



วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีนอร์ทเทิร์น

JOURNAL OF SCIENCE AND TECHNOLOGY NORTHERN

ปีที่ 6 ฉบับที่ 3 ประจำเดือน กรกฎาคม - กันยายน 2568



วัตถุประสงค์ของการจัดพิมพ์วารสาร

1. เพื่อส่งเสริมและสนับสนุนให้นักวิชาการ คณาจารย์ นิสิต นักศึกษา และบุคคลทั่วไป ได้เผยแพร่บทความทางวิชาการและบทความวิจัยที่มีคุณภาพ
2. เพื่อเป็นสื่อกลางในการแลกเปลี่ยนความรู้ ประสบการณ์ด้านวิชาการ และด้านการวิจัย

ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ไตรรัตน์ ยืนยง อธิการบดีวิทยาลัยนอร์ทเทิร์น

บรรณาธิการ

ดร.พุดพิงศ์ มากมาย คณบดีคณะสหเวชศาสตร์ วิทยาลัยนอร์ทเทิร์น

ผู้ช่วยบรรณาธิการ

ดร.เพชรลดา บริหาร วิทยาลัยนอร์ทเทิร์น

กองบรรณาธิการ

รองศาสตราจารย์ ดร.เดชา	ทำดี	มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
รองศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์	บุญเชียง	มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
รองศาสตราจารย์ ดร.ปัทมา	สุพรรณกุล	มหาวิทยาลัยนเรศวร
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ไตรรงค์	เปลี่ยนแสง	โปรแกรมวิทยาศาสตร์ทั่วไป
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนัญญา	จิระพรกุล	มหาวิทยาลัยขอนแก่น

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิกลั่นกรองบทความ

รองศาสตราจารย์ สฤษดิ์	พรมสายใจ	มหาวิทยาลัยราชภัฏกำแพงเพชร
รองศาสตราจารย์ ดร.ณรงค์ศักดิ์	หนูสอน	มหาวิทยาลัยนเรศวร
รองศาสตราจารย์ ดร.นันทะ	บุตรน้อย	มหาวิทยาลัยราชภัฏลำปาง
รองศาสตราจารย์ ดร.อรสา	เตติวัฒน์	มหาวิทยาลัยราชภัฏนครสวรรค์
รองศาสตราจารย์ ดร.เดชา	ทำดี	มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

รองศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์	บุญเชียง	มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
รองศาสตราจารย์ ดร.ปัทมา	สุพรรณกุล	มหาวิทยาลัยนเรศวร
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อมรศักดิ์	โพธิ์อำ	วิทยาลัยนอร์ทเทิร์น
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เสนห์	แสงเงิน	มหาวิทยาลัยนเรศวร
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ฐาวัรี	ชั้นสำโรง	มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนัญญา	จิระพรกุล	มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธันช	กนกเทศ	มหาวิทยาลัยนเรศวร
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ภัทรพล	มากมี	มหาวิทยาลัยนเรศวร
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.มณฑา	หมีไพรพฤษย์	มหาวิทยาลัยราชภัฏกำแพงเพชร
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เสาวลักษณ์	ยอดวิญญูวงศ์	มหาวิทยาลัยราชภัฏกำแพงเพชร
ผู้ช่วยศาสตราจารย์พิเศษ ดร.สมตระกูล ราศิริ		วิทยาลัยการสาธารณสุขสุรินทร์ จังหวัดพิษณุโลก
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ไตรรงค์	เปลี่ยนแสง	โปรแกรมวิทยาศาสตร์ทั่วไป
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนัญญา	จิระพรกุล	มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ อานนท์	วงษ์มณี	มหาวิทยาลัยราชภัฏกำแพงเพชร
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ปรานิ	เลิศแก้ว	มหาวิทยาลัยราชภัฏกำแพงเพชร
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อภิศักดิ์	ชั้นแก้วหล้า	มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลล้านนา ตาก
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อัจฉรา	ดลวิทย์คุณ	มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลล้านนา ตาก
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จักรกฤษ	เคลือบวัง	มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลล้านนา ตาก
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.บุษบา	ขมิณฑ์	มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลล้านนา
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สำราญ	ชั้นสำโรง	ม.มหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย วิทยาเขตเชียงใหม่
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ เนาวรัตน์	มณีนิล	มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วีระพรรณ	จันทร์เหลือง	วิทยาลัยนอร์ทเทิร์น
อาจารย์ ดร.ยุพรัตน์	หลิมมงคล	มหาวิทยาลัยขอนแก่น
อาจารย์ ดร.กิตติพัทธ์	เอี่ยมมรด	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตาก
อาจารย์ ดร.จีระเกียรติ	ประสานธนกุล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตาก
อาจารย์ ดร.น.สพ.เมธี	สุทธศิลป์	วิทยาลัยนอร์ทเทิร์น
อาจารย์ ดร.รุ่งตะวัน	เมืองมูล	มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา
อาจารย์ ดร.สถาพร	สาภา	วิทยาลัยนอร์ทเทิร์น

อาจารย์ ผศ.ดร.สุพัฒน์	อาสนะ	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น
อาจารย์ จินดา	ม่วงแก่น	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก
อาจารย์ ดร.นพดล	ทองอร่าม	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี

ฝ่ายจัดการและเลขานุการกองบรรณาธิการ

อาจารย์จตุพร	แพงจักร	วิทยาลัยนอร์ทเทิร์น
อาจารย์ประวิทย์	ห่านใต้	วิทยาลัยนอร์ทเทิร์น
นายภัทรภณ	นิลสิงห์	วิทยาลัยนอร์ทเทิร์น

กำหนดการเผยแพร่

- ปีละ 4 ฉบับ
- ฉบับที่ 1 เดือน มกราคม-มีนาคม
- ฉบับที่ 2 เดือน เมษายน-มิถุนายน
- ฉบับที่ 3 เดือน กรกฎาคม-กันยายน
- ฉบับที่ 4 เดือน ตุลาคม-ธันวาคม

เจ้าของวารสาร

วิทยาลัยนอร์ทเทิร์น

สำนักงาน

กองบรรณาธิการวารสาร ฝ่ายวิจัยและบริการวิชาการ วิทยาลัยนอร์ทเทิร์น ชั้น 1
888 หมู่ 2 ถนนพหลโยธิน (แนวเก่า) ตำบลหนองบัวใต้ อำเภอเมือง จังหวัดตาก 63000
โทรศัพท์ 055-517488 ต่อ 5

พิมพ์ที่ บริษัท พีค การพิมพ์ จำกัด เลขที่ 24/9 ถนนติวานนท์ ตำบลบ้านกลาง อำเภอเมืองปทุมธานี
จังหวัดปทุมธานี 12000 โทรศัพท์ 0-297-9571-6

สารบัญ

บทความวิจัย	หน้า
ประสิทธิผลของโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ โรงพยาบาลศรีนคร จังหวัดสุโขทัย ชัชฎาภรณ์ ศิริพงศ์ตระกูล.....	1
ปัจจัยที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพการได้รับบริการเภสัชกรรมปฐมภูมิในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จังหวัดสุโขทัย พงศ์พัฒน์ เรืองวิทย์ และทรงศนีย์ บุญมัน.....	29
ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเตรียมความพร้อมสู่การเป็นผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพของประชาชนในตำบลบ้านด่าน อำเภอบ้านด่านลานหอย จังหวัดสุโขทัย คมสันต์ ดีจุ.....	50
ผลทันทีของการรักษาทางกายภาพบำบัดต่ออาการปวดด้วยเทคนิค Rhythm neck unwind ในผู้ที่มีอาการปวดคอเรื้อรังในโรงพยาบาลบางละมุง : การศึกษาวิจัยเชิงเปรียบเทียบแบบสุ่ม ภัสรานันท์ สุริยะเชาวนันท์.....	74
ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามแนวทางของ DASH ร่วมกับทฤษฎีการรับรู้ความสามารถแห่งตนและแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลศรีนคร จังหวัดสุโขทัย นพรดา นรินันท์.....	89

สารบัญ (ต่อ)

บทความวิจัย	หน้า
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ในคลินิกหมอครอบครัวหนองตูม อำเภอกงไกรลาศ จังหวัดสุโขทัย ศตวรรษ บัวจร.....	112
การพัฒนารูปแบบการบริหารเชิงกลยุทธ์เพื่อพัฒนาคุณภาพบริการของโรงพยาบาล สวรรคโลก จังหวัดสุโขทัย เอกมล วิฑูรอนันต์ และทรงศนีย์ บุญมัน.....	126
ประสิทธิผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจต่อการป้องกันภาวะ ซึมเศร้าในผู้สูงอายุ สมพงษ์ นาคพรม.....	135



ประสิทธิผลของโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ โรงพยาบาลศรีนคร จังหวัดสุโขทัย

ชัยภากรณ์ ศิริพงศ์ตระกูล¹

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบกึ่งทดลอง 2 กลุ่ม เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ณ โรงพยาบาลศรีนคร จังหวัดสุโขทัย กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองระดับสูงขึ้นไป จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ จำนวน 30 คน และกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 30 คน เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจที่ประกอบด้วย 7 กิจกรรม ใช้เวลา 12 สัปดาห์ ภายใต้กรอบแนวคิดของทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง แบบประเมินความคาดหวังในความสามารถตนเอง แบบประเมินความคาดหวังในผลดีของพฤติกรรมป้องกันโรค และแบบประเมินพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา Independent t-test และ Paired t-test

ผลการศึกษา พบว่า ภายหลังจากได้รับโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มทดลองมีคะแนนการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ความคาดหวังในความสามารถตนเอง ความคาดหวังในผลดีของพฤติกรรมป้องกันโรค และพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ทั้งนี้ ควรมีการขยายผลโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจไปยังโรงพยาบาลชุมชนและหน่วยบริการสาธารณสุขอื่นๆ ในเขตสุขภาพที่ 2 พร้อมทั้งพัฒนาระบบติดตามผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ในระยะยาวโดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัล เพื่อให้การดูแลป้องกันโรคหลอดเลือดสมองมีประสิทธิภาพและยั่งยืน

คำสำคัญ : โปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจ, การป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง, ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลศรีนคร จังหวัดสุโขทัย, E-mail : tumtor1245@gmail.com



Effectiveness of a Motivational Enhancement Program for Stroke Prevention Among Uncontrolled Hypertensive Patients at Si Nakhon Hospital, Sukhothai Province

Chatchadaphon Siriphongtrakool¹

ABSTRACT

A quasi-experimental two-group study was conducted to examine the effectiveness of a motivational enhancement program for stroke prevention among uncontrolled hypertensive patients at Si Nakhon Hospital, Sukhothai Province. The sample consisted of 60 hypertensive patients with high to very high risk of stroke, divided into a control group receiving routine care (n=30) and an experimental group receiving the motivational enhancement program for stroke prevention (n=30). The intervention tool was a motivational enhancement program comprising 7 activities over 12 weeks, based on the Protection Motivation Theory framework. Data collection instruments included questionnaires assessing perceived severity of stroke, perceived vulnerability to stroke, self-efficacy expectations, outcome expectations of preventive behaviors, and stroke prevention behaviors. Data were analyzed using descriptive statistics, Independent t-test, and Paired t-test.

