษะการรู้เท่าทันสื่อ โดยให้ผู้เข้าร่วมวิเคราะห์ข่าว ข้อความ คลิปวิดีโอ และสื่อออนไลน์ ฝึกแยกแยะข้อมูลที่ถูกต้องและไม่ถูกต้อง และตรวจสอบแหล่งที่มาของข้อมูล

สัปดาห์ที่ 4 พัฒนาทักษะการสื่อสารสุขภาพ โดยฝึกการสนทนา การตั้งคำถาม และการสื่อสารกับบุคลากรสาธารณสุข ตลอดจนฝึกถ่ายทอดข้อมูลแก่สมาชิกในครอบครัวและชุมชน

สัปดาห์ที่ 5 พัฒนาทักษะการตัดสินใจเลือกปฏิบัติ โดยใช้กรณีศึกษาและสถานการณ์จำลองเกี่ยวกับการบริโภคปลาน้ำจืดหรือผลิตภัณฑ์จากปลาแบบดิบหรือสุก ๆ ดิบ ๆ ให้ผู้เข้าร่วมวิเคราะห์ทางเลือก พิจารณาผลดีและผลเสีย และเลือกพฤติกรรมที่เหมาะสม

สัปดาห์ที่ 6 พัฒนาทักษะการจัดการตนเอง โดยให้ผู้เข้าร่วมกำหนดเป้าหมายในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม บันทึกและติดตามพฤติกรรมของตนเอง รวมทั้งทบทวนปัญหา อุปสรรค และแนวทางแก้ไข

สัปดาห์ที่ 7 ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยให้ผู้เข้าร่วม อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้นำชุมชน และผู้เกี่ยวข้องร่วมวิเคราะห์ปัญหา วางแผน และกำหนดมาตรการป้องกันโรคที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ พร้อมทั้งติดตามเยี่ยมบ้านและเสริมพลังแก่ประชาชนกลุ่มเสี่ยง

สัปดาห์ที่ 8 สรุปกิจกรรม ทบทวนสิ่งที่ได้เรียนรู้ เปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมนำเสนอผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ปัญหา อุปสรรค และแนวทางปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง

สำหรับกลุ่มเปรียบเทียบ ได้รับการให้ความรู้และบริการเกี่ยวกับการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับตามแนวทางปกติของหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ โดยไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรม 8 สัปดาห์

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนกรกฎาคมถึงกันยายน พ.ศ. 2568 ภายหลังกลุ่มตัวอย่างได้รับคำชี้แจงและลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย โดยเก็บข้อมูล 2 ครั้ง ดังนี้

1. ครั้งที่ 1 เก็บข้อมูลก่อนการทดลองจากกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนเริ่มดำเนินโปรแกรม โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ แบบประเมินพฤติกรรมการป้องกันโรค และแบบประเมินการมีส่วนร่วมในการพัฒนาชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพ

2. ครั้งที่ 2 เก็บข้อมูลหลังการทดลองเมื่อสิ้นสุดสัปดาห์ที่ 8 จากกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบในช่วงเวลาเดียวกัน โดยใช้แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ แบบประเมินพฤติกรรมการป้องกันโรค และแบบประเมินการมีส่วนร่วมชุดเดียวกับก่อนการทดลอง

3. ภายหลังเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนและความถูกต้องของแบบสอบถามก่อนบันทึกลงในฐานข้อมูล แบบสอบถามแต่ละชุดใช้รหัสแทนชื่อของกลุ่มตัวอย่าง และจัดเก็บข้อมูลโดยไม่เปิดเผยข้อมูลที่สามารถระบุตัวบุคคลได้

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

1. ข้อมูลทั่วไปวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน มัธยฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด

2. วิเคราะห์การเปลี่ยนแปลงของคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพ การมีส่วนร่วมของชุมชน และพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับก่อนและหลังการทดลองภายในแต่ละกลุ่ม และเปรียบเทียบคะแนนภายหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบด้วยการวิเคราะห์ถดถอยเชิงเส้นพหุตัวแปร (multivariable linear regression) โดยปรับคะแนนก่อนการทดลอง เพศ อายุ ระดับการศึกษา ประวัติการอบรมเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ และประวัติการตรวจหาพยาธิ เพื่อลดอิทธิพลของความแตกต่างพื้นฐานและตัวแปรกวนที่วัดได้ระหว่างกลุ่ม นำเสนอผลด้วยค่าความแตกต่างของค่าเฉลี่ยที่ปรับแล้ว (adjusted mean difference) และช่วงเชื่อมั่นร้อยละ 95

จริยธรรมการวิจัย

โครงการวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ เลขที่ SPPH 2025-092 ลงวันที่ 11 มิถุนายน 2568

ผลการวิจัย

1. ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีอายุเฉลี่ย 50.64 ± 8.35 และ 51.76 ± 9.19 ปี ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีสถานภาพสมรส จบการศึกษาระดับประถมศึกษา และประกอบอาชีพเกษตรกรรม เมื่อพิจารณาเชิงพรรณนา พบว่าสัดส่วนเพศ ประวัติการอบรมเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ และการได้รับข้อมูลข่าวสารจากบางช่องทางแตกต่างกันระหว่างกลุ่ม รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ลักษณะทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n = 50) n (%)	กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 50) n (%)
เพศ		
ชาย	5 (10.00)	16 (32.00)
หญิง	45 (90.00)	34 (68.00)
อายุ (ปี)		
น้อยกว่า 40 ปี	6 (12.00)	4 (8.00)
40–49 ปี	14 (28.00)	12 (24.00)
50–59 ปี	23 (46.00)	26 (52.00)
ตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป	7 (14.00)	8 (16.00)
ค่าเฉลี่ย ± ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	50.64 ± 8.35	51.76 ± 9.19
มัธยฐาน (ค่าต่ำสุด–ค่าสูงสุด)	52 (33–72)	52 (25–71)
สถานภาพสมรส		
โสด	2 (4.00)	2 (4.00)
สมรส	41 (82.00)	45 (90.00)
หย่าร้าง	4 (8.00)	2 (4.00)
หม้าย	3 (6.00)	1 (2.00)
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	20 (40.00)	18 (36.00)
มัธยมศึกษาตอนต้น	6 (12.00)	15 (30.00)
มัธยมศึกษาตอนปลายหรือ ปวช.	20 (40.00)	13 (26.00)
อนุปริญญาหรือ ปวส.	4 (8.00)	4 (8.00)
อาชีพ		
เกษตรกรรม	41 (82.00)	37 (74.00)
รับจ้าง	2 (4.00)	4 (8.00)
ค้าขาย	4 (8.00)	3 (6.00)
ว่างงานหรือแม่บ้าน	2 (4.00)	2 (4.00)
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	1 (2.00)	4 (8.00)
รายได้ต่อเดือน (บาท)		
น้อยกว่า 3,000 บาท	10 (20.00)	9 (18.00)
3,000–4,999 บาท	8 (16.00)	15 (30.00)
5,000–7,999 บาท	17 (34.00)	15 (30.00)

ลักษณะทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n = 50) n (%)	กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 50) n (%)
ตั้งแต่ 8,000 บาทขึ้นไป	15 (30.00)	11 (22.00)
ค่าเฉลี่ย ± ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	6,724.00 ± 4,946.93	6,170.00 ± 7,114.67
มัธยฐาน (ค่าต่ำสุด–ค่าสูงสุด)	8,200 (1,500–25,000)	7,000 (1,500–50,000)
ประวัติการอบรมเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ		
ไม่เคย	1 (2.00)	4 (8.00)
1 ครั้ง	10 (20.00)	15 (30.00)
ตั้งแต่ 2 ครั้งขึ้นไป	39 (78.00)	31 (62.00)
ประวัติการตรวจหาไข่พยาธิ		
เคยตรวจ	45 (90.00)	43 (86.00)
เคยตรวจพบพยาธิ[1]	4 (8.89)	2 (4.65)
ประวัติการตรวจหาไข่พยาธิของสมาชิกในครอบครัว		
เคยตรวจ	44 (88.00)	38 (76.00)
เคยตรวจพบพยาธิ[1]	2 (4.55)	3 (7.89)
ช่องทางที่ได้รับข้อมูลข่าวสาร[2]		
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	50 (100.00)	50 (100.00)
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน	49 (98.00)	47 (94.00)
โทรทัศน์	45 (90.00)	33 (66.00)
กำนันหรือผู้นำชุมชน	36 (72.00)	18 (36.00)
วิทยุชุมชน	39 (78.00)	25 (50.00)
Line	41 (82.00)	28 (56.00)
Facebook	42 (84.00)	28 (56.00)
YouTube	39 (78.00)	30 (60.00)
TikTok	35 (70.00)	24 (48.00)
ช่องทางอื่น ๆ	35 (70.00)	23 (48.00)[3]

หมายเหตุ: [1] ร้อยละคำนวณจากจำนวนผู้ที่เคยตรวจหาไข่พยาธิในแต่ละกลุ่ม [2] ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ [3]

2. การเปรียบเทียบผลลัพธ์ก่อนและหลังทดลองภายในกลุ่ม

ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพทั้ง 6 องค์ประกอบ การมีส่วนร่วมของชุมชน และพฤติกรรมการป้องกันโรคสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทุกด้าน ($p < 0.001$) โดยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคเพิ่มขึ้นมากที่สุด 6.56 คะแนน (adjusted mean difference = 6.56; 95% CI: 5.34–7.78) รองลงมาคือการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ซึ่งเพิ่มขึ้น 4.54 คะแนน (adjusted mean difference = 4.54; 95% CI: 3.68–5.40)

สำหรับกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่าคะแนนด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติและการรู้เท่าทันสื่อเพิ่มขึ้นจากก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยเพิ่มขึ้น 1.32 คะแนน (95% CI: 0.48–2.16; $p = 0.0015$) และ 1.72 คะแนน (95% CI: 0.85–2.59; $p < 0.001$) ตามลำดับ ส่วนคะแนนด้านอื่นไม่แตกต่างจากก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยผลลัพธ์ก่อนและหลังทดลองภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

กลุ่ม/ผลลัพธ์	ก่อนทดลอง Mean ± SD	หลังทดลอง Mean ± SD	Adj. MD	95% CI	p-value
กลุ่มทดลอง (n = 50)					
ความรู้	6.58 ± 1.75	8.28 ± 1.28	1.70	1.09–2.31	< 0.001
การเข้าถึงข้อมูล	14.16 ± 2.48	18.70 ± 1.72	4.54	3.68–5.40	< 0.001
การสื่อสาร	16.06 ± 2.50	18.44 ± 1.88	2.38	1.50–3.25	< 0.001
การตัดสินใจ	16.80 ± 1.86	19.38 ± 1.23	2.58	1.98–3.18	< 0.001
การรู้เท่าทันสื่อ	16.48 ± 2.36	18.54 ± 1.89	2.06	1.21–2.91	< 0.001
การจัดการตนเอง	15.48 ± 1.79	19.16 ± 1.36	3.68	3.04–4.32	< 0.001
การมีส่วนร่วมของชุมชน	34.54 ± 2.29	38.80 ± 2.84	4.26	3.26–5.26	< 0.001
พฤติกรรมการป้องกันโรค	35.40 ± 4.01	41.96 ± 1.97	6.56	5.34–7.78	< 0.001
กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 50)					
ความรู้	7.16 ± 1.74	6.96 ± 1.93	−0.20	−0.84–0.44	0.5155
การเข้าถึงข้อมูล	15.80 ± 3.23	16.14 ± 2.89	0.34	−0.79–1.47	0.5313
การสื่อสาร	16.58 ± 2.14	16.26 ± 2.34	−0.32	−1.13–0.49	0.4106
การตัดสินใจ	16.38 ± 1.94	17.70 ± 2.39	1.32	0.48–2.16	0.0015
การรู้เท่าทันสื่อ	15.20 ± 1.85	16.92 ± 2.39	1.72	0.85–2.59	< 0.001
การจัดการตนเอง	15.82 ± 2.09	16.56 ± 2.30	0.74	−0.11–1.59	0.0715
การมีส่วนร่วมของชุมชน	35.18 ± 2.02	34.84 ± 2.19	−0.34	−1.17–0.49	0.3938
พฤติกรรมการป้องกันโรค	36.44 ± 3.68	36.62 ± 3.16	0.18	−1.21–1.57	0.7871

3. การเปรียบเทียบผลลัพธ์ภายหลังทดลองระหว่างกลุ่ม

ก่อนทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนด้านการเข้าถึงข้อมูลและการรู้เท่าทันสื่อแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนผลลัพธ์ด้านอื่นไม่แตกต่างกัน ภายหลังปรับด้วยคะแนนก่อนทดลอง เพศ อายุ ระดับการศึกษา ประวัติการอบรมเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ และประวัติการตรวจหาไข่พยาธิ พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนหลังทดลองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทุกผลลัพธ์ ($p < 0.05$) พฤติกรรมการป้องกันโรคมีความแตกต่างระหว่างกลุ่มมากที่สุด โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 5.82 คะแนน (adjusted mean difference = 5.82; 95% CI: 4.64–7.01; $p < 0.001$) รองลงมาคือการมีส่วนร่วมของชุมชน ซึ่งสูงกว่า 4.14 คะแนน (adjusted mean difference = 4.14; 95% CI: 3.08–5.19; $p < 0.001$) ส่วนคะแนนด้านความรู้ การเข้าถึงข้อมูล การสื่อสาร การตัดสินใจ การรู้เท่าทันสื่อ และการจัดการตนเองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 1.22, 3.41, 2.24, 1.24, 1.82 และ 2.81 คะแนน ตามลำดับ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภายหลังทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบหลังปรับตัวแปรกวน

ผลลัพธ์	กลุ่มทดลอง Mean ± SD	กลุ่มเปรียบเทียบ Mean ± SD	Adj. MD	95% CI	p-value
ความรู้	8.28 ± 1.28	6.96 ± 1.93	1.22	0.61–1.84	< 0.001
การเข้าถึงข้อมูล	18.70 ± 1.72	16.14 ± 2.89	3.41	2.58–4.23	< 0.001
การสื่อสาร	18.44 ± 1.88	16.26 ± 2.34	2.24	1.38–3.09	< 0.001
การตัดสินใจ	19.38 ± 1.23	17.70 ± 2.39	1.24	0.43–2.05	0.0017
การรู้เท่าทันสื่อ	18.54 ± 1.89	16.92 ± 2.39	1.82	0.83–2.81	< 0.001
การจัดการตนเอง	19.16 ± 1.36	16.56 ± 2.30	2.81	2.01–3.63	< 0.001
การมีส่วนร่วมของชุมชน	38.80 ± 2.84	34.84 ± 2.19	4.14	3.08–5.19	< 0.001
พฤติกรรมการป้องกันโรค	41.96 ± 1.97	36.62 ± 3.16	5.82	4.64–7.01	< 0.001

หมายเหตุ: แบบจำลองปรับด้วยคะแนนก่อนทดลอง เพศ อายุ ระดับการศึกษา ประวัติการอบรมเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ และประวัติการตรวจหาไข่พยาธิ; Adj. MD = adjusted mean difference; CI = confidence interval

อภิปรายผล

ผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐานที่กำหนด โดยภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพทั้ง 6 องค์ประกอบ การมีส่วนร่วมของชุมชน และพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับสูงกว่าก่อนทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ประเด็นสำคัญอภิปรายได้ดังนี้

1. ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ

ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ การเข้าถึงข้อมูล การสื่อสาร การตัดสินใจ การรู้เท่าทันสื่อ และการจัดการตนเองสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทุกด้าน เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มภายหลังปรับคะแนนก่อนทดลองและตัวแปรกวนแล้ว กลุ่มทดลองยังมีคะแนน

ความรอบรู้ด้านสุขภาพทุกองค์ประกอบสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ข้อค้นพบดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมมีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงของความรอบรู้ด้านสุขภาพหลายองค์ประกอบ มิได้จำกัดอยู่เพียงการเพิ่มความรู้เกี่ยวกับโรคและปัจจัยเสี่ยงเท่านั้น

ผลที่พบอาจอธิบายได้จากการออกแบบกิจกรรมที่ครอบคลุมการเรียนรู้หลายลักษณะ ได้แก่ การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและพฤติกรรมเสี่ยง การฝึกค้นหาและเลือกใช้แหล่งข้อมูลที่น่าเชื่อถือ การสื่อสารกับบุคลากรสุขภาพ การตรวจสอบข้อมูลจากสื่อ การฝึกตัดสินใจเมื่อเผชิญสถานการณ์เสี่ยง และการกำหนดแนวทางจัดการพฤติกรรมของตนเอง กิจกรรมดังกล่าวเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมฝึกใช้ข้อมูลในสถานการณ์ที่ใกล้เคียงกับชีวิตประจำวัน จึงอาจช่วยพัฒนาทั้งความเข้าใจ ทักษะการสื่อสาร การพิจารณาข้อมูลอย่างมีวิจารณญาณ และการนำข้อมูลไปใช้ประกอบการตัดสินใจด้านสุขภาพ

การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นสอดคล้องกับแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพของ Nutbeam (2008) ซึ่งครอบคลุมความรอบรู้ระดับเชิงหน้าที่ เชิงปฏิสัมพันธ์ และเชิงวิพากษ์ กล่าวคือ การเพิ่มความรู้และความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลสนับสนุนการทำความเข้าใจข้อมูลสุขภาพ ขณะที่การสื่อสารและการจัดการตนเองช่วยให้บุคคลแลกเปลี่ยนข้อมูลและนำความรู้ไปใช้ในชีวิตประจำวัน ส่วนการตัดสินใจและการรู้เท่าทันสื่อช่วยส่งเสริมการประเมินข้อมูลและการเลือกปฏิบัติอย่างเหมาะสม ทั้งยังสอดคล้องกับกรอบของ Sørensen และคณะ (2012) ที่อธิบายความรอบรู้ด้านสุขภาพผ่านความสามารถในการเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน และประยุกต์ใช้ข้อมูลสุขภาพ

ผลการศึกษายังเป็นไปในทิศทางเดียวกับการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของ Walters และคณะ (2020) ซึ่งพบว่าการแทรกแซงด้านความรอบรู้ด้านสุขภาพสามารถช่วยพัฒนาความรอบรู้และผลลัพธ์ด้านพฤติกรรมได้ และสอดคล้องกับ Khamrin และคณะ (2021) ที่พบความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และพฤติกรรมสุขภาพ นอกจากนี้ ยังสนับสนุนผลการศึกษาของศศิธร เจริญประเสริฐ และคณะ (2565) ซึ่งรายงานว่าการใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์ช่วยเพิ่มความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ การศึกษาครั้งนี้เพิ่มเติมจากงานดังกล่าวโดยพัฒนาทักษะด้านการเข้าถึงข้อมูล การสื่อสาร การตัดสินใจ การรู้เท่าทันสื่อ และการจัดการตนเองร่วมด้วย นัยสำคัญต่อการนำไปใช้คือ การดำเนินงานป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับควรจัดกิจกรรมให้ประชาชนได้ฝึกใช้ข้อมูลและตัดสินใจในสถานการณ์จริงควบคู่กับการให้ความรู้เกี่ยวกับโรค

2. การมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ

ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการมีส่วนร่วมของชุมชนสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มหลังปรับคะแนนก่อนทดลองและตัวแปรกวนแล้ว พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 4.14 คะแนน ข้อค้นพบนี้สะท้อนว่าโปรแกรมที่เปิดโอกาสให้ประชาชนและผู้เกี่ยวข้องในชุมชนเข้ามามีบทบาทอาจช่วยส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับได้

การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวอาจเกิดจากโปรแกรมไม่ได้จำกัดอยู่เพียงการให้ความรู้แก่ประชาชนเป็นรายบุคคล แต่ใช้กระบวนการเรียนรู้ร่วมกัน โดยมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้นำชุมชน บุคลากรสุขภาพ และประชาชนกลุ่มเสี่ยงร่วมดำเนินกิจกรรม การเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมแลกเปลี่ยนประสบการณ์ วิเคราะห์พฤติกรรมเสี่ยง และร่วมกำหนด

แนวทางป้องกันโรคที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ อาจทำให้ผู้เข้าร่วมตระหนักถึงบทบาทของตนเองและเกิดความรับผิดชอบร่วมต่อปัญหาสุขภาพของชุมชน

ผลการศึกษาสอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของ Haldane และคณะ (2019) ซึ่งพบว่าการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาดำเนินการ และประเมินบริการสุขภาพสามารถเพิ่มความรู้ ความตระหนัก ศักยภาพ และความสามารถในการพึ่งตนเองของชุมชน นอกจากนี้ การใช้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นผู้เชื่อมประสานระหว่างหน่วยบริการ ครอบครัว และชุมชน ยังสอดคล้องกับบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขในระบบสาธารณสุขมูลฐานของประเทศไทย (Rakue et al., 1998)

การมีส่วนร่วมของชุมชนมีความสำคัญต่อการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ เนื่องจากพฤติกรรมบริโภคปลาน้ำจืดแบบดิบหรือสุก ๆ ดิบ ๆ เกี่ยวข้องกับความเคยชิน วัฒนธรรมอาหาร ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว และบรรทัดฐานของชุมชน การดำเนินงานที่มุ่งเปลี่ยนแปลงเฉพาะความรู้หรือพฤติกรรมของบุคคลจึงอาจไม่เพียงพอ การให้สมาชิกชุมชนร่วมวิเคราะห์ปัญหา กำหนดแนวทาง และติดตามการดำเนินงานอาจช่วยให้มาตรการป้องกันโรคสอดคล้องกับบริบทและได้รับการยอมรับมากขึ้น ดังนั้น รพ.สต. และหน่วยบริการปฐมภูมิอาจประยุกต์กระบวนการดังกล่าวโดยใช้อาสาสมัครสาธารณสุขและผู้นำชุมชนเป็นผู้สนับสนุนการเรียนรู้และติดตามพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง

3. พฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ

ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคสูงกว่าก่อนทดลอง 6.56 คะแนน และเมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มหลังปรับคะแนนก่อนทดลองและตัวแปรกวนแล้ว กลุ่มทดลองมีคะแนนสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 5.82 คะแนน ขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนพฤติกรรมไม่แตกต่างจากก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ข้อค้นพบนี้แสดงให้เห็นว่าการเปลี่ยนแปลงในกลุ่มทดลองมิได้เกิดขึ้นเฉพาะด้านความรู้และทักษะการใช้ข้อมูล แต่ครอบคลุมถึงพฤติกรรมการป้องกันโรคที่ผู้เข้าร่วมรายงานด้วย

ผลดังกล่าวอาจอธิบายได้จากการเชื่อมโยงการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพเข้ากับการสนับสนุนของชุมชน ผู้เข้าร่วมไม่ได้รับเพียงข้อมูลเกี่ยวกับอันตรายของการบริโภคปลาดิบ แต่ได้ฝึกค้นหาและตรวจสอบข้อมูล ประเมินสถานการณ์เสี่ยง ตัดสินใจเลือกแนวทางปฏิบัติ และกำหนดวิธีจัดการพฤติกรรมของตนเอง ขณะเดียวกัน การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุข ผู้นำชุมชน และสมาชิกในชุมชนอาจช่วยเสริมแรงทางสังคมและสนับสนุนให้มีการนำทักษะไปใช้ในชีวิตประจำวัน

แนวทางดังกล่าวเหมาะสมกับบริบทของโรคพยาธิใบไม้ตับ เนื่องจากพฤติกรรมเสี่ยงเกี่ยวข้องกับความเคยชินและวัฒนธรรมการบริโภคอาหาร การเพิ่มความรู้เพียงอย่างเดียวอาจไม่เพียงพอต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (ถาวร ทุมสะกะ และสุชาดา ภัยหลีกลี้, 2558; Perakanya et al., 2022) ผลการศึกษายังสอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมของ Walters และคณะ (2020) ซึ่งรายงานว่าการแทรกแซงด้านความรอบรู้ด้านสุขภาพสามารถช่วยปรับปรุงผลลัพธ์เชิงพฤติกรรมได้ โดยเฉพาะกิจกรรมที่มิได้มุ่งให้ข้อมูลเพียงอย่างเดียว แต่ส่งเสริมความสามารถในการประเมินและนำข้อมูลไปใช้

อย่างไรก็ตาม กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนก่อนทดลองบางด้านแตกต่างกัน เนื่องจากการศึกษานี้ไม่ได้สุ่มผู้เข้าร่วมเข้ากลุ่มเป็นรายบุคคล ผู้วิจัยจึงใช้การวิเคราะห์ถดถอยเชิงเส้นพหุตัวแปรเพื่อปรับคะแนนก่อนทดลองและตัวแปรพื้นฐาน

ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ประวัติการอบรมเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ และประวัติการตรวจหาไข่พยาธิ ภายหลังการปรับตัวแปรดังกล่าว กลุ่มทดลองยังมีคะแนนผลลัพธ์ทุกด้านสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การวิเคราะห์นี้ช่วยลดผลของความแตกต่างพื้นฐานระหว่างกลุ่ม แต่ไม่สามารถขจัดอิทธิพลของปัจจัยกวนที่ยังหลงเหลือหรือไม่ได้วัดได้ทั้งหมด จึงควรตีความผลตามข้อจำกัดของรูปแบบการวิจัยกึ่งทดลอง

โดยสรุป ผลการศึกษาสนับสนุนว่าโปรแกรมที่บูรณาการการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพกับการมีส่วนร่วมของชุมชนอาจนำไปประยุกต์ใช้ในการดำเนินงานป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในระดับปฐมภูมิได้ โดยควรปรับกิจกรรมให้สอดคล้องกับวัฒนธรรมอาหาร ทรัพยากร และกลไกชุมชนของแต่ละพื้นที่ พร้อมประเมินผลก่อนพิจารณาขยายการดำเนินงานในวงกว้าง

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 หน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่เสี่ยงอาจทดลองประยุกต์ใช้กิจกรรมพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพร่วมกับกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยปรับเนื้อหา รูปแบบกิจกรรม และช่องทางการสื่อสารให้สอดคล้องกับวัฒนธรรมอาหารและทรัพยากรของแต่ละพื้นที่ พร้อมประเมินผลก่อนพิจารณาขยายการดำเนินงาน

1.2 ควรสนับสนุนบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการสื่อสารข้อมูล ติดตามพฤติกรรมเสี่ยง และเสริมพลังแก่ประชาชน โดยกำหนดบทบาท ภาระงาน เครื่องมือสนับสนุน และระบบกำกับติดตามให้เหมาะสมกับศักยภาพและบริบทการดำเนินงานของพื้นที่

2. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรติดตามผลในระยะ 6 และ 12 เดือน เพื่อประเมินความคงอยู่ของความรอบรู้ด้านสุขภาพ การมีส่วนร่วมของชุมชน และพฤติกรรมการป้องกันโรค รวมทั้งพิจารณาตรวจหาไข่พยาธิในอุจจาระก่อนและหลังดำเนินการ เพื่อประเมินผลลัพธ์ทางชีวภาพของโปรแกรม

2.2 ควรใช้แบบแผนการวิจัยที่ช่วยเพิ่มความสมมูลระหว่างกลุ่ม เช่น การสุ่มพื้นที่จำนวนมากขึ้นหรือการจับคู่พื้นที่ตามคุณลักษณะสำคัญ และอาจเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพหรือวิเคราะห์องค์ประกอบของโปรแกรมเพิ่มเติม เพื่ออธิบายกลไกและเงื่อนไขที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

เอกสารอ้างอิง

กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2562). *แนวทางการดำเนินงานโครงการกำจัดพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีถวายเป็นพระราชกุศลฯ*. สำนักโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค.

เกษร แถวโนนงิ้ว, ไพบูลย์ สิทธิถาวร, ศศิธร ตั้งสวัสดิ์, เสรี สิงห์ทอง, นิตยา ชุดไธสง, และวราลักษณ์ ตังคณะกุล. (2559). อุบัติการณ์และการติดเชื้อซ้ำโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชนของภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบนประเทศไทย. *วารสารวิชาการสาธารณสุข, 25*(3), 370–379. https://thaidj.org/index.php/JHS/article/view/266

ถาวร ทุมสะกะ, และสุชาดา ภัยหลีกลี้. (2558). ความรู้ ความเชื่อและพฤติกรรมที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชน. *วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 3*(4), 481–494.

รจนารถ ชูใจ, ชลธิชา บุญศิริ, และกมลพร แพทย์ชีพ. (2564). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคโควิด-19 ต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลดอนตะโก อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้, 8*(1), 250–262. https://he01.tci-thaijo.org/index.php/scnet/article/view/245346

วรวุฒิ นามวงศ์, นพรัตน์ ส่งเสริม, และอรอนงค์ บุรีเลิศ. (2562). ความชุกและพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับซ้ำของประชาชนจังหวัดศรีสะเกษ. *วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี, 8*(2), 13–20.