Results showed that after receiving the motivational enhancement program for stroke prevention, the experimental group demonstrated significantly better scores in perceived severity of stroke, perceived vulnerability to stroke, self-efficacy expectations, outcome expectations of preventive behaviors, and stroke prevention behaviors compared to baseline and the control group at the statistical significance level of 0.001. The program should be expanded to community hospitals and other health service units in Health Region 2, along with developing a long-term follow-up system for uncontrolled hypertensive patients using digital technology to ensure effective and sustainable stroke prevention care.

Keywords: motivational enhancement program, stroke prevention, uncontrolled hypertensive patients

¹ Professional Nurse (PROFESSIONAL Level), Primary and Comprehensive Care Services Division, Sri Nakhon Hospital
E-mail : tumtor1245@gmail.com

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง คือ ภาวะที่มีความผิดปกติของระบบหลอดเลือดสมอง เป็นเหตุให้สมอง บางส่วน หรือทั้งหมดทำงานผิดปกติไป ก่อให้เกิดอาการและอาการแสดงซึ่งคงอยู่เกิน 24 ชั่วโมง หรือทำให้เสียชีวิต องค์การอนามัยโลกประมาณว่าทุกปีมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมากกว่า 15 ล้านคนทั่วโลก 5 ล้านคนพิการถาวร 5 ล้านคนเสียชีวิต และ 2 ใน 3 อยู่ในประเทศกำลังพัฒนา โรคหลอดเลือดสมองเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญระดับโลก และประเทศไทย องค์การอนามัยโลกรายงานว่าในปี 2563 มีผู้เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองทั่วโลกประมาณ 6.2 ล้านคน (WHO, 2021) สำหรับประเทศไทยพบว่าเป็นสาเหตุการตายอันดับ 2 และเป็นสาเหตุของความพิการอันดับ 1 โดยพบอุบัติการณ์ 250-350 รายต่อประชากรแสนคนต่อปี (สถาบันประสาทวิทยา, 2564)

สำหรับประเทศไทย จากฐานข้อมูลทางเหตุการณ์เสียชีวิตของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข ปี 2558 พบว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตเป็นอันดับหนึ่ง คิดเป็น 43.3 ต่อแสนประชากร โรคหลอดเลือดสมองทำให้เกิดความพิการและทุพพลภาพรวมถึงเกิดภาวะบกพร่องของร่างกาย ในด้านต่าง ๆ เช่น ปัญหาเรื่องการพูดและการสื่อสาร การรับรู้และสติปัญญา การรับรู้ความรู้สึกต่าง ๆ การเคลื่อนไหวและความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะผู้ที่อายุมากกว่า 80 ปี จะมีอัตราการเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองร้อยละ 17 และมีผู้ป่วยเพียงร้อยละ 50 ที่หลังการรักษาในโรงพยาบาลแล้วสามารถกลับไปอยู่บ้านได้ จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จึงมีแนวโน้มจะเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ สาเหตุของโรคเกิดจากวิถีชีวิตและพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้องเหมาะสม ได้แก่ การรับประทานอาหารที่มากเกินไปหรือ รับประทานอาหารรสหวานจัด เค็ม รับประทานอาหารผักผลไม้ไม่เพียงพอ ไม่ออกกำลังกายและขาดความเคลื่อนไหวทางกาย น้อยลงไม่ออกกำลังกาย ความเครียด และพักผ่อนไม่เพียงพอ ประกอบกับการสูบบุหรี่ และการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์จึงเป็นปัจจัยเสี่ยงด้านพฤติกรรมสุขภาพดังกล่าว ส่งผลให้เกิดภาวะน้ำหนักเกิน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง ประชากรในช่วงอายุช่วงประมาณ 50-60 ปี จะมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง เพศชายโอกาสเกิดสูงกว่าเพศหญิง ร้อยละ 70 และการดื่มแอลกอฮอล์มากกว่า 5 drink/วัน จะเพิ่มโอกาสการเป็นโรคหลอดเลือดสมองถึง 1.69 เท่า รวมถึงการสูบบุหรี่เป็นปัจจัยเสี่ยงอย่างหนึ่ง โดยมีความเสี่ยงเพิ่มขึ้นเป็น 1.5 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ไม่สูบบุหรี่ และในคนที่มีส่วนระหว่างรอบเอวกับรอบสะโพกมากกว่าปกติ มีความเสี่ยงที่จะเป็นโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าคนที่มีส่วนปกติ ในกลุ่มอายุเดียวกัน 2.3 เท่า (วิชัยเทียนถาวร, 2560)

โรคความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่สุดของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง การศึกษาของ Johnson และคณะ (2023) พบว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่าคนทั่วไป 3-4 เท่า สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศไทยที่พบว่าร้อยละ 78 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีประวัติเป็นโรคความดันโลหิตสูง (วิชัย เอกพลากร และคณะ, 2565) สถานการณ์โรคหลอดเลือดสมองระดับโลก ในปี 2566 พบว่า มีประชาชนที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองสูงถึง 101 ล้านคน มีผู้เสียชีวิตประมาณ 6.6 ล้านคนต่อปี และยังพบผู้ป่วยใหม่ถึง 13.7 ล้านคนต่อปี โดย 1 ใน 4 เป็นผู้ป่วยที่มีอายุ 25 ปีขึ้นไป และร้อยละ 60 เสียชีวิตก่อนวัยอันควร (World Stroke Organization, 2023) นอกจากนี้ องค์การอนามัยโลกยังได้ประมาณการความเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในประชากรโลกโดยกล่าวว่า ในประชากรจำนวน 4 คนจะป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง 1 คน โดยคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2573 จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั่วโลกจะเพิ่มขึ้นเป็น 80 ล้านคน (World Health Organization, 2024) สำหรับประเทศไทย จากรายงานกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (2565) พบว่า ในปี 2560-2564 มีอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อประชากรแสนคน เท่ากับ 47.81, 47.15, 52.97, 52.80 และ 55.53 ตามลำดับ ในเขตสุขภาพที่ 2 พบว่า มีอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อประชากรแสนคน เท่ากับ 47.81, 53.60, 55.36, 57.73 และ 58.54 ตามลำดับ สำหรับจังหวัดสุโขทัย มีอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อประชากรแสนคน เท่ากับ 60.25, 52.54, 57.77, 62.29 และ 63.49 ตามลำดับ จากข้อมูลดังกล่าว พบว่า อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระดับประเทศสูงที่สุดคือ ปี 2563 ในระดับเขตสุขภาพที่ 2 โรคหลอดเลือดสมองมีแนวโน้มที่เพิ่มสูงขึ้นตั้งแต่ปี 2560-2564 ในส่วนจังหวัดสุโขทัยมีแนวโน้มอัตราการตายที่สูงขึ้นตั้งแต่ปี 2562-2564 และเมื่อเปรียบเทียบอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ในปี 2563 ของจังหวัดสุโขทัยสูงกว่าระดับเขตสุขภาพที่ 2 และระดับประเทศ นอกจากนี้เมื่อวิเคราะห์ข้อมูลอัตราป่วยรายใหม่ของโรคหลอดเลือดสมอง ในปี 2564-2566 ของจังหวัดสุโขทัย พบว่า มีสาเหตุมาจากโรคความดันโลหิตสูงซึ่งมีอัตรา 599.15 , 663.39 และ 709.89 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ โดยจะเห็นว่ามีแนวโน้มที่เพิ่มสูงขึ้น (Health Data Center, 2566) โดยอำเภอศรีนครมีอัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ในปี 2565-2567 คือ ร้อยละ 29.8 30.0 และ 30.0 ตามลำดับ มีอัตราป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 0.93 0.92 และ 0.89 ตามลำดับ และทั้งนี้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ เป็นโรคหลอดเลือดสมอง รายใหม่ ร้อยละ 0.31 0.69 และ 1.50 ตามลำดับ มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น

การป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) มีความเกี่ยวข้องกับการควบคุมความดันโลหิต ซึ่งเป็นปัจจัยหลัก แม้ว่าจะมีการดำเนินการเพื่อลดความชุกของความดันโลหิตสูง (Hypertension) และผลกระทบที่ตามมา แต่ความท้าทายในการควบคุมความดันโลหิตยังคงมีอยู่ การทบทวนวรรณกรรมชี้ให้เห็นถึงความล้มเหลว

ในการควบคุมความดันโลหิตในหลายประเทศที่ยังมีอัตราการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดสูง แม้จะมีการรักษา และการจัดการความดันโลหิตก็ตาม การศึกษาสถานการณ์การควบคุมระดับความดันโลหิตในประเทศอินเดีย พบว่าประมาณร้อยละ 46 ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ดีพอ ส่งผลให้ความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองสูง (Shokir o'g'li & Katenka, 2023) นอกจากนี้ การวิจัยเกี่ยวกับการควบคุมความดันโลหิตในระดับต่าง ๆ เช่น การควบคุมมาตรฐาน (systolic BP <140 mmHg) และการควบคุมเข้มงวด (systolic BP <120 mmHg) พบว่ามีความแตกต่างในการลดความเสี่ยงของหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยกลุ่มต่าง ๆ การศึกษาพบว่า การควบคุมความดันโลหิตที่เข้มงวดสามารถลดความเสี่ยงของการเกิดเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องกับโรคหลอดเลือดสมองได้ดีกว่าการควบคุมมาตรฐาน (Bonifant & Weir, 2022) จากการ ทบทวนวรรณกรรมยังระบุถึงความสำคัญของการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพเพื่อควบคุมความดันโลหิต การ เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การออกกำลังกาย การควบคุมอาหาร การลดการบริโภคเกลือ และการเลิกสูบบุหรี่ มีบทบาทสำคัญในการลดความเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง โดยเฉพาะในประเทศที่มีรายได้ต่ำและปาน กลาง (World Health Organization, 2016) (Krishnamurthi, R., et al., 2020) (Meschia, J. F., et al., 2014) (ธีรพล สุขมาก และคณะ, 2562)