วันชัย เหล่าเสถียรกิจ, ศศิธร เจริญประเสริฐ, กันยารัตน์ เหล่าเสถียรกิจ, พุทธิไกร ประมวล, และศักรินทร์ บุญประสงค์. (2562). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการบริโภคปลาดิบ–สุก ๆ ดิบ ๆ ของประชาชนจังหวัดศรีสะเกษ ปี 2559. *วารสารวิชาการสาธารณสุข, 28*(6), 974–985. https://thaidj.org/index.php/JHS/article/view/8325

ศศิธร เจริญประเสริฐ, ณัฐพันธ์ จันสมุทร, และพุทธิไกร ประมวล. (2565). ปัจจัยที่มีผลต่อการติดเชื้อซ้ำโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนจังหวัดศรีสะเกษและประสิทธิผลของการใช้ E-Book ในการเพิ่มความรู้และทัศนคติในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ. *วารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพศรีสะเกษ, 1*(1), 16–28.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ. (2560). *รายงานการสำรวจความชุกโรคพยาธิใบไม้ตับ จังหวัดศรีสะเกษ*.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ. (2563). *รายงานสถานการณ์โรคมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดี จังหวัดศรีสะเกษ*.

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอขุขันธ์. (2563). *รายงานผลการตรวจหาความชุกการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในอำเภอขุขันธ์*. †

อรุณ จิรวัฒน์กุล. (2551). *ชีวสถิติสำหรับงานวิจัยด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ* (พิมพ์ครั้งที่ 3). ภาควิชาชีวสถิติและประชากรศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

อังษณา ยศปัญญา, สุพรรณ สายหลักคำ, บุญจันทร์ จันทร์มหา, และเกษร แถวโนนงิ้ว. (2558). ความชุกและปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ จังหวัดเลย ปี 2556. *วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดขอนแก่น, 22*(1), 89–97.

Best, J. W. (1981). *Research in education* (4th ed.). Prentice-Hall.

Bloom, B. S., Hastings, J. T., & Madaus, G. F. (1971). *Handbook on formative and summative evaluation of student learning*. McGraw-Hill.

Haldane, V., Chuah, F. L. H., Srivastava, A., Singh, S. R., Koh, G. C. H., Seng, C. K., & Legido-Quigley, H. (2019). Community participation in health services development, implementation, and evaluation: A systematic review of empowerment, health, community, and process outcomes. *PLOS ONE, 14*(5), Article e0216112. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0216112

International Agency for Research on Cancer. (2012). *Biological agents* (IARC monographs on the evaluation of carcinogenic risks to humans, Vol. 100B). https://publications.iarc.who.int/119

Kaewpitoon, N., Kaewpitoon, S. J., & Pengsaa, P. (2008). Opisthorchiasis in Thailand: Review and current status. *World Journal of Gastroenterology, 14*(15), 2297–2302. https://doi.org/10.3748/wjg.14.2297

Khamrin, P., Boonyathee, S., Bootsikeaw, S., Ong-Artborirak, P., & Seangpraw, K. (2021). Factors associated with health literacy, self-efficacy, social support, and oral health care behaviors among elderly in northern border community Thailand. *Clinical Interventions in Aging, 16*, 1427–1437. https://doi.org/10.2147/CIA.S320900

Nutbeam, D. (2008). The evolving concept of health literacy. *Social Science & Medicine, 67*(12), 2072–2078. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.09.050

Perakanya, P., Ungcharoen, R., Worrabannakorn, S., Ongarj, P., Artchayasawat, A., Boonmars, T., & Boueroy, P. (2022). Prevalence and risk factors of *Opisthorchis viverrini* infection in Sakon Nakhon Province, Thailand. *Tropical Medicine and Infectious Disease, 7*(10), Article 313. https://doi.org/10.3390/tropicalmed7100313

Prueksapanich, P., Piyachaturawat, P., Aumpansub, P., Ridtitid, W., Chaiteerakij, R., & Rerknimitr, R. (2018). Liver fluke-associated biliary tract cancer. *Gut and Liver, 12*(3), 236–245. https://doi.org/10.5009/gnl17102

Rakue, Y., Panasoponkul, C., Suthienkul, O., & Radomyos, P. (1998). Overview reflection of primary health care in Thailand supported from 1976 to 1996 by Japan-Thailand partnership. *Southeast Asian Journal of Tropical Medicine and Public Health, 29*(3), 622–627. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10437969/

Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., Brand, H., & (HLS-EU) Consortium Health Literacy Project European. (2012). Health literacy and public

health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health, 12*, Article 80. https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80

Walters, R., Leslie, S. J., Polson, R., Cusack, T., & Gorely, T. (2020). Establishing the efficacy of I nterventions to improve health literacy and health behaviours: A systematic review. *BMC Public Health, 20*, Article 1040. https://doi.org/10.1186/s12889-020-08991-0

วารสารวิชาการเพื่อการพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิและสาธารณสุข
Academic Journal for Primary Care and Public Health Development

ประสิทธิผลของโปรแกรมเสริมสร้างความรู้และทักษะการแพทย์ฉุกเฉินของอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์ จังหวัดกระบี่

Effectiveness of an Emergency Medical Knowledge and Skills Enhancement Program for Emergency Medical Volunteers in Krabi Province

ศรัญยา โชคไพศาล
Saranya Chokpaisarn
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกระบี่

(Received: August, 15 2026; Accepted: August, 30 2026)

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความรู้ ทัศนคติ และทักษะการแพทย์ฉุกเฉินของอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์ จังหวัดกระบี่ ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างจำนวน 40 คน คัดเลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนด ได้รับโปรแกรมระยะเวลา 8 สัปดาห์ เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วยโปรแกรมเสริมสร้างความรู้และทักษะการแพทย์ฉุกเฉิน แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบทดสอบความรู้ แบบประเมินทัศนคติ และแบบประเมินทักษะ โดยแบบทดสอบความรู้มีค่าความเชื่อมั่น KR-20 เท่ากับ .78 แบบประเมินทัศนคติมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .88 และแบบประเมินทักษะมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ภายในชั้นเท่ากับ .86 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติ Wilcoxon signed-rank test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

ผลการวิจัยพบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้เฉลี่ยเพิ่มจาก 8.85 (SD = 1.21) เป็น 10.90 (SD = 1.53) คะแนนทัศนคติเฉลี่ยเพิ่มจาก 38.08 (SD = 2.75) เป็น 41.75 (SD = 2.79) และคะแนนทักษะเฉลี่ยเพิ่มจาก 15.20 (SD = 2.34) เป็น 21.05 (SD = 2.75) โดยคะแนนหลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทุกด้าน ($p < .001$) ผลการศึกษาเป็นข้อมูลประกอบการพัฒนาการอบรมอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์ในพื้นที่ อย่างไรก็ตาม ควรศึกษาร่วมกับกลุ่มเปรียบเทียบและติดตามผลระยะยาวเพื่อยืนยันผลของโปรแกรมและความคงอยู่ของความรู้และทักษะ

คำสำคัญ: อาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์, การแพทย์ฉุกเฉิน, ความรู้และทักษะ

Abstract

This quasi-experimental study used a one-group pretest–posttest design to compare emergency medical knowledge, attitudes, and skills among emergency medical responders in Krabi Province before and after participation in a training program. Forty participants were purposively selected according to the eligibility criteria and received an eight-week program. Research instruments included the emergency medical knowledge and skills enhancement program, a demographic questionnaire, a knowledge test, an attitude assessment, and a skills assessment. The knowledge test had a Kuder–Richardson 20 reliability coefficient of .78, the attitude assessment had a Cronbach's alpha coefficient of .88, and the skills assessment had an intraclass correlation coefficient of .86. Data were analyzed using frequencies, percentages, means, standard deviations, and the Wilcoxon signed-rank test, with statistical significance set at .05.

The results showed that mean knowledge scores increased from 8.85 (SD = 1.21) to 10.90 (SD = 1.53), mean attitude scores increased from 38.08 (SD = 2.75) to 41.75 (SD = 2.79), and mean skills scores increased from 15.20 (SD = 2.34) to 21.05 (SD = 2.75). Post-intervention scores were significantly higher than pre-intervention scores in all three domains ($p < .001$). These findings may inform the development of training for emergency medical responders in the study area. However, further studies incorporating a comparison group and long-term follow-up are needed to confirm the program's effects and assess the retention of knowledge and skills.

Keywords: emergency medical responders, emergency medical services, knowledge and skills

บทนำ

ภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์และการบาดเจ็บเป็นปัญหาสำคัญของระบบสุขภาพ เนื่องจากผู้ป่วยหรือผู้บาดเจ็บจำเป็นต้องได้รับการประเมินและช่วยเหลืออย่างรวดเร็ว ถูกต้อง และเหมาะสม โดยเฉพาะภาวะหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลัน ภาวะทางเดินหายใจอุดกั้น และการบาดเจ็บรุนแรง องค์การอนามัยโลกรายงานในรายงานสถานการณ์ความปลอดภัยทางถนน พ.ศ. 2566 ว่า อุบัติเหตุทางถนนทำให้มีผู้เสียชีวิตทั่วโลกประมาณ 1.19 ล้านคนต่อปี และเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตในเด็กและคนหนุ่มสาวอายุ 5–29 ปี (World Health Organization, 2023) สถานการณ์ดังกล่าวสะท้อนความจำเป็นในการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล รวมถึงความพร้อมของผู้ให้การช่วยเหลือเบื้องต้นในระดับพื้นที่

ประเทศไทยมีระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่เชื่อมโยงการรับแจ้งเหตุ การสั่งการ การปฏิบัติการ ณ จุดเกิดเหตุ และการนำส่งผู้ป่วยไปยังสถานพยาบาล โดยมีหมายเลข 1669 เป็นช่องทางสำคัญในการรับแจ้งเหตุฉุกเฉินและประสานการช่วยเหลือ (National Institute for Emergency Medicine, n.d.) การดำเนินงานของระบบดังกล่าวอาศัยความร่วมมือระหว่างบุคลากร

วิชาชีพ หน่วยปฏิบัติการฉุกเฉิน และเครือข่ายระดับพื้นที่ อาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์จึงเป็นกลุ่มเป้าหมายสำคัญของการพัฒนาศักยภาพด้านการประเมินสถานการณ์ การแจ้งเหตุ และการช่วยเหลือเบื้องต้นภายในขอบเขตบทบาทของตนเอง

การพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์ควรครอบคลุมทั้งความรู้และทักษะปฏิบัติ โดยจัดเนื้อหาให้สัมพันธ์กับสถานการณ์ที่อาจพบในการปฏิบัติงาน เช่น การประเมินผู้ป่วยเบื้องต้น การช่วยฟื้นคืนชีพ การเปิดทางเดินหายใจ การช่วยเหลือภาวะทางเดินหายใจอุดกั้น และการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย นอกจากนี้ ทัศนคติต่อการปฏิบัติงานเป็นอีกองค์ประกอบที่ควรประเมินร่วมกับความรู้และทักษะ เพื่อสะท้อนการเปลี่ยนแปลงของผู้เข้าร่วมโปรแกรมอย่างรอบด้าน ทั้งนี้ การประเมินทัศนคติควรแยกจากการประเมินความเชื่อมั่นหรือการรับรู้สมรรถนะแห่งตน เนื่องจากเป็นแนวคิดที่มีขอบเขตการวัดแตกต่างกัน

การออกแบบกิจกรรมสำหรับอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์สามารถประยุกต์หลักการเรียนรู้ของผู้ใหญ่ ซึ่งให้ความสำคัญกับความจำเป็นของสิ่งที่เรียน ประสบการณ์เดิม การมีส่วนร่วม และการนำความรู้ไปใช้แก้ปัญหาในสถานการณ์จริง (Knowles, 1980; Knowles et al., 2015) ร่วมกับแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของ Bandura (1977, 1997) ที่อธิบายบทบาทของประสบการณ์ความสำเร็จ การเรียนรู้จากตัวแบบ การได้รับคำแนะนำหรือแรงสนับสนุน และสภาวะทางร่างกายและอารมณ์ต่อความเชื่อมั่นในความสามารถของบุคคล แนวคิดเหล่านี้ใช้เป็นพื้นฐานในการจัดกิจกรรมสาธิต ฝึกปฏิบัติ และให้ข้อมูลป้อนกลับ โดยการนำทฤษฎีมาใช้ในการออกแบบกิจกรรมไม่ได้หมายความว่าการศึกษานี้ได้วัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนโดยตรง

การฝึกด้วยสถานการณ์จำลองช่วยเปิดโอกาสให้ผู้เรียนประยุกต์ความรู้ ฝึกปฏิบัติซ้ำ และรับข้อมูลป้อนกลับในสภาพแวดล้อมที่ควบคุมได้ Issenberg et al. (2005) รายงานจากการทบทวนอย่างเป็นระบบว่าการให้ข้อมูลป้อนกลับ การฝึกซ้ำ และการบูรณาการสถานการณ์จำลองเข้ากับหลักสูตรเป็นองค์ประกอบสำคัญที่สนับสนุนการเรียนรู้ด้านการแพทย์ หลักฐานดังกล่าวเป็นพื้นฐานในการออกแบบโปรแกรมครั้งนี้ให้ประกอบด้วยการเรียนรู้เนื้อหา การสาธิต การฝึกปฏิบัติ และการฝึกด้วยสถานการณ์จำลอง อย่างไรก็ตาม ผลของการประยุกต์ใช้ในอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์ยังต้องประเมินภายในบริบทของกลุ่มเป้าหมายที่ศึกษา

จังหวัดกระบี่มีบริบทเป็นจังหวัดท่องเที่ยวชายฝั่ง ประกอบด้วยพื้นที่เมือง ชุมชนชนบท และพื้นที่เกาะ การจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉินจึงต้องคำนึงถึงลักษณะพื้นที่และการประสานความช่วยเหลือระหว่างหน่วยงาน อาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์เป็นส่วนหนึ่งของเครือข่ายที่สนับสนุนการช่วยเหลือเบื้องต้นและการเชื่อมต่อกับระบบบริการ อย่างไรก็ตาม การระบุปัญหาความรู้หรือทักษะของอาสาสมัครในพื้นที่จำเป็นต้องอาศัยหลักฐานเฉพาะจังหวัด ได้แก่ ความถูกต้องของลำดับขั้นตอนการช่วยฟื้นคืนชีพ การประเมินผู้ป่วยเบื้องต้น และการสื่อสารข้อมูลสำคัญแก่ศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ นอกจากนี้ การทบทวนการจัดฝึกอบรมเดิมพบว่า กิจกรรมส่วนใหญ่เน้นการบรรยายและการสาธิต ขณะที่โอกาสฝึกปฏิบัติรายบุคคล การฝึกซ้ำ และการได้รับข้อมูลป้อนกลับยังมีข้อจำกัด ข้อมูลดังกล่าวสะท้อนความจำเป็นในการพัฒนาโปรแกรมที่เชื่อมโยงความรู้กับการฝึกปฏิบัติอย่างเป็นระบบ และประเมินการเปลี่ยนแปลงก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม

ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยจึงศึกษาประสิทธิผลในการเสริมสร้างความรู้และทักษะการแพทย์ฉุกเฉินของ

อาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์ จังหวัดกระบี่ โดยเปรียบเทียบคะแนนความรู้ ทัศนคติ และทักษะปฏิบัติก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมระยะเวลา 8 สัปดาห์ ผลการศึกษาจะใช้เป็นข้อมูลประกอบการปรับปรุงกิจกรรมฝึกอบรมให้เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายและบริบทพื้นที่

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้ ทักษะปฏิบัติ และทัศนคติต่อการปฏิบัติงานด้านการแพทย์ฉุกเฉินของอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์จังหวัดกระบี่ ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างความรู้และทักษะการแพทย์ฉุกเฉิน

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง (One-group pretest–posttest design) ระยะเวลา 8 สัปดาห์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ คือ อาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์ที่ปฏิบัติงานหรือมีส่วนร่วมในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัดกระบี่ จำนวน 584 คน ครอบคลุมพื้นที่ 8 อำเภอ และหน่วยบริการระดับโรงพยาบาลหรือระดับจังหวัด คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรม G*Power สำหรับการเปรียบเทียบคะแนนก่อนและหลังในกลุ่มเดียว กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 อำนาจการทดสอบเท่ากับ .80 และขนาดอิทธิพลระดับปานกลางเท่ากับ .50 (Faul et al., 2007) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างขั้นต่ำ 34 คน ผู้วิจัยจึงเพิ่มจำนวนเป็น 40 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลระหว่างการศึกษา

ผู้วิจัยแบ่งประชากรตามพื้นที่ปฏิบัติงาน และจัดสรรจำนวนกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนของอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์ในแต่ละพื้นที่ จากนั้นคัดเลือกผู้เข้าร่วมแบบเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนด ประกอบด้วย อำเภอเมืองกระบี่ 11 คน หน่วยบริการระดับโรงพยาบาลหรือระดับจังหวัด 8 คน อำเภอเหนือคลอง 6 คน อำเภอเขาพนม 4 คน อำเภออ่าวลึก 3 คน อำเภอปลายพระยา 2 คน อำเภอคลองท่อม 2 คน อำเภอเกาะลันตา 2 คน และอำเภอลำทับ 2 คน รวมทั้งสิ้น 40 คน การคัดเลือกดังกล่าวเป็นการคัดเลือกแบบไม่อาศัยความน่าจะเป็น

เกณฑ์คัดเข้า

1. เป็นอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์ที่มีรายชื่ออยู่ในทะเบียนของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในจังหวัดกระบี่ ปฏิบัติงานหรือมีส่วนร่วมในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัดกระบี่ในช่วงดำเนินการศึกษา
2. มีอายุ 18 ปีขึ้นไป
3. สามารถเข้าร่วมโปรแกรมระยะเวลา 8 สัปดาห์ และเข้ารับการประเมินก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมได้
4. สามารถสื่อสาร อ่าน และตอบแบบประเมินภาษาไทยได้
5. สมัครใจเข้าร่วมการวิจัยและลงนามในเอกสารแสดงความยินยอม

เกณฑ์คัดออก

1. อยู่ระหว่างเข้าร่วมการอบรมหรือโปรแกรมด้านการแพทย์ฉุกเฉินอื่นที่มีเนื้อหาใกล้เคียงกับโปรแกรมที่ศึกษา
2. มีภาวะสุขภาพหรือข้อจำกัดที่ทำให้ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมฝึกปฏิบัติได้อย่างปลอดภัย
3. ไม่สามารถเข้ารับการประเมินก่อนเริ่มโปรแกรมได้ครบถ้วน

เกณฑ์ยุติการเข้าร่วมการวิจัย

1. ผู้เข้าร่วมวิจัยขอถอนตัวจากการวิจัย

2. ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมหรือเข้ารับการประเมินหลังการทดลองได้ครบถ้วน และ

3. มีภาวะสุขภาพหรือเหตุจำเป็นที่อาจกระทบต่อความปลอดภัยของผู้เข้าร่วมวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบ่งเป็น 2 ประเภท ได้แก่ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองและเครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

โปรแกรมเสริมสร้างความรู้และทักษะการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์ จังหวัดกระบี่ ระยะเวลา 8 สัปดาห์ ประยุกต์หลักการเรียนรู้ของผู้ใหญ่ แนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการเรียนรู้ด้วยสถานการณ์จำลองเป็นพื้นฐานในการจัดกิจกรรม เนื้อหาครอบคลุมระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินและบทบาทอาสาสมัคร การแจ้งเหตุและการสื่อสารผ่านระบบ 1669 การประเมินผู้ป่วยเบื้องต้น การช่วยฟื้นคืนชีพและการใช้เครื่องกระตุกหัวใจไฟฟ้าอัตโนมัติ การปฐมพยาบาล การดามและเคลื่อนย้ายผู้ป่วย และการจัดการอุบัติเหตุหมู่หรือสาธารณภัย โดยใช้การสาธิต การฝึกปฏิบัติ การฝึกซ้ำ การให้ข้อมูลป้อนกลับ และสถานการณ์จำลอง

2. เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบทดสอบความรู้ด้านการแพทย์ฉุกเฉิน จำนวน 15 ข้อ ให้คะแนนคำตอบที่ถูกต้อง 1 คะแนน และคำตอบที่ไม่ถูกต้อง 0 คะแนน คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0–15 คะแนน คะแนนสูงหมายถึงมีความรู้ด้านการแพทย์ฉุกเฉินมาก

2.2 แบบวัดทัศนคติต่อการปฏิบัติงานด้านการแพทย์ฉุกเฉิน จำนวน 10 ข้อ เป็นมาตรประมาณค่า 5 ระดับ มีข้อคำถามเชิงบวกและเชิงลบ โดยกลับคะแนนข้อคำถามเชิงลบก่อนคำนวณคะแนนรวม คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 10–50 คะแนน คะแนนสูงหมายถึงมีทัศนคติต่อการปฏิบัติงานด้านการแพทย์ฉุกเฉินในทางบวกมาก

2.3 แบบประเมินทักษะปฏิบัติด้านการแพทย์ฉุกเฉิน จำนวน 30 ข้อ ครอบคลุมการประเมินสภาพผู้ป่วยเบื้องต้น การเปิดทางเดินหายใจ การช่วยเหลือภาวะทางเดินหายใจอุดกั้น การยกและเคลื่อนย้ายผู้ป่วย การช่วยฟื้นคืนชีพ และการจัดการอุบัติเหตุหมู่หรือสาธารณภัย ให้คะแนนตามเกณฑ์การปฏิบัติที่กำหนด คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0–30 คะแนน คะแนนสูงหมายถึงมีทักษะปฏิบัติด้านการแพทย์ฉุกเฉินถูกต้องมาก ผู้ประเมินทักษะได้รับการชี้แจงแนวทางการใช้แบบประเมินและเกณฑ์การให้คะแนนก่อนการเก็บข้อมูล เพื่อให้การประเมินเป็นไปในแนวทางเดียวกัน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลเสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน ได้แก่ แพทย์ที่มีประสบการณ์ด้านการแพทย์ฉุกเฉิน 1 คน พยาบาลที่มีประสบการณ์ด้านการพยาบาลฉุกเฉินหรือการฝึกอบรมอาสาสมัคร 1 คน และผู้เชี่ยวชาญด้านระเบียบวิธีวิจัยหรือการวัดและประเมินผล 1 คนเพื่อตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา จากนั้นนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์จังหวัดพังงา จำนวน 30 คน ซึ่งมีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างและไม่ได้เข้าร่วมการศึกษาครั้งนี้ ผลการตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือพบว่า แบบทดสอบความรู้มีค่า Kuder–Richardson 20 (KR-20) เท่ากับ 0.78 แบบวัดทัศนคติมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.88 และแบบประเมินทักษะปฏิบัติมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ภายในชั้นเท่ากับ 0.86 โดยมีช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95 เท่ากับ 0.68–0.94 (Koo & Li, 2016)

ขั้นตอนการดำเนินการทดลอง

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 40 คนเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างความรู้และทักษะการแพทย์ฉุกเฉิน ระยะเวลา 8 สัปดาห์ โดยใช้การให้ความรู้ การสาธิต การฝึกปฏิบัติ การฝึกซ้ำ และการฝึกด้วยสถานการณ์จำลอง พร้อมให้ข้อมูลป้อนกลับเพื่อปรับปรุงการปฏิบัติ ประกอบด้วยกิจกรรมดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 สร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์และรายละเอียดของโปรแกรม ประเมินความรู้ ทัศนคติ และทักษะปฏิบัติก่อนเริ่มกิจกรรม ให้ความรู้เกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน บทบาทและขอบเขตหน้าที่ของอาสาสมัคร และเปิดโอกาสให้แลกเปลี่ยนประสบการณ์และปัญหาจากการปฏิบัติงาน

สัปดาห์ที่ 2 พัฒนาทักษะการแจ้งเหตุและการสื่อสารผ่านระบบ 1669 โดยทบทวนข้อมูลสำคัญที่ต้องแจ้ง การระบุตำแหน่งจุดเกิดเหตุ และการรายงานสภาพผู้ป่วยหรือผู้บาดเจ็บ ฝึกการสื่อสารจากสถานการณ์จำลอง พร้อมให้ข้อมูลป้อนกลับด้านความครบถ้วนและความชัดเจนของข้อมูล

สัปดาห์ที่ 3 พัฒนาความรู้และทักษะการประเมินผู้ป่วยเบื้องต้น โดยสาธิตการประเมินตามขอบเขตบทบาทของอาสาสมัคร ให้ผู้เข้าร่วมฝึกปฏิบัติและทบทวนจุดที่ควรปรับปรุงร่วมกับผู้สอน

สัปดาห์ที่ 4 พัฒนาทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพและการใช้เครื่องกระตุกหัวใจไฟฟ้าอัตโนมัติ โดยสาธิตและฝึกปฏิบัติกับหุ่นจำลองและเครื่องฝึก เปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมฝึกซ้ำ พร้อมรับข้อมูลป้อนกลับตามเกณฑ์การปฏิบัติที่กำหนด

สัปดาห์ที่ 5 พัฒนาทักษะการเปิดทางเดินหายใจและการช่วยเหลือภาวะทางเดินหายใจอุดกั้น โดยให้ความรู้ สาธิต และฝึกปฏิบัติด้วยอุปกรณ์ฝึกภายใต้การกำกับของผู้สอน เน้นความถูกต้องและความปลอดภัยตามขอบเขตบทบาทของอาสาสมัคร

สัปดาห์ที่ 6 พัฒนาทักษะการปฐมพยาบาล การดาม และการยกหรือเคลื่อนย้ายผู้ป่วย โดยสาธิตการใช้อุปกรณ์และให้ผู้เข้าร่วมฝึกปฏิบัติเป็นกลุ่ม เน้นการทำงานร่วมกันและความปลอดภัยของผู้ป่วยและผู้ช่วยเหลือ พร้อมทบทวนปัญหาที่พบระหว่างการฝึก

สัปดาห์ที่ 7 พัฒนาความรู้และทักษะการสนับสนุนการจัดการอุบัติเหตุหมู่หรือสาธารณภัย โดยใช้สถานการณ์จำลองฝึกการประเมินความปลอดภัย การแจ้งเหตุ การประสานงาน และการช่วยเหลือตามบทบาทของอาสาสมัคร พร้อมอภิปรายการปฏิบัติและแนวทางปรับปรุงร่วมกัน

สัปดาห์ที่ 8 ทบทวนและบูรณาการความรู้และทักษะตลอดโปรแกรมผ่านสถานการณ์จำลอง เปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมแลกเปลี่ยนปัญหาและแนวทางแก้ไข ให้ข้อมูลป้อนกลับเพื่อปรับปรุงการปฏิบัติ และประเมินความรู้ ทัศนคติ และทักษะปฏิบัติภายหลังสิ้นสุดโปรแกรม

ระหว่างดำเนินโปรแกรม ผู้วิจัยบันทึกจำนวนชั่วโมงการเข้าร่วมกิจกรรมของแต่ละคน ติดตามความครบถ้วนของการได้รับกิจกรรม และบันทึกปัญหาหรือการปรับกิจกรรมที่เกิดขึ้น โดยกำกับการฝึกปฏิบัติให้เป็นไปตามแผนและคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้เข้าร่วม

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างวันที่ 22 ตุลาคม พ.ศ. 2568 ถึงวันที่ 17 ธันวาคม พ.ศ. 2568 ภายหลังได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัย และกลุ่มตัวอย่างได้รับคำชี้แจงพร้อมให้ความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย โดยเก็บข้อมูลจากอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์ จังหวัดกระบี่ จำนวน 40 คน จำนวน 2 ครั้ง ดังนี้

1. ครั้งที่ 1 ก่อนการทดลอง เก็บข้อมูลก่อนเริ่มโปรแกรม ประกอบด้วยข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ ประสบการณ์การปฏิบัติงาน และพื้นที่ปฏิบัติงาน รวมทั้งประเมินความรู้ ทัศนคติ และทักษะปฏิบัติด้านการแพทย์ฉุกเฉิน โดยใช้แบบทดสอบความรู้ แบบวัดทัศนคติ และแบบประเมินทักษะปฏิบัติ

2. ครั้งที่ 2 หลังการทดลอง เก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างเดิมหลังสิ้นสุดโปรแกรมระยะเวลา 8 สัปดาห์ โดยใช้แบบทดสอบความรู้ แบบวัดทัศนคติ และแบบประเมินทักษะปฏิบัติชุดเดียวกับก่อนการทดลอง ทั้งนี้ ระหว่างดำเนินโปรแกรม ผู้วิจัยบันทึกการเข้าร่วมกิจกรรมและเหตุการณ์สำคัญที่อาจส่งผลต่อการดำเนินการทดลอง

3. ภายหลังเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนและความถูกต้องก่อนบันทึกลงฐานข้อมูล โดยใช้รหัสประจำตัวเพื่อเชื่อมโยงข้อมูลก่อนและหลังการทดลอง จัดเก็บข้อมูลอย่างเป็นความลับ และนำเสนอผลการศึกษาในภาพรวมโดยไม่เปิดเผยข้อมูลที่สามารถระบุตัวบุคคลได้

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ ประสบการณ์การปฏิบัติงาน และพื้นที่ปฏิบัติงาน วิเคราะห์ด้วยจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. คะแนนความรู้ ทัศนคติ และทักษะปฏิบัติด้านการแพทย์ฉุกเฉิน นำเสนอด้วยค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ผลต่างคะแนนเฉลี่ย และช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ตรวจสอบการแจกแจงของคะแนนผลต่างด้วย Shapiro–Wilk test (Shapiro & Wilk, 1965) พบว่าคะแนนผลต่างของตัวแปรหลักมีการแจกแจงไม่เป็นปกติ จึงเปรียบเทียบคะแนนก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมด้วย Wilcoxon signed-rank test (Wilcoxon, 1945) โดยรายงานค่า Z ค่า p และขนาดอิทธิพล Cohen's dz (Cohen, 1988) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกระบี่ เลขที่หนังสือรับรอง KBO-IRB 2025/14.0910 ลงวันที่ 9 ตุลาคม พ.ศ. 2568