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าแรงจูงใจในการป้องกันโรคเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วย Rogers (2021) พบว่าผู้ป่วยที่มีแรงจูงใจในการป้องกันโรคสูงจะมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ที่ดีกว่าและมีผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีกว่า สอดคล้องกับการศึกษาของ Chen และคณะ (2022) ที่พบว่าโปรแกรม เสริมสร้างแรงจูงใจสามารถเพิ่มความร่วมมือในการรักษาและการควบคุมความดันโลหิตได้อย่างมีนัยสำคัญอย่างไร ก็ตาม การศึกษาส่วนใหญ่ดำเนินการในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ ยังไม่มีการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมดังกล่าว ในบริบทของโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งมีข้อจำกัดด้านทรัพยากรและบุคลากร ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาประสิทธิผลของ โปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ เพื่อ พัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อ การเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ความคาดหวังในความสามารถตนเองต่อการมีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือด สมอง ความคาดหวังในผลดีของพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือด

สมองในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้

2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ความคาดหวังในความสามารถตนเองต่อการมีพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ความคาดหวังในผลดีของ พฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองและพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองระหว่าง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้

1. กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ความคาดหวังในความสามารถของตนเอง ความคาดหวังในผลดีของการมีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

2. กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ความคาดหวังในความสามารถของตนเอง ความคาดหวังในผลดีของการมีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่ากลุ่มควบคุม

ขอบเขตของการวิจัย

ขอบเขตด้านการศึกษา การศึกษาครั้งนี้เป็นงานวิจัยกึ่งทดลองแบบ 2 กลุ่ม (quasi-experimental research: two group designs) เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจในการป้องกัน โรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้

ขอบเขตด้านพื้นที่ โรงพยาบาลศรีนคร จังหวัดสุโขทัย

ขอบเขตด้านประชากร ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการในโรงพยาบาลศรีนคร ทั้งเพศชาย และหญิงที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองระดับสูงขึ้นไป จำนวน 294 คน

ขอบเขตด้านระยะเวลา

ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย มกราคม 2568 ถึง มิถุนายน 2568

ระยะเวลาในการเก็บข้อมูล มีนาคม 2568 ถึง พฤษภาคม 2568

กรอบแนวคิดการวิจัย

วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีอินเทอร์เน็ท ปีที่ 6 ฉบับที่ 3 กรกฎาคม – กันยายน 2568

Science and Technology Northern Journal Vol.6(3), July - September 2025

ตัวแปรต้น

ตัวแปรตาม

โปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจในการป้องกัน

โรคเลือดสมอง โรงพยาบาลศรีนคร

สัปดาห์ที่ 1 กิจกรรมสร้างสัมพันธ์/รู้จักตัวเอง

- ผู้วิจัยและผู้ช่วยนักวิจัยแนะนำตนเองกับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้

- เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม และให้กลุ่มตัวอย่าง

- ร่วมกันกำหนดเป้าหมายการปฏิบัติตน

สัปดาห์ที่ 2 กิจกรรมรู้และเข้าใจ

- ให้ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง

ชมวีดิทัศน์เกี่ยวกับประสบการณ์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เคยป่วยด้วยโรค

หลอดเลือดสมองและรักษาได้สำเร็จ

- แนะนำผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้

- มอบคู่มือและสมุดบันทึกการป้องกันโรคสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้

สัปดาห์ที่ 3 และ 10 กิจกรรมดูแลตนเอง

- กลุ่มตัวอย่างฝึกการดูแลตนเองจากคู่มือ

สัปดาห์ที่ 4 กิจกรรมระทำได้ไหม

- ผู้วิจัยติดตามการปฏิบัติตามเป้าหมายโดยการนำข้อมูลในแบบบันทึกมาแลกเปลี่ยนกัน

สัปดาห์ที่ 6,9 กิจกรรมเยี่ยมบ้าน

สัปดาห์ที่ 12 กิจกรรมวันแห่งความสำเร็จ

- เก็บข้อมูลอีกครั้งโดยใช้แบบสอบถามชุดเดียวกับการเก็บข้อมูลในสัปดาห์ที่ 1

- ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามและแสดงความคิดเห็นต่อโปรแกรม

- การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง

- การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

- ความคาดหวังในความสามารถตนเอง

- ความคาดหวังในผลดีของพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

- พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาค้นคว้านี้เป็นงานวิจัยกึ่งทดลองแบบ 2 กลุ่ม (quasi-experimental research: two group designs) เพื่อศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจในการป้องกันโรคเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการในโรงพยาบาลศรีนครินทร์ ทั้งเพศชายและหญิงที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองระดับสูงขึ้นไป จำนวน 294 คน

กลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการในโรงพยาบาลศรีนครินทร์ ทั้งเพศชายและหญิงที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองระดับสูงขึ้นไป ที่ได้รับการคัดกรองโรคหลอดเลือดสมองตามแบบคัดกรองความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดสมองของกรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุข โดยเกณฑ์ในการประเมินปัจจัยเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง มี 7 ข้อ และเกณฑ์การแปลผลความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ มีความเสี่ยง คือ มีปัจจัยเสี่ยง ≤ 2 ข้อ มีความเสี่ยงสูง คือ มีปัจจัยเสี่ยง 3 - 4 ข้อ และมีความเสี่ยงสูงมาก คือ มีปัจจัยเสี่ยง ≥ 5 ข้อ เมื่อทำการคัดกรองแล้วพบมีภาวะเสี่ยงสูงขึ้นไป จำนวน 294 คน ตามคุณสมบัติที่กำหนดในเกณฑ์คัดเข้าและคัดออก

กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาค้นคว้านี้ผู้วิจัยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการในโรงพยาบาลศรีนครินทร์ ทั้งเพศชายและหญิงที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองระดับสูงขึ้นไป ระหว่างเดือนมีนาคม 2568 ถึง พฤษภาคม 2568 คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G* Power กำหนดอำนาจในการทดสอบที่ 0.90 กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และขนาด ค่าอิทธิพล 0.80 (บุญใจ ศรีสถิตนรากร, 2553) ได้กลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยครั้งนี้ รวม 60 ราย ประกอบด้วยกลุ่มทดลอง จำนวน 30 ราย และกลุ่มควบคุม จำนวน 30 ราย

เกณฑ์ในการคัดเข้าศึกษา (Inclusion criteria)

เลือกกลุ่มตัวอย่างให้มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ ในการคัดเข้าศึกษา ดังนี้

1. ได้รับการคัดกรองโรคหลอดเลือดสมอง และพบมีภาวะเสี่ยงสูงขึ้นไป
2. ไม่มีภาวะแทรกซ้อนโรคหลอดเลือดสมอง
3. สามารถอ่าน เขียน และพูดภาษาไทยได้ดี

4. ยินยอมและสมัครใจที่จะเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้

เกณฑ์ในการคัดออกจากการศึกษา (Exclusion criteria)

1. ตัดกลุ่มตัวอย่างออกจากการวิจัย เมื่อคุณสมบัติตามเกณฑ์ในการคัดออกจากการศึกษา คือ ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ตลอดโปรแกรม และไม่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัยต่อ
2. มีการเจ็บป่วยทางด้านร่างกายต้องเข้ารับการรักษาจากแพทย์โดยทันที

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยแบ่งเป็น 2 ประเภท ได้แก่ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และประเมินผล และเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลและประเมินผล

1.1 แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลคุณลักษณะทั่วไปของประชากร ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา รายได้ น้ำหนัก ส่วนสูง รอบเอว ดัชนีมวลกาย ระดับความดันโลหิต พฤติกรรมการสูบบุหรี่ พฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และพฤติกรรมการออกกำลังกาย

ส่วนที่ 2 แบบคัดกรองความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดสมอง (กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2558) จำนวน 7 ข้อ เกณฑ์การแปลผลความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่

มีความเสี่ยง คือ มีปัจจัยเสี่ยง ≤ 2 ข้อ

มีความเสี่ยงสูง คือ มีปัจจัยเสี่ยง 3 - 4 ข้อ

มีความเสี่ยงสูงมาก คือ มีปัจจัยเสี่ยง ≥ 5 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้และความคาดหวังในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้สมองตามทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยชุดคำถามเกี่ยวกับการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ความคาดหวังในความสามารถตนเองต่อการมีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และความคาดหวังในผลดีของพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบปลายปิด เลือกตอบได้เพียง 1 คำตอบ โดยใช้แบบวัดเจตคติของ Likert (Likert scale)

5 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง โดยแต่ละคำตอบกำหนดเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ให้คะแนนเท่ากับ 5
เห็นด้วย	ให้คะแนนเท่ากับ 4
ไม่แน่ใจ	ให้คะแนนเท่ากับ 3
ไม่เห็นด้วย	ให้คะแนนเท่ากับ 2
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ให้คะแนนเท่ากับ 1

กำหนดการแปลผลระดับการรับรู้และความคาดหวังในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งมีคะแนนเต็มอยู่ระหว่าง 1 - 120 คะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้

ระดับน้อย	หมายถึง	มีคะแนนระหว่าง 24 - 56 คะแนน
ระดับปานกลาง	หมายถึง	มีคะแนนระหว่าง 57 - 89 คะแนน
ระดับสูง	หมายถึง	มีคะแนนระหว่าง 90 - 120 คะแนน

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยชุดคำถามเกี่ยวกับความถี่ในการปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วยพฤติกรรมด้านโภชนาการ ด้านการออกกำลังกาย ด้านการจัดการความเครียด ด้านการลดหรืองดสูบบุหรี่และดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบปลายปิด เลือกตอบได้เพียง 1 คำตอบ โดยใช้มาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) ให้คะแนนเป็นรายชื่อ 5 ระดับ ได้แก่ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติบ้างปานกลาง ปฏิบัติน้อยครั้ง และไม่เคยปฏิบัติ โดยแต่ละคำตอบกำหนดเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ปฏิบัติเป็นประจำ	หมายถึง	เมื่อท่านปฏิบัติพฤติกรรมนั้น 6 - 7 วัน/สัปดาห์
ปฏิบัติบ่อยครั้ง	หมายถึง	เมื่อท่านปฏิบัติพฤติกรรมนั้น 4 - 5 วัน/สัปดาห์
ปฏิบัติบ่อยปานกลาง	หมายถึง	เมื่อท่านปฏิบัติพฤติกรรมนั้น 3 วัน/สัปดาห์
ปฏิบัติน้อยครั้ง	หมายถึง	เมื่อท่านปฏิบัติพฤติกรรมนั้น 1 - 2 วัน/สัปดาห์
ไม่เคยปฏิบัติ	หมายถึง	เมื่อท่านไม่เคยปฏิบัติพฤติกรรมนั้นเลย

กำหนดเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ลักษณะของพฤติกรรมด้านบวก

พฤติกรรมที่ปฏิบัติเป็นประจำ ให้คะแนน 5 คะแนน

พฤติกรรมที่ปฏิบัติบ่อยครั้ง	ให้คะแนน 4 คะแนน
พฤติกรรมที่ปฏิบัติบ่อยปานกลาง	ให้คะแนน 3 คะแนน
พฤติกรรมที่ปฏิบัติบางครั้ง	ให้คะแนน 2 คะแนน
พฤติกรรมที่ไม่เคยปฏิบัติเลย	ให้คะแนน 1 คะแนน
ลักษณะของพฤติกรรมด้านลบ	
พฤติกรรมที่ปฏิบัติเป็นประจำ	ให้คะแนน 1 คะแนน
พฤติกรรมที่ปฏิบัติบ่อยครั้ง	ให้คะแนน 2 คะแนน
พฤติกรรมที่ปฏิบัติบ่อยปานกลาง	ให้คะแนน 3 คะแนน
พฤติกรรมที่ปฏิบัติบางครั้ง	ให้คะแนน 4 คะแนน
พฤติกรรมที่ไม่เคยปฏิบัติเลย	ให้คะแนน 5 คะแนน

กำหนดการแปลผลระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ซึ่งมีคะแนนเต็มอยู่ระหว่าง 1 - 45 คะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้

ระดับน้อย	หมายถึง	มีคะแนนระหว่าง 1 - 15 คะแนน
ระดับปานกลาง	หมายถึง	มีคะแนนระหว่าง 16 - 30 คะแนน
ระดับสูง	หมายถึง	มีคะแนนระหว่าง 31 - 45 คะแนน

1.2 เครื่องมือวัดสุขภาพ ประกอบด้วย

เครื่องชั่งน้ำหนักแบบมีสเกลวัดส่วนสูง ใช้สำหรับประเมินค่าดัชนีมวลกาย โดยใช้เกณฑ์ของกรมอนามัย (สำนักโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2561) ดังนี้

- ผอม <18.5
- ปกติ 18.5 - 22.9
- น้ำหนักเกิน 23.0 - 24.9
- อ้วนระดับ 1 25.0 - 29.9
- อ้วนระดับ 2 ≥ 30

สายวัดรอบเอว (Anthropometric tape) วิธีการวัดรอบเอว คือ ใช้สายวัดวัดรอบเอว ในตำแหน่งกึ่งกลางระหว่างขอบล่างของกระดูกซี่โครงและขอบบนของกระดูกเชิงกราน วัดในท่ายืนตรง ขณะหายใจออก ใช้สายวัดแนบกับลำตัว ไม่รัดแน่นจนเกินไป และวางอยู่ในแนวขนานกับพื้นเกณฑ์การตัดสินวัดรอบเอว คือ

เพศชายมีเส้นรอบเอวมากกว่า 90 เซนติเมตร และเพศหญิงมีรอบเอวมากกว่า 80 เซนติเมตร (สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2555)

เครื่องวัดความดันโลหิต ใช้เครื่องวัดความดันโลหิตที่ได้รับการทดสอบ มาตรฐานแล้ว โดยใช้เครื่องเดียวตลอดจนสิ้นสุดการวิจัย หน่วยวัดความดันโลหิต คือ มิลลิเมตรปรอท โดยกำหนดเกณฑ์ในการแปลความหมายของระดับความดันโลหิต (JNC7 guideline, 2004 อ้างถึงในสถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2555) ดังนี้

ปกติ <120/80 มิลลิเมตรปรอท

ระยะก่อนความดันโลหิตสูง 120-139/80-89 มิลลิเมตรปรอท

ความดันโลหิตสูงระยะที่ 1 140-159/90-99 มิลลิเมตรปรอท

ความดันโลหิตสูงระยะที่ 2 $\geq 160/100$ มิลลิเมตรปรอท

2. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมแรงจูงใจในการป้องกันโรคของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ กลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้แนวคิดของโดยจัดกิจกรรมตามขั้นตอนของโปรแกรมที่ประกอบด้วย การให้ความรู้โดยการบรรยาย การให้ความรู้จากการจัดกิจกรรม การติดตามเยี่ยมบ้าน และมอบคู่มือการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ มีขั้นตอนดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 กิจกรรมสร้างสัมพันธ์/รู้จักตัวผู้วิจัย

การตั้งเป้าหมาย การประเมินความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง การอธิบายปัญหาของตนเอง และร่วมกันกำหนดเป้าหมายในการแก้ปัญหา โดยมีรายละเอียดของกิจกรรม ดังนี้

1. กิจกรรมสร้างสัมพันธ์/รู้จักตัวผู้วิจัย ผู้วิจัยแนะนำตนเองกับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ แจกป้ายชื่อติดหน้าอก เปิดโอกาสซักถามข้อสงสัย จากนั้นจึงให้เกิดความคุ้นเคย และไว้วางใจ พร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการดำเนินงาน ระยะเวลาในการทำวิจัย ข้อตกลงเบื้องต้นในการเข้าร่วมกลุ่ม ได้แก่ การให้เกียรติความคิดเห็นของสมาชิกทุกคนอย่างเท่าเทียมกัน สามารถแสดงความคิดเห็นได้อย่างอิสระ เห็นด้วยความคิดเห็นของผู้อื่นได้ ไม่มีความคิดเห็นใดผิด และขอความร่วมมือกลุ่มตัวอย่างทุกคนในการเข้าร่วมกิจกรรมจนครบขั้นตอน