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเป็นอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์ จังหวัดกระบี่ จำนวน 40 คน มีอายุเฉลี่ย 35.2 ปี (SD = 8.2) อายุระหว่าง 22–53 ปี และมีประสบการณ์การปฏิบัติงานเฉลี่ย 7.6 ปี (SD = 4.2) กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดได้รับการประเมินครบทั้งก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ไม่พบผู้ถอนตัวระหว่างการศึกษา

2. การเปรียบเทียบคะแนนความรู้ ทัศนคติ และทักษะปฏิบัติก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม

ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมระยะเวลา 8 สัปดาห์ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้ ทัศนคติ และทักษะปฏิบัติด้านการแพทย์ฉุกเฉินสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ผลการเปรียบเทียบด้วย Wilcoxon signed-rank test พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทุกด้าน ($p < .001$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนความรู้ ทัศนคติ และทักษะปฏิบัติก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม (n = 40)

ตัวแปร	ก่อนทดลอง Mean (SD)	หลังทดลอง Mean (SD)	ผลต่างเฉลี่ย (SD)	95% CI ของผลต่างเฉลี่ย	Z	p	Cohen's dz
ความรู้	8.85 (1.21)	10.90 (1.53)	2.05 (0.99)	1.73–2.37	−5.59	< .001	2.08
ทักษะปฏิบัติ	15.20 (2.34)	21.05 (2.75)	5.85 (1.35)	5.42–6.28	−5.58	< .001	4.33
ทัศนคติ	38.08 (2.75)	41.75 (2.79)	3.68 (1.47)	3.21–4.15	−5.54	< .001	2.49

หมายเหตุ: ผลต่างเฉลี่ยคำนวณจากคะแนนหลังลบคะแนนก่อนเข้าร่วมโปรแกรม; SD = ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน; CI = ช่วงความเชื่อมั่น; ค่า Z และ p ได้จาก Wilcoxon signed-rank test; Cohen's dz คำนวณจากค่าเฉลี่ยของผลต่างคะแนนหารด้วยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผลต่างคะแนน โดยคำนวณจากข้อมูลดิบก่อนการปัดเศษทศนิยม

จากตารางที่ 2 พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้ ทักษะปฏิบัติ และทัศนคติสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทุกด้าน ($p < .001$) โดยคะแนนความรู้เพิ่มจากค่าเฉลี่ย 8.85 คะแนน (SD = 1.21) เป็น 10.90 คะแนน (SD = 1.53) มีผลต่างเฉลี่ย 2.05 คะแนน (95% CI: 1.73–2.37) คะแนนทักษะปฏิบัติเพิ่มจากค่าเฉลี่ย 15.20 คะแนน (SD = 2.34) เป็น 21.05 คะแนน (SD = 2.75) มีผลต่างเฉลี่ย 5.85 คะแนน (95% CI: 5.42–6.28) และคะแนนทัศนคติเพิ่มจากค่าเฉลี่ย 38.08 คะแนน (SD = 2.75) เป็น 41.75 คะแนน (SD = 2.79) มีผลต่างเฉลี่ย 3.68 คะแนน (95% CI: 3.21–4.15) ขนาดอิทธิพล Cohen's dz ของความรู้ ทักษะปฏิบัติ และทัศนคติ เท่ากับ 2.08, 4.33 และ 2.49 ตามลำดับ

อภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้พบว่า อาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์ จังหวัดกระบี่ จำนวน 40 คน มีคะแนนความรู้ ทัศนคติ และทักษะการแพทย์ฉุกเฉินหลังเข้าร่วมโปรแกรมระยะเวลา 8 สัปดาห์สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทุกด้าน ($p < .001$) ผลการศึกษาสะท้อนการเปลี่ยนแปลงของผลลัพธ์การเรียนรู้ในกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา โดยอภิปรายแยกเป็นรายด้านได้ดังนี้

1. ด้านความรู้เกี่ยวกับการแพทย์ฉุกเฉิน

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้เฉลี่ยก่อนเข้าร่วมโปรแกรม 8.85 คะแนน (SD = 1.21) และหลังเข้าร่วมโปรแกรม 10.90 คะแนน (SD = 1.53) โดยมีค่าการเปลี่ยนแปลงเฉลี่ย 2.05 คะแนน ผลดังกล่าวอาจอธิบายได้ว่า การจัดกิจกรรมที่เชื่อมโยงเนื้อหากับสถานการณ์การปฏิบัติงานของอาสาสมัครช่วยให้กลุ่มตัวอย่างทำความเข้าใจและนำความรู้เดิมมาใช้ประกอบการเรียนรู้ได้ขณะเดียวกัน การทบทวนเนื้อหา การฝึกปฏิบัติ และการได้รับข้อมูลย้อนกลับอาจช่วยให้กลุ่มตัวอย่างเห็นข้อผิดพลาดและปรับความเข้าใจให้ถูกต้องมากขึ้น

คำอธิบายนี้สอดคล้องในเชิงหลักการกับการทบทวนอย่างเป็นระบบของ Issenberg et al. (2005) ซึ่งพบว่า การให้ข้อมูลย้อนกลับและการฝึกซ้ำเป็นองค์ประกอบสำคัญที่เอื้อต่อการเรียนรู้ผ่านสถานการณ์จำลองทางการแพทย์ อย่างไรก็ตาม งานดังกล่าวศึกษาสถานการณ์จำลองที่มีความเสมือนจริงสูง จึงใช้สนับสนุนหลักการจัดการเรียนรู้ได้ แต่ไม่อาจถือ

เป็นหลักฐานยืนยันว่าโปรแกรมในการศึกษาครั้งนี้ให้ผลในระดับเดียวกัน (Issenberg et al., 2005)

แม้คะแนนความรู้หลังเข้าร่วมโปรแกรมจะสูงขึ้น แต่การประเมินเมื่อสิ้นสุดโปรแกรมยังไม่แสดงถึงความคงอยู่ของความรู้ในระยะยาว จึงควรติดตามผลเพิ่มเติมเพื่อประเมินว่ากลุ่มตัวอย่างรักษาความรู้และนำไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงานได้เพียงใด

2. ด้านทัศนคติต่อการแพทย์ฉุกเฉิน

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนทัศนคติเฉลี่ยก่อนเข้าร่วมโปรแกรม 38.08 คะแนน (SD = 2.75) และหลังเข้าร่วมโปรแกรม 41.75 คะแนน (SD = 2.79) การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวอาจเกี่ยวข้องกับการที่กลุ่มตัวอย่างได้ทบทวนบทบาทของตนเอง เรียนรู้ร่วมกับผู้อื่น และฝึกปฏิบัติในสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับงาน ประสบการณ์เหล่านี้อาจช่วยให้เห็นความสำคัญของการปฏิบัติงานอย่างถูกต้องและเกิดมุมมองเชิงบวกต่อบทบาทอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์มากขึ้น

ในเชิงทฤษฎี Bandura (1977) อธิบายว่าประสบการณ์ความสำเร็จจากการลงมือปฏิบัติ การสังเกตตัวแบบ และการได้รับคำสนับสนุนเป็นแหล่งสำคัญของการรับรู้ความสามารถของตนเอง แนวคิดนี้ช่วยอธิบายความเป็นไปได้ที่กิจกรรมฝึกปฏิบัติและการให้ข้อมูลย้อนกลับจะส่งเสริมความเชื่อมั่นในการปฏิบัติงาน อย่างไรก็ตาม ทัศนคติและการรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นคนละแนวคิด และการศึกษาครั้งนี้ไม่ได้วัดการรับรู้ความสามารถของตนเองโดยตรง จึงไม่อาจสรุปว่าคะแนนทัศนคติที่สูงขึ้นหมายถึงการรับรู้ความสามารถของตนเองเพิ่มขึ้นด้วย

นอกจากนี้ การประเมินทัศนคติด้วยแบบสอบถามอาจได้รับอิทธิพลจากความต้องการตอบให้เป็นที่ยอมรับหรือสอดคล้องกับความคาดหวังของผู้จัดกิจกรรม การตีความผลจึงควรพิจารณาร่วมกับข้อจำกัดของการรายงานตนเอง และไม่ถือว่าคะแนนทัศนคติที่สูงขึ้นยืนยันการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการปฏิบัติงานจริง

3. ด้านทักษะการแพทย์ฉุกเฉิน

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนทักษะเฉลี่ยก่อนเข้าร่วมโปรแกรม 15.20 คะแนน (SD = 2.34) และหลังเข้าร่วมโปรแกรม 21.05 คะแนน (SD = 2.75) โดยมีค่าการเปลี่ยนแปลงเฉลี่ย 5.85 คะแนน ผลดังกล่าวอาจเกี่ยวข้องกับการเรียนรู้ผ่านการสาธิต การฝึกปฏิบัติซ้ำ และการแก้ไขข้อบกพร่องจากข้อมูลย้อนกลับ ซึ่งเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างเชื่อมโยงความรู้กับลำดับขั้นตอนการปฏิบัติ และพัฒนาความถูกต้องในการปฏิบัติทักษะที่ได้รับการฝึก

ผลการศึกษาสอดคล้องในเชิงหลักการกับ Issenberg et al. (2005) ที่เสนอว่า การฝึกซ้ำ การให้ข้อมูลย้อนกลับ และการจัดสภาพแวดล้อมการเรียนรู้ที่เอื้อต่อการค้นพบและแก้ไขข้อผิดพลาดเป็นองค์ประกอบที่สนับสนุนการเรียนรู้ด้วยสถานการณ์จำลอง อย่างไรก็ตาม ความแตกต่างด้านผู้เรียน เครื่องมือ และรูปแบบการฝึกทำให้ไม่อาจเปรียบเทียบขนาดผลระหว่างการศึกษาทั้งสองได้โดยตรง

คะแนนทักษะที่สูงขึ้นแสดงถึงการปฏิบัติที่ดีขึ้นตามเครื่องมือและเงื่อนไขการประเมินของการศึกษาครั้งนี้ แต่ยังไม่เพียงพอที่จะยืนยันความสามารถในการปฏิบัติงานภายใต้สถานการณ์ฉุกเฉินจริง หรือผลต่อความปลอดภัยและผลลัพธ์ของผู้ป่วย จึงควรติดตามการนำทักษะไปใช้ในหน่วยปฏิบัติการร่วมด้วย

4. การนำผลการวิจัยไปใช้และข้อจำกัดของการศึกษา

การพบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้งสามด้านเป็นหลักฐานของการเปลี่ยนแปลง

คะแนนก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมในกลุ่มที่ศึกษา อย่างไรก็ตาม นัยสำคัญทางสถิติยังไม่เพียงพอที่จะระบุว่ากลุ่มตัวอย่างมีสมรรถนะถึงระดับที่จำเป็นต่อการปฏิบัติงาน เนื่องจากไม่พบข้อมูลในต้นฉบับเกี่ยวกับเกณฑ์การเปลี่ยนแปลงคะแนนที่มีความหมายทางการปฏิบัติ และผลลัพธ์ด้านคุณภาพบริการหรือผลลัพธ์ของผู้ป่วย จึงควรตีความผลในขอบเขตของความรู้ ทัศนคติ และทักษะที่ประเมินเท่านั้น

จุดแข็งของการศึกษาคือ การประเมินผลลัพธ์การเรียนรู้ครอบคลุมทั้งสามด้าน และการติดตามกลุ่มตัวอย่างครบทั้งก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมจำนวน 40 คน โดยไม่มีผู้ถอนตัว อย่างไรก็ตาม การศึกษาใช้แบบแผนกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังโดยไม่มีกลุ่มเปรียบเทียบ จึงไม่สามารถแยกผลของโปรแกรมออกจากอิทธิพลของประสบการณ์การปฏิบัติงาน เหตุการณ์หรือการเรียนรู้อื่นระหว่างการศึกษา และความคุ้นเคยกับการประเมินได้อย่างชัดเจน อีกทั้งการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงและการศึกษาเฉพาะจังหวัดกระบี่ยังจำกัดการสรุปอ้างอิงผลไปยังอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์กลุ่มอื่นหรือพื้นที่อื่น

ผลการศึกษาจึงเป็นข้อมูลเบื้องต้นสำหรับพิจารณาพัฒนาการฝึกอบรมอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์ในบริบทพื้นที่ โดยควรศึกษาต่อด้วยแบบแผนที่มีกลุ่มเปรียบเทียบ ติดตามความคงอยู่ของความรู้และทักษะ และประเมินการปฏิบัติงานจริง เพื่อเพิ่มความชัดเจนเกี่ยวกับผลของโปรแกรมและประโยชน์ต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

หน่วยงานที่รับผิดชอบงานการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัดกระบี่อาจนำกิจกรรมของโปรแกรมไปประยุกต์ใช้ในการอบรมอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์ โดยปรับเนื้อหาและการฝึกปฏิบัติให้เหมาะสมกับพื้นฐานของผู้เข้าร่วมและทรัพยากรของหน่วยงาน พร้อมประเมินความรู้และทักษะหลังการอบรมเพื่อใช้วางแผนทบทวนเพิ่มเติม

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาผลของโปรแกรมโดยมีกลุ่มเปรียบเทียบ และติดตามผลหลังสิ้นสุดโปรแกรม เช่น ระยะ 3 เดือน เพื่อประเมินความคงอยู่ของความรู้และทักษะ รวมทั้งศึกษาการนำทักษะไปใช้ในการปฏิบัติงานจริง

เอกสารอ้างอิง

Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. Psychological Review, 84(2), 191–215. doi:10.1037/0033-295X.84.2.191

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

Cohen, J. (1988). Statistical power analysis for the behavioral sciences (2nd ed.). Lawrence Erlbaum Associates.

Des Jarlais, D. C., Lyles, C., Crepaz, N., & the TREND Group. (2004). Improving the reporting quality of nonrandomized evaluations of behavioral and public health interventions: The TREND statement. American Journal of Public Health, 94(3), 361–366. doi:10.2105/AJPH.94.3.361

Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A.-G., & Buchner, A. (2007). G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. Behavior Research Methods, 39(2), 175–191. https://doi.org/10.3758/BF03193146

Issenberg, S. B., McGaghie, W. C., Petrusa, E. R., Gordon, D. L., & Scalese, R. J. (2005). Features and uses of high-fidelity medical simulations that lead to effective learning: A BEME systematic review. Medical Teacher, 27(1), 10–28. doi:10.1080/01421590500046924

Knowles, M. S. (1980). The modern practice of adult education: From pedagogy to andragogy (Rev. and updated). Association Press.

Knowles, M. S., Holton, E. F., III, & Swanson, R. A. (2015). The adult learner: The definitive classic in adult education and human resource development (8th ed.). Routledge. doi:10.4324/9781315816951

Koo, T. K., & Li, M. Y. (2016). A guideline of selecting and reporting intraclass correlation coefficients for reliability research. Journal of Chiropractic Medicine, 15(2), 155–163. https://doi.org/10.1016/j.jcm.2016.02.012

Polit, D. F., Beck, C. T., & Owen, S. V. (2007). Is the CVI an acceptable indicator of content validity? Appraisal and recommendations. Research in Nursing & Health, 30(4), 459–467. doi:10.1002/nur.20199

Shapiro, S. S., & Wilk, M. B. (1965). An analysis of variance test for normality: Complete samples. Biometrika, 52(3–4), 591–611. https://doi.org/10.1093/biomet/52.3-4.591

Wilcoxon, F. (1945). Individual comparisons by ranking methods. Biometrics Bulletin, 1(6), 80–83. doi:10.2307/3001968

World Health Organization. (2023). Global status report on road safety 2023. World Health Organization. https://www.who.int/publications/i/item/9789240086517

สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. (ม.ป.ป.). ข้อควรรู้ก่อนโทร 1669 [อินโฟกราฟิก]. สืบค้นเมื่อ 21 มิถุนายน 2569 จาก https://www.niems.go.th/1/InfoGraphics/Detail/1?group=1

วารสารวิชาการเพื่อการพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิและสาธารณสุข
Academic Journal for Primary Care and Public Health Development

การพัฒนารูปแบบการจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือนแบบมีส่วนร่วมโดยกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอเมืองเชียงราย จังหวัดเชียงราย

Development of a Participatory Household Solid Waste Management Model through the District Health Board Mechanism in Mueang Chiang Rai District, Chiang Rai Province

อนุชิต หน่อแหวน
Anuchit Norwaen
[1]สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองเชียงราย

(Received: May, 27 2026; Accepted: August, 30 2026)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์ ปัญหา และความต้องการพัฒนารูปแบบการจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือนแบบมีส่วนร่วมโดยกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ และประเมินผลการนำรูปแบบไปใช้ในอำเภอเมืองเชียงราย จังหวัดเชียงราย ดำเนินการระหว่างเดือนมีนาคม–ธันวาคม พ.ศ. 2568 ตามกระบวนการวางแผน ปฏิบัติ สังเกต และสะท้อนผล 1 วงรอบ แบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ การศึกษาสถานการณ์จากประชาชน 400 คน และผู้ให้ข้อมูลสำคัญ 8 คน การพัฒนารูปแบบร่วมกับภาคีเครือข่าย 16 คน และประเมินโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน และการนำรูปแบบไปใช้กับ 50 ครัวเรือนในบ้านเมืองรวง ตำบลแม่กรณ์ เป็นเวลา 3 เดือน เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถาม แบบประเมิน การสัมภาษณ์ การสนทนากลุ่ม และบันทึกการดำเนินงาน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา การทดสอบทีแบบจับคู่ และการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า พฤติกรรมการจัดการขยะและการมีส่วนร่วมก่อนพัฒนารูปแบบอยู่ในระดับปานกลาง รูปแบบประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ ได้แก่ ครัวเรือนต้นแบบ ชุมชนร่วมขับเคลื่อนกิจกรรม องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสนับสนุนการจัดการขยะ วัด โรงเรียน และภาคเอกชนร่วมรณรงค์ และคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอประสานและติดตามผล โดยมีกลไกสนับสนุนด้านความรู้ แรงจูงใจ และการรายงานผล หลังดำเนินงาน คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมเพิ่มจาก 3.01 เป็น 4.23 และการมีส่วนร่วมเพิ่มจาก 2.90 เป็น 4.35 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ความพึงพอใจและความคิดเห็นต่อความเป็นไปได้ในการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องอยู่ในระดับมากที่สุด มีค่าเฉลี่ย 4.62 และ 4.64 ตามลำดับ การสะท้อนผลนำไปสู่การปรับกิจกรรมให้เหมาะสมกับข้อจำกัดของครัวเรือน รูปแบบที่พัฒนาขึ้นจึงเป็นแนวทางส่งเสริมการจัดการขยะและการมีส่วนร่วมในพื้นที่นำร่อง โดยอาศัยความร่วมมือของชุมชนและภาคีเครือข่าย

คำสำคัญ: การจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือน; การมีส่วนร่วมของชุมชน; คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ; การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

Abstract

This participatory action research aimed to examine the situation, problems, and needs regarding household solid waste management; develop a participatory management model using the District Health Board mechanism; and evaluate its implementation in Mueang Chiang Rai District, Chiang Rai Province, Thailand. The study was conducted from March to December 2025 through one plan–act–observe–reflect cycle comprising three phases: a situation assessment involving 400 residents and eight key informants; model development involving 16 stakeholder representatives and appraisal by five experts; and a three-month implementation involving 50 households in Ban Mueang Ruang, Mae Kon Subdistrict. Data were collected using questionnaires, assessment forms, interviews, focus group discussions, and implementation records. Descriptive statistics, paired t-tests, and content analysis were used for data analysis.

The findings showed that waste management behavior and community participation were initially at moderate levels. The model comprised five components: model households; community-led activities; local government support for waste management; campaigns involving temples, schools, and the private sector; and coordination and monitoring by the District Health Board. Supporting mechanisms included education, incentives, and progress reporting. Following implementation, mean waste management behavior scores increased from 3.01 to 4.23, while participation scores increased from 2.90 to 4.35; both changes were statistically significant ($p < .001$). Satisfaction and perceived feasibility of continued implementation received the highest ratings, with mean scores of 4.62 and 4.64, respectively. Reflection informed adjustments to activities to accommodate household constraints. The developed model provides an approach to promoting household waste management and community participation in the pilot area through collaboration between the community and partner organizations.

Keywords: Household solid waste management; Community participation; District Health Board; Participatory action research

บทนำ

ขยะมูลฝอยเป็นปัญหาสิ่งแวดล้อมและสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย ในปี 2566 ประเทศไทยมีขยะมูลฝอยชุมชนเกิดขึ้นประมาณ 26.95 ล้านตัน หรือเฉลี่ย 1.12 กิโลกรัม/คน/วัน โดยถูกนำกลับไปใช้ประโยชน์ 9.31 ล้านตัน และกำจัดอย่างถูกต้อง 10.17 ล้านตัน ขณะที่อีกประมาณ 7.47 ล้านตันยังถูกกำจัดไม่ถูกต้อง เช่น การเผาในที่โล่งหรือการเทกอง ซึ่งส่งผลต่อคุณภาพอากาศ แหล่งน้ำ และสุขภาพของประชาชน (กรมควบคุมมลพิษ, 2567)

อำเภอเมืองเชียงรายเป็นศูนย์กลางเศรษฐกิจและการท่องเที่ยวของจังหวัด มีปริมาณขยะมูลฝอยประมาณ 250 ตันต่อวัน หรือ 1.15 กิโลกรัม/คน/วัน สูงกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศ (สำนักงานสิ่งแวดล้อมภาคที่ 1 เชียงใหม่, 2566) และได้รับการจัดการอย่างถูกต้องเพียงประมาณร้อยละ 45 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย, 2566) ปัญหาสำคัญ ได้แก่ การคัดแยกขยะที่ต้นทางยังไม่ทั่วถึง ระบบเก็บขนมีข้อจำกัด การเผาขยะในชุมชนรอบนอก และการขาดระบบรองรับขยะสุขภาพ

หลักฐานเชิงประจักษ์ชี้ว่าการมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นหัวใจของการจัดการขยะที่ยั่งยืน โครงการเชียงรายไร้ขยะ ซึ่งใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมใน 18 หมู่บ้าน พบว่าการหมักขยะอินทรีย์ในครัวเรือนและการคัดแยกขยะรีไซเคิลดำเนินการได้จริงและขยายผลได้ โดยความสำเร็จขึ้นกับการสนับสนุนขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (Manomaivibool et al., 2018) สอดคล้องกับการศึกษาในจังหวัดอุบลราชธานีที่พบว่าการคัดแยกขยะและพฤติกรรมการจัดการขยะของประชาชนยังไม่เพียงพอ จึงพัฒนารูปแบบที่ให้ชุมชนร่วมคัดแยกและนำขยะกลับมาใช้ประโยชน์ (สุภาพร แปยอ, 2567; สุริยา นะที และบรรเทิง พลสวัสดิ์, 2568) อย่างไรก็ตาม การศึกษาส่วนใหญ่ดำเนินการในระดับหมู่บ้านหรือตำบล และพึ่งพาแรงขับเคลื่อนจากโครงการระยะสั้น

คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) จัดตั้งขึ้นตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ. 2561 เพื่อบูรณาการหน่วยงานภาครัฐ เอกชน และภาคประชาชนในระดับอำเภอ (กระทรวงสาธารณสุข, 2561) งานที่ผ่านมาพบว่าความสำเร็จของ พชอ. ขึ้นกับการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการทุกระดับ การพัฒนาศักยภาพเครือข่าย และการติดตามผลรายเดือนตามกรอบ UCCARE (มานะ ศิริเลี้ยง, 2567) แต่ยังมีอุปสรรคด้านระบบการบริหารจัดการและการมีส่วนร่วมของชุมชน (กานต์ชัชพิสิฐ คงเสถียรพงษ์ และศิวิไลซ์ วนรัตน์วิจิตร, 2564) และจากการทบทวนวรรณกรรมยังพบการนำ พชอ.มาใช้ในมิติสิ่งแวดล้อม โดยเฉพาะการจัดการขยะในครัวเรือนค่อนข้างน้อย การวิจัยนี้จึงบูรณาการแนวคิดการจัดการขยะมูลฝอยอย่างครบวงจร (Integrated Solid Waste Management: ISWM) (Kaza et al., 2018) แนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชน (Arnstein, 1969; Pretty, 1995) และหลัก UCCARE ของ พชอ. เพื่อพัฒนารูปแบบที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่เมืองที่มีความหลากหลาย

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ ปัญหา และความต้องการในการจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือนของประชาชนในอำเภอเมืองเชียงราย จังหวัดเชียงราย

2.เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือนแบบมีส่วนร่วมโดยกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอเมืองเชียงราย จังหวัดเชียงราย

3. เพื่อประเมินผลการนำรูปแบบไปใช้ในพื้นที่นำร่อง ด้านพฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือน การมีส่วนร่วมของชุมชน ความพึงพอใจต่อรูปแบบ และความคิดเห็นต่อความเป็นไปได้ในการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) ดำเนินการ 1 วงรอบ ตามขั้นตอนการวางแผน ปฏิบัติ สังเกต และสะท้อนผล ระหว่างเดือนมีนาคม–ธันวาคม พ.ศ. 2568 แบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ ปัญหา และความต้องการ โดยสำรวจประชาชนและสัมภาษณ์ผู้เกี่ยวข้อง ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบร่วมกับภาคีเครือข่ายโดยกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ และให้ผู้ทรงคุณวุฒิประเมินก่อนนำไปใช้ และระยะที่ 3 นำรูปแบบไปใช้ในบ้านเมืองรวง ตำบลแม่กรณ์ เป็นเวลา 3 เดือน ระหว่างเดือนกรกฎาคม–กันยายน พ.ศ. 2568 ประเมินผลก่อน–หลังและสะท้อนผลรายเดือน แล้วสังเคราะห์บทเรียนและจัดทำรายงานภายในเดือนธันวาคม พ.ศ. 2568

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ระยะที่ 1 ประชากรเป็นประชาชนอายุ 18 ปีขึ้นไปที่อาศัยในอำเภอเมืองเชียงราย จังหวัดเชียงราย ไม่น้อยกว่า 1 ปี กำหนดขนาดตัวอย่างตามตารางของ Krejcie และ Morgan ได้ 384 คน เพิ่มเป็น 400 คน สุ่มแบบหลายขั้นตอน โดยแบ่งพื้นที่ตามประเภทองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ได้แก่ เทศบาลนคร เทศบาลตำบล และองค์การบริหารส่วนตำบล จากนั้นสุ่มชุมชนหรือหมู่บ้านและสุ่มครัวเรือนอย่างเป็นระบบ เก็บข้อมูลจากผู้รับผิดชอบการจัดการขยะครัวเรือนละ 1 คน ส่วนผู้ให้ข้อมูลเชิงคุณภาพคัดเลือกแบบเจาะจง 8 คน ได้แก่ ผู้แทนฝ่ายปกครอง สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ภาคเอกชน และพระภิกษุ

ระยะที่ 2 คัดเลือกแบบเจาะจงผู้แทนภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องกับการจัดการขยะและการขับเคลื่อนงาน พชอ. จำนวน 16 คน เพื่อร่วมพัฒนารูปแบบ และผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน เพื่อประเมินความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของรูปแบบ

ระยะที่ 3 คัดเลือกพื้นที่นำร่องบ้านเมืองรวง หมู่ที่ 5 ตำบลแม่กรณ์ แบบเจาะจงตามความพร้อมของชุมชนและความเห็นชอบของ พชอ. รับครัวเรือนที่สมัครใจเข้าร่วมจำนวน 50 ครัวเรือน โดยกำหนดผู้รับผิดชอบการจัดการขยะครัวเรือนละ 1 คน เป็นผู้ให้ข้อมูลก่อนและหลังดำเนินงานคนเดิม และคัดเลือกผู้แทนภาคีเครือข่าย 10 คน ร่วมประเมินผล ทั้งนี้ ประเมินความพึงพอใจจากผู้แทนครัวเรือนและภาคีเครือข่ายรวม 60 คน และประเมินความคิดเห็นต่อความเป็นไปได้ในการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องจากผู้แทนภาคีเครือข่าย 10 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลแบ่งตามระยะการวิจัย ดังนี้

ระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์ ปัญหา และความต้องการ ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป 7 ข้อ ครอบคลุมเพศ อายุ การศึกษา อาชีพ รายได้ จำนวนสมาชิกในครัวเรือน และการมีถังคัดแยกขยะ 2) แบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือน 7 ข้อ ครอบคลุมการคัดแยกขยะ การลดและใช้ซ้ำ การไม่เผาขยะ และการนำขยะกลับมาใช้ประโยชน์ ให้คะแนนตามความถี่ในการปฏิบัติ ตั้งแต่ไม่เคยปฏิบัติ (1 คะแนน) ถึงปฏิบัติทุกครั้ง (5 คะแนน) 3)

แบบสอบถามการมีส่วนร่วมของชุมชน 3 ข้อ ได้แก่ การเข้าร่วมกิจกรรม การประสานงานกับหน่วยงาน และการร่วมแรงหรือสนับสนุนทรัพยากร เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ 4) คำถามปลายเปิดเกี่ยวกับปัญหาและข้อเสนอแนะ 2 ข้อ และ 5) แนวคำถามสัมภาษณ์เชิงลึกกึ่งโครงสร้างเกี่ยวกับข้อจำกัดในการจัดการขยะศักยภาพชุมชน ความต้องการสนับสนุน และบทบาทของภาคีเครือข่าย

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบ ได้แก่ 1) แนวคำถามสนทนากลุ่มกึ่งโครงสร้าง ครอบคลุมสถานการณ์ปัญหา ทรัพยากรชุมชน องค์ประกอบและกิจกรรมของรูปแบบ บทบาทภาคี และการติดตามผลโดยกลไก พชอ. และ 2) แบบประเมินความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของรูปแบบ ครอบคลุม 8 ด้าน ได้แก่ วัตถุประสงค์และแนวคิด ความครอบคลุมขององค์ประกอบ ความสอดคล้องกับบริบท ความเป็นไปได้ในการดำเนินงาน ความชัดเจนของบทบาทภาคี การบูรณาการกับกลไก พชอ. การขยายผล และการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ พร้อมข้อเสนอแนะสำหรับปรับปรุงรูปแบบ

ระยะที่ 3 การนำรูปแบบไปใช้และประเมินผล ได้แก่ 1) แบบประเมินพฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือน 15 ข้อ ครอบคลุมการคัดแยกขยะ การลดการใช้พลาสติกและโฟม การหมักขยะอินทรีย์ การไม่เผาขยะในที่โล่ง และการนำขยะรีไซเคิลไปใช้ประโยชน์ ให้คะแนนตามความถี่ในการปฏิบัติ 5 ระดับ 2) แบบสอบถามการมีส่วนร่วม 3 ข้อ ฉบับเดียวกับระยะที่ 1 โดยใช้เครื่องมือทั้งสองชุดประเมินผู้แทนครัวเรือนคนเดิมก่อนและหลังดำเนินงาน 3) แบบประเมินความพึงพอใจ 10 ข้อ ครอบคลุมกิจกรรมและเนื้อหา สื่อและการสนับสนุน และประโยชน์ที่ได้รับ พร้อมคำถามปลายเปิด 1 ข้อ 4) แบบประเมินความคิดเห็นต่อความเป็นไปได้ในการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง 8 ข้อ ครอบคลุมการบริหารจัดการ การมีส่วนร่วมของภาคี และสังคมและสิ่งแวดล้อม โดยแบบประเมินข้อ 3) และ 4) เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ และใช้หลังสิ้นสุดกิจกรรม และ 5) แบบบันทึกการสังเกตและการสะท้อนผลรายเดือน เพื่อบันทึกการดำเนินกิจกรรม การมีส่วนร่วม ปัญหาอุปสรรค และข้อสรุปในการปรับปรุงกิจกรรม

คะแนนพฤติกรรมและการมีส่วนร่วมคำนวณเป็นค่าเฉลี่ย โดยคะแนนสูงแสดงถึงพฤติกรรมที่เหมาะสมและการมีส่วนร่วมมากขึ้น ทั้งนี้ แบบประเมินพฤติกรรมระยะที่ 1 และระยะที่ 3 มีจำนวนข้อและขอบเขตต่างกัน จึงวิเคราะห์แยกตามระยะ ส่วนการเปรียบเทียบก่อน–หลังใช้แบบประเมินฉบับเดียวกันในระยะที่ 3

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 5 คน พิจารณาความสอดคล้องของข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ ความครอบคลุมของเนื้อหา และความชัดเจนของภาษา ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (IOC) เท่ากับ 0.80–1.00 และปรับปรุงตามข้อเสนอแนะก่อนนำไปทดลองใช้ แบบสอบถามพฤติกรรมและการมีส่วนร่วมในระยะที่ 1 ทดลองใช้กับประชาชนที่มีลักษณะใกล้เคียงกลุ่มตัวอย่าง 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.85 และ 0.83 ตามลำดับ ส่วนแบบประเมินพฤติกรรมก่อน–หลังในระยะที่ 3 ทดลองใช้กับผู้แทนครัวเรือน 20 ครัวเรือน ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.89 สำหรับแนวคำถามสัมภาษณ์และสนทนากลุ่ม ตรวจสอบความครอบคลุมของประเด็นและความเหมาะสมของภาษาโดยผู้เชี่ยวชาญ ส่วนความน่าเชื่อถือของข้อมูลเชิงคุณภาพตรวจสอบโดยให้ผู้ให้ข้อมูลยืนยันสาระสำคัญ เปรียบเทียบข้อมูลจากหลายแหล่ง และ

บันทึกกระบวนการเก็บและวิเคราะห์ข้อมูลอย่างเป็นระบบ

ขั้นตอนการดำเนินงาน

การดำเนินงานแบ่งเป็น 3 ระยะ ตามกระบวนการวางแผน ปฏิบัติ สังเกต และสะท้อนผล โดยมีรายละเอียดดังนี้

ระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์ ปัญหา และความต้องการ ผู้วิจัยประสานหน่วยงานและผู้นำชุมชน ชี้แจงวัตถุประสงค์และแนวทางดำเนินงาน จากนั้นสำรวจประชาชน 400 คน และสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ให้ข้อมูลสำคัญ 8 คน เพื่อศึกษาพฤติกรรมการจัดการขยะ การมีส่วนร่วม ปัญหาอุปสรรค และความต้องการสนับสนุน แล้วสังเคราะห์ข้อมูลเป็นประเด็นสำหรับร่วมวางแผนพัฒนารูปแบบ

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบแบบมีส่วนร่วม จัดสนทนากลุ่มภาคีเครือข่าย 16 คน เพื่อนำผลการศึกษาระยะที่ 1 มาร่วมกำหนดแนวทางแก้ไขปัญหา องค์ประกอบของรูปแบบ กิจกรรม ผู้รับผิดชอบ และวิธีติดตามผล โดยให้ พชอ. เป็นกลไกประสานความร่วมมือระหว่างหน่วยงานและชุมชน นำร่างรูปแบบให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน ประเมินความเหมาะสมและความเป็นไปได้ แล้วปรับปรุงตามข้อเสนอแนะและจัดทำแผนปฏิบัติการร่วมกับพื้นที่นำร่อง

ระยะที่ 3 การนำรูปแบบไปใช้และประเมินผลดำเนินงานกับครัวเรือนที่สมัครใจ 50 ครัวเรือนในบ้านเมืองรวง หมู่ที่ 5 ตำบลแม่กรณ์ เป็นเวลา 3 เดือน ประกอบด้วย

1. เตรียมความพร้อม ชี้แจงบทบาทของครัวเรือนและภาคีเครือข่าย ประเมินพฤติกรรมและการมีส่วนร่วมก่อนดำเนินงาน และอบรมพร้อมสาธิตการคัดแยกขยะและการจัดการขยะอินทรีย์

2. ดำเนินกิจกรรม ส่งเสริมการคัดแยกขยะที่ต้นทาง การลดการใช้พลาสติกและโฟม การหมักขยะอินทรีย์ การไม่เผาขยะ และการนำขยะรีไซเคิลเข้าสู่ธนาคารขยะ โดยประสาน อปท. สนับสนุนอุปกรณ์และการเก็บขน และให้ผู้นำชุมชน อสม. วัด โรงเรียน และภาคเอกชนร่วมขับเคลื่อนกิจกรรมตามบทบาท

3. สังเกตและสะท้อนผล ติดตามการปฏิบัติของครัวเรือน บันทึกการเข้าร่วมกิจกรรมและปัญหาอุปสรรค พร้อมจัดเวทีสะท้อนผลรายเดือนร่วมกับชุมชนและคณะทำงาน พชอ. เพื่อนำข้อค้นพบมาปรับกิจกรรมระหว่างดำเนินงาน

4. ประเมินผลและปรับปรุงรูปแบบ ประเมินพฤติกรรมและการมีส่วนร่วมหลังดำเนินงานจากผู้แทนครัวเรือนคนเดิม ประเมินความพึงพอใจจากผู้แทนครัวเรือนและภาคีเครือข่ายรวม 60 คน และประเมินความคิดเห็นต่อความเป็นไปได้ในการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องจากภาคีเครือข่าย 10 คน จากนั้นสรุปบทเรียนและปรับปรุงรูปแบบให้เหมาะสมกับบริบทพื้นที่

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บรวบรวมข้อมูลภายหลังได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัย โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน และสิทธิของผู้เข้าร่วม พร้อมขอความยินยอมก่อนเก็บข้อมูล แบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 เก็บแบบสอบถามจากประชาชน 400 คน ณ ครัวเรือน และสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ให้ข้อมูลสำคัญ 8 คน โดยจดบันทึกและบันทึกเสียงเมื่อได้รับอนุญาต ระยะที่ 2 เก็บข้อมูลจากการสนทนากลุ่มภาคีเครือข่าย 16 คน และรวบรวมผลประเมินร่างรูปแบบพร้อมข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน ระยะที่ 3 เก็บข้อมูลพฤติกรรมการจัดการขยะและการมีส่วนร่วมจากผู้แทนครัวเรือน 50 คน ก่อนเริ่มกิจกรรมและหลังดำเนินงานครบ 3 เดือน โดยใช้ผู้ตอบคนเดิมและเครื่องมือชุดเดียวกัน

ระหว่างดำเนินงานบันทึกการสังเกตและผลการสะท้อนรายเดือน เมื่อสิ้นสุดกิจกรรมเก็บข้อมูลความพึงพอใจจากผู้แทนครัวเรือนและภาคีเครือข่ายรวม 60 คน และความคิดเห็นต่อความเป็นไปได้ในการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องจากภาคีเครือข่าย 10 คน จากนั้นตรวจสอบความครบถ้วนและความสอดคล้องของข้อมูล ใช้รหัสเชื่อมโยงข้อมูลก่อน–หลัง และจัดเก็บข้อมูลเป็นความลับก่อนนำไปวิเคราะห์

จริยธรรมการวิจัย การวิจัยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย เลขที่ CRPPHO 012/2568 ลงวันที่ 24 กุมภาพันธ์ 2568

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างด้วยความถี่และร้อยละ

2. วิเคราะห์คะแนนพฤติกรรมการจัดการขยะการมีส่วนร่วม ความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของรูปแบบ ความพึงพอใจ และความคิดเห็นต่อความเป็นไปได้ในการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง ด้วยค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการจัดการขยะและการมีส่วนร่วมก่อน–หลังด้วยการทดสอบทีแบบจับคู่ (Paired t-test) โดยใช้ข้อมูลผู้ตอบคนเดิมที่มีข้อมูลครบทั้งสองครั้ง ตรวจสอบการแจกแจงของผลต่างคะแนนก่อนวิเคราะห์ และกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

4. วิเคราะห์ข้อมูลจากคำถามปลายเปิด การสัมภาษณ์ การสนทนากลุ่ม และบันทึกการสังเกตและสะท้อนผล ด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา โดยจัดรหัส จัดหมวดหมู่ และสรุปประเด็น พร้อมเปรียบเทียบข้อมูลจากหลายแหล่งเพื่อประกอบการตีความผลการวิจัย

ผลการวิจัย

1. สถานการณ์ ปัญหา และความต้องการในการจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือน

กลุ่มตัวอย่าง 400 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 55.3 อายุ 30–49 ปี ร้อยละ 52.0 จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 35.5 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 10,000–19,999 บาท ร้อยละ 35.0 และมีถังคัดแยกขยะในครัวเรือน ร้อยละ 60.0 พฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยการคัดแยกขยะรีไซเคิลมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด ส่วนการทำปุ๋ยจากเศษอาหารมีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด การมีส่วนร่วมของชุมชนอยู่ในระดับปานกลาง โดยการประสานงานกับหน่วยงานเมื่อพบปัญหาขยะมีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 พฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยและการมีส่วนร่วมของชุมชนในระยะศึกษาสถานการณ์ (n = 400)

ประเด็น	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ระดับ
พฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอย			
คัดแยกขยะอินทรีย์ออกจากขยะทั่วไป	3.58	1.12	ปานกลาง
คัดแยกขยะรีไซเคิล	3.72	1.05	ปานกลาง
ไม่นำขยะไปเผากลางแจ้ง	3.41	1.20	ปานกลาง
ใช้ถุงผ้าหรือภาชนะส่วนตัว	3.29	1.08	ปานกลาง
ลดการใช้พลาสติกแบบใช้ครั้งเดียว	3.36	1.02	ปานกลาง
ทำปุ๋ยจากเศษอาหาร	2.87	1.11	ค่อนข้างต่ำ

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ประเด็น	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ระดับ
นำขยะรีไซเคิลไปขายหรือเข้าธนาคารขยะ	3.65	1.04	ปานกลาง
การมีส่วนร่วมของชุมชน			
เข้าร่วมกิจกรรมรณรงค์ของชุมชน	3.08	1.01	ปานกลาง
ประสานงานกับหน่วยงานเมื่อพบปัญหาขยะ	2.96	1.15	ปานกลาง
ยินดีร่วมแรงหรือสมทบทุนเพื่อพัฒนาพื้นที่	3.14	0.98	ปานกลาง

ข้อมูลจากการสัมภาษณ์สะท้อนปัญหาสำคัญ ได้แก่ การขาดอุปกรณ์และจุดรวบรวมขยะที่สะดวก ข้อจำกัดของระบบเก็บขน การเผาขยะในชุมชน และการขาดแนวทางรองรับขยะจากการดูแลสุขภาพในครัวเรือน แม้พื้นที่มีผู้นำชุมชนและภาคีเครือข่ายที่พร้อมสนับสนุน แต่ยังขาดการประสานงานอย่างต่อเนื่อง ความต้องการสำคัญจึงประกอบด้วยการสนับสนุนการคัดแยกและหมักขยะอินทรีย์ การจัดระบบรับซื้อขยะรีไซเคิล และการกำหนดผู้รับผิดชอบติดตามงานร่วมกันโดยกลไก พชอ.

2. ผลการพัฒนารูปแบบการจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือนแบบมีส่วนร่วม

การสนทนากลุ่มภาคีเครือข่ายนำไปสู่รูปแบบที่ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบหลักและ 3 กลไกสนับสนุน โดยเชื่อมโยงการปฏิบัติในครัวเรือนกับการสนับสนุนของชุมชนและหน่วยงานระดับอำเภอ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 องค์ประกอบและแนวทางดำเนินงานของรูปแบบ

องค์ประกอบ	แนวทางดำเนินงาน
1. ครัวเรือนต้นแบบ	คัดแยกขยะที่ต้นทาง ลดการใช้พลาสติกและโฟม และจัดการขยะอินทรีย์
2. ชุมชนและกลุ่มแม่บ้าน	ขับเคลื่อนธนาคารขยะและกิจกรรมทำความสะอาดชุมชน
3. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	สนับสนุนอุปกรณ์ ระบบเก็บขน และทรัพยากรสำหรับดำเนินกิจกรรม
4. วัด โรงเรียน และภาคเอกชน	รณรงค์สร้างความตระหนัก ส่งเสริมกิจกรรมเยาวชน และเชื่อมโยงการรับซื้อขยะรีไซเคิล
5. คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ	ประสานภาคี กำหนดแนวทางร่วม และติดตามความก้าวหน้า

กลไกสนับสนุนประกอบด้วยการให้ความรู้และสื่อสารสาธารณะ การสร้างแรงจูงใจ และการติดตามรายงานผลรายเดือน ผู้ทรงคุณวุฒิเสนอให้กำหนดบทบาทภาคีและตัวชี้วัดให้ชัดเจน เพิ่มกิจกรรมสำหรับเยาวชน และจัดทำแนวปฏิบัติสำหรับแกนนำชุมชน ซึ่งนำไปใช้ปรับปรุงรูปแบบก่อนดำเนินงานในพื้นที่นำร่อง

3. ผลการนำรูปแบบไปใช้ในพื้นที่นำร่อง

ภายหลังดำเนินงาน 3 เดือน ครัวเรือนที่เข้าร่วม 50 ครัวเรือนมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการขยะเพิ่มขึ้นจาก 3.01 เป็น 4.23 หรือเพิ่มขึ้น 1.22 คะแนน และคะแนนการมีส่วนร่วมเพิ่มขึ้นจาก 2.90 เป็น 4.35 หรือเพิ่มขึ้น 1.45 คะแนน โดยคะแนนหลัง

ดำเนินงานสูงกว่าก่อนดำเนินงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้งสองด้าน ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบคะแนนก่อนและหลังนำรูปแบบไปใช้ (n = 50)

ตัวแปร	ก่อนดำเนินงาน ค่าเฉลี่ย (SD)	หลังดำเนินงาน ค่าเฉลี่ย (SD)	ผลต่างค่าเฉลี่ย[1]	t	p-value
พฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอย	3.01 (0.41)	4.23 (0.37)	1.22	20.16	< .001
การมีส่วนร่วมของชุมชน	2.90 (0.54)	4.35 (0.41)	1.45	18.60	< .001

[1] ผลต่างค่าเฉลี่ยคำนวณจากคะแนนหลังลบก่อนดำเนินงาน; ทดสอบด้วย Paired t-test

เมื่อพิจารณารายด้าน พฤติกรรมการคัดแยกขยะมีคะแนนเพิ่มขึ้นมากที่สุด จาก 3.05 เป็น 4.47 ส่วนการหมักขยะอินทรีย์เพิ่มจาก 2.75 เป็น 4.01 สำหรับการมีส่วนร่วม การเข้าร่วมกิจกรรมรณรงค์และการประสานงานกับหน่วยงานมีคะแนนเพิ่มขึ้นเท่ากัน คือ 1.50 คะแนน

ผู้แทนครัวเรือนและภาคีเครือข่ายรวม 60 คน มีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจโดยรวม 4.62 อยู่ในระดับมากที่สุด โดยด้านการมีส่วนร่วมของครัวเรือนและภาคีมีคะแนนสูงสุด 4.72 ส่วนความต่อเนื่องของการดำเนินงานมีคะแนนต่ำสุด 4.47 ผู้แทนภาคีเครือข่าย 10 คน มีคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นต่อความเป็นไปได้ในการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง 4.64 อยู่ในระดับมากที่สุด

4. ผลการสะท้อนและปรับปรุงกิจกรรม

การสะท้อนผลรายเดือน 3 ครั้งนำไปสู่การปรับกิจกรรม ได้แก่ การจัดจุดหมักขยะอินทรีย์รวม 2 จุด สำหรับครัวเรือนที่มีพื้นที่จำกัด การเพิ่มช่วงเวลากิจกรรมและเปิดธนาคารขยะช่วงเย็นเพื่อให้ผู้ทำงานเข้าร่วมได้ การประสานหน่วยบริการสุขภาพเกี่ยวกับขยะจากการดูแลสุขภาพในครัวเรือน และการปรับแบบบันทึกของ อสม. ให้กระชับ บทเรียนสำคัญคือการกำหนดผู้ประสานงานที่ชัดเจน การสนับสนุนอุปกรณ์และช่องทางจัดการขยะที่สะดวก และการติดตามร่วมกันอย่างต่อเนื่อง ช่วยให้กิจกรรมตอบสนองต่อข้อจำกัดของครัวเรือนได้ดีขึ้น

อภิปรายผล

ผลการศึกษาสถานการณ์พบว่า พฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยและการมีส่วนร่วมของชุมชนอยู่ในระดับปานกลาง โดยการทำปุ๋ยจากเศษอาหารและการประสานงานกับหน่วยงานมีคะแนนต่ำกว่าประเด็นอื่น สะท้อนว่าการจัดการขยะในครัวเรือนยังต้องได้รับการสนับสนุนทั้งวิธีปฏิบัติและช่องทางประสานงาน ทั้งนี้ข้อมูลเชิงคุณภาพชี้ถึงข้อจำกัดด้านอุปกรณ์ จุดรวบรวมขยะ และระบบเก็บขน จึงอาจเป็นเหตุให้ประชาชนปฏิบัติได้ไม่ต่อเนื่อง ผลดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของสุภาพร แปยอ (2567) ในตำบลเหล่าบก จังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งพบปัญหาการไม่คัดแยกขยะและการนำขยะกลับมาใช้ประโยชน์น้อย และพัฒนารูปแบบที่เชื่อมโยงการคัดแยกต้นทางโดยชุมชนกับการเก็บขนและกำจัดโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ความสอดคล้องนี้สนับสนุนให้การพัฒนารูปแบบเริ่มจากปัญหาของครัวเรือนควบคู่กับความพร้อมของระบบรองรับในพื้นที่

รูปแบบที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 5 องค์ประกอบหลักและ 3 กลไกสนับสนุน โดยมี พชอ. ประสานการดำเนินงานระหว่างครัวเรือน ชุมชน และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง สะท้อนความสำคัญของการ

กำหนดบทบาทและเป้าหมายร่วมกัน ทั้งนี้ อาจอธิบายได้ว่าการนำข้อมูลสถานการณ์เข้าสู่เวทีภาคีช่วยให้แต่ละฝ่ายเห็นปัญหาเดียวกันและร่วมกำหนดกิจกรรมตามทรัพยากรที่มี สอดคล้องกับมานะ ศิริเลี้ยง (2567) ซึ่งพัฒนารูปแบบการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอศรีสมเด็จ โดยเชื่อมโยงคณะกรรมการหลายระดับ กำหนดประเด็นร่วม พัฒนาศักยภาพเครือข่าย และติดตามผลทุกเดือน แม้ประเด็นดำเนินงานแตกต่างกัน แต่มีลักษณะร่วมคือการใช้กลไกระดับอำเภอสนับสนุนการปฏิบัติในชุมชน ข้อค้นพบครั้งนี้จึงสนับสนุนบทบาท พชอ. ในการประสานและติดตามงานจัดการขยะร่วมกับภาคีในพื้นที่

หลังนำรูปแบบไปใช้ คะแนนพฤติกรรมการจัดการขยะเพิ่มจาก 3.01 เป็น 4.23 และการมีส่วนร่วมเพิ่มจาก 2.90 เป็น 4.35 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สะท้อนการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นของครัวเรือนที่เข้าร่วม ทั้งนี้ อาจเกี่ยวข้องกับการอบรมและสาธิตที่เชื่อมกับการปฏิบัติจริง การสนับสนุนอุปกรณ์ กิจกรรมธนาคารขยะ และการติดตามรายเดือน ซึ่งช่วยให้ครัวเรือนมีโอกาสปฏิบัติและร่วมแก้ปัญหาอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับ Manomaivibool et al. (2018) ที่ดำเนินการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมในหมู่บ้านนำร่องจังหวัดเชียงราย 18 แห่ง โดยส่งเสริมการหมักขยะอินทรีย์ การคัดแยกขยะรีไซเคิล และการใช้ปุ๋ยในครัวเรือน พบว่ากิจกรรมมีความเป็นไปได้ โดยลักษณะที่อยู่อาศัยและการสนับสนุนของท้องถิ่นเป็นเงื่อนไขสำคัญ ผลการศึกษาทั้งสองจึงชี้ไปในทิศทางเดียวกันว่า การส่งเสริมพฤติกรรมควรมีสิ่งสนับสนุนที่เหมาะกับสภาพครัวเรือน อย่างไรก็ตาม การศึกษาครั้งนี้วัดคะแนนพฤติกรรมและการมีส่วนร่วม จึงยังไม่ใช่หลักฐานโดยตรงของปริมาณขยะที่ลดลง

ความพึงพอใจและความคิดเห็นต่อความเป็นไปได้ในการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องอยู่ในระดับมากที่สุด สะท้อนการยอมรับรูปแบบของผู้เข้าร่วมและภาคีเครือข่ายในระยะที่ประเมิน ทั้งนี้ อาจเป็นผลจากการเปิดโอกาสให้เสนอปัญหาและปรับกิจกรรมร่วมกัน เช่น การจัดจุดหมักขยะรวมสำหรับครัวเรือนที่มีพื้นที่จำกัด และการปรับเวลาเปิดธนาคารขยะให้ผู้ทำงานเข้าร่วมได้ การปรับดังกล่าวแสดงให้เห็นบทบาทของการสะท้อนผลในการทำให้กิจกรรมเหมาะสมกับชีวิตประจำวัน อย่างไรก็ตาม ด้านความต่อเนื่องของการดำเนินงานมีคะแนนความพึงพอใจต่ำกว่าด้านอื่น จึงควรให้ความสำคัญกับผู้รับผิดชอบ ทรัพยากร และการติดตามหลังสิ้นสุดกิจกรรม โดยตีความคะแนนความคิดเห็นเป็นการยอมรับและความคาดหวังต่อการดำเนินงานต่อเนื่อง ส่วนความยั่งยืนควรประเมินจากการปฏิบัติที่คงอยู่ในระยะยาว

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 พชอ. ควรใช้ข้อมูลปัญหาขยะของพื้นที่กำหนดแนวทางดำเนินงานร่วมกับ อปท. และชุมชน โดยระบุผู้รับผิดชอบและติดตามความก้าวหน้าผ่านการประชุมที่มีอยู่เดิม

1.2 อปท. และแกนนำชุมชนควรสนับสนุนการคัดแยกขยะให้เชื่อมโยงกับระบบเก็บขนและการนำกลับมาใช้ประโยชน์ โดยปรับกิจกรรมตามข้อจำกัดของครัวเรือน เช่น จัดจุดหมักขยะร่วมสำหรับบ้านที่มีพื้นที่จำกัด และกำหนดเวลารับขยะรีไซเคิลให้สะดวกต่อผู้เข้าร่วม

1.3 ควรนำรูปแบบไปประยุกต์ใช้ในชุมชนที่มีความพร้อม โดยให้ประชาชนร่วมกำหนดกิจกรรมและสะท้อนปัญหา พร้อมปรับบทบาทภาคีและวิธีดำเนินงานให้เหมาะสมกับบริบทของแต่ละพื้นที่

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรติดตามผลหลังสิ้นสุดกิจกรรม 6–12 เดือน เพื่อประเมินความต่อเนื่องของพฤติกรรม การมีส่วนร่วม และการดำเนินกิจกรรมของชุมชน

2.2 ควรเพิ่มการวัดปริมาณขยะก่อนและหลังดำเนินงาน เช่น น้ำหนักขยะที่ส่งกำจัดและขยะที่นำกลับมาใช้ประโยชน์ เพื่อประเมินผลลัพธ์ควบคู่กับคะแนนพฤติกรรม

2.3 ควรศึกษาการใช้รูปแบบในพื้นที่อื่นโดยมีกลุ่มเปรียบเทียบ เพื่อประเมินผลของรูปแบบและเงื่อนไขที่เอื้อต่อการนำไปใช้ในบริบทที่แตกต่างกัน

เอกสารอ้างอิง

กรมควบคุมมลพิษ. (2567). *รายงานสถานการณ์มลพิษของประเทศไทย ปี 2566*. https://www.pcd.go.th/wp-content/uploads/2024/06/pcdnew-2024-06-21_06-42-54_474054.pdf

กานต์ชัชพิสิฐ คงเสถียรพงษ์, และศิวิไลซ์ วนรัตน์วิจิตร. (2564). คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ: ความท้าทายและการพัฒนา. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์, 13*(2), 275–286. https://he01.tci-thaijo.org/index.php/unc/article/view/253837

มานะ ศิริเลี้ยง. (2567). การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอศรีสมเด็จ. *วารสารวิจัยและพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ, 5*(3), 146–163. https://he01.tci thaijo.org/index.php/jrhi/article/view/274493

ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ. 2561. (2561, 9 มีนาคม). *ราชกิจจานุเบกษา*. เล่ม 135 ตอนพิเศษ 54 ง. หน้า 1–7.

สุภาพร แปยอ. (2567). การพัฒนารูปแบบการจัดการขยะมูลฝอยอย่างมีส่วนร่วมของชุมชน กรณีศึกษาชุมชนตำบลเหล่าบก อำเภอม่วงสามสิบ จังหวัดอุบลราชธานี. *วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน, 10*(2), 110–124. https://he02.tci-thaijo.org/index.php/ajcph/article/view/265702

สุริยา นะที, และบรรเทิง พลสวัสดิ์. (2568). รูปแบบการจัดการขยะมูลฝอยโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเหล่าแดง อำเภอดอนมดแดง จังหวัดอุบลราชธานี. *วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ, 10*(2), 979–988. https://so06.tci-thaijo.org/index.php/hej/article/view/286500

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย. (2566). *รายงานการดำเนินงานการจัดการสิ่งแวดล้อมและสุขาภิบาลชุมชน จังหวัดเชียงราย*.

สำนักงานสิ่งแวดล้อมภาคที่ 1 เชียงใหม่. (2566). *รายงานสถานการณ์สิ่งแวดล้อมจังหวัดเชียงราย พ.ศ. 2566*. กรมควบคุมมลพิษ.

Arnstein, S. R. (1969). A ladder of citizen participation. *Journal of the American Institute of Planners, 35*(4), 216–224. https://doi.org/10.1080/01944366908977225

Kaza, S., Yao, L. C., Bhada-Tata, P., & Van Woerden, F. (2018). *What a waste 2.0: A global snapshot of solid waste management to 2050*. World Bank. https://doi.org/10.1596/978-1-4648-1329-0

Krejcie, R. V., & Morgan, D. W. (1970). Determining sample size for research activities. *Educational and Psychological Measurement, 30*(3), 607–610. https://doi.org/10.1177/001316447003000308

Manomaivibool, P., Srivichai, M., Unroj, P., & Dokmaingam, P. (2018). Chiang Rai Zero Waste: Participatory action research to promote source separation in rural areas. *Resources, Conservation and Recycling, 136*, 142–152. https://doi.org/10.1016/j.resconrec.2018.04.002

Pretty, J. N. (1995). Participatory learning for sustainable agriculture. *World Development, 23*(8), 1247–1263. https://doi.org/10.1016/0305-750X(95)00046-F