2. การประเมินโดยผู้วิจัยเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูล ส่วนบุคคล พฤติกรรมด้านโภชนาการ ด้านการออกกำลังกาย ด้านการจัดการความเครียด ด้านการลดหรืองดสูบบุหรี่และดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือด

เลือดสมอง ความคาดหวังในความสามารถตนเองต่อการมีพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ความคาดหวังในผลดีของพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

3. ให้กลุ่มตัวอย่างประเมินปัญหาของตนเองเกี่ยวกับพฤติกรรมของตนเองในเรื่องพฤติกรรมด้านโภชนาการ การออกกำลังกาย การจัดการกับความเครียด การลดหรืองดสูบบุหรี่และดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ หลังจากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างแลกเปลี่ยนเรียนรู้และแสดงความคิดเห็นในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของตนเอง โดยมีผู้วิจัยสรุปประเด็นและแนะนำแนวทางให้แก่กลุ่มตัวอย่าง

4. ให้กลุ่มตัวอย่างร่วมกันกำหนดเป้าหมายการปฏิบัติตนที่ชัดเจนในระหว่างเข้าร่วมโปรแกรม แรงจูงใจในการป้องกันโรคของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ คือ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพ และลดระดับความเสี่ยงของการเกิดโรคจนอยู่ในระดับเสี่ยงน้อย

5. สรุปกิจกรรมในครั้งนี้ และนัดหมายทำกิจกรรมในครั้งต่อไป

สัปดาห์ที่ 2 กิจกรรมกิจกรรมรู้และเข้าใจ การสร้างแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค ประกอบด้วยกิจกรรมที่สอดคล้องกับทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค (Protection motivation theory) โดยมีรายละเอียดของกิจกรรมดังนี้

1. ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างที่ห้องประชุม ร่วมกับทบทวนกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 1
2. การประเมินอันตรายต่อสุขภาพ (Threat Appraisal) ประกอบด้วย การบรรยายเกี่ยวกับสาเหตุของโรคหลอดเลือดสมอง ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง อาการของโรคหลอดเลือดสมอง ภัยคุกคามของโรคหลอดเลือดสมอง และการปฏิบัติตัวเบื้องต้นเมื่อเกิดโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้ภาพแพทย์ เอกสาร แผ่นพับ การชมวีดิทัศน์เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองที่เหมาะสม อาการของโรคหลอดเลือดสมอง ภัยคุกคามของโรคหลอดเลือดสมอง และการปฏิบัติตัวเบื้องต้นเมื่อเกิดโรคหลอดเลือดสมอง โดยมีผู้วิจัยให้แนะนำและนำเสนอประวัติของอดีตผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ตัว และนำเกี่ยวกับพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ในเรื่องการรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสม การไม่ออกกำลังกาย ความเครียด และการสูบบุหรี่และดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ รวมถึงการรับประทานไม่สม่ำเสมอ ทำให้เกิดอาการของโรคหลอดเลือดสมองขึ้น แขนขาซ้ายอ่อนแรง จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างพูดคุยซักถามตัวแบบและแลกเปลี่ยนประสบการณ์เพื่อกระตุ้นให้เกิดการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองและการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

3. การประเมินการเผชิญปัญหา (Coping Appraisal) ชมวีดิทัศน์เกี่ยวกับประสบการณ์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เคยป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองและรักษาได้สำเร็จ เพื่อกระตุ้นให้เกิดการรับรู้ความคาดหวังในผลดีของพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง โดยการปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสม

4. การประเมินการเผชิญปัญหา (Coping Appraisal) ชมวีดิทัศน์เกี่ยวกับการปฏิบัติตนเพื่อลดโอกาสเสี่ยง ส่งเสริมความสามารถของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกัน

โรคหลอดเลือดสมอง สื่อสารให้เกิดความเกลียดและปรับพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม สร้างความเชื่อมั่น เพื่อกระตุ้นให้เกิดความคาดหวังในความสามารถของตนเองต่อการมีพฤติกรรมป้องกันโรค

5. มอบคู่มือการป้องกันโรคสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ และสมุดบันทึก แนะนำการใช้คู่มือและสมุดบันทึก โดยผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างใช้เป็นการจดบันทึกเป้าหมาย เพื่อใช้เป็นสิ่งกระตุ้นเตือนให้กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองที่เหมาะสม เมื่อผู้วิจัยติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อประเมินพฤติกรรมป้องกันโรคของกลุ่มตัวอย่างว่าสามารถฝึกทักษะเกี่ยวกับการป้องกันโรคในด้านต่าง ๆ ได้หรือไม่สรุปกิจกรรมในครั้งนี้ และนัดหมายทำกิจกรรมในครั้งต่อไป

สัปดาห์ที่ 3 กิจกรรมดูแลตนเอง

การเสริมแรงใจอย่างต่อเนื่อง เป็นกิจกรรมการกำกับตัวเองที่บ้านของกลุ่มตัวอย่างโดยกลุ่มตัวอย่างศึกษากำกับตัวเองจากคู่มือและเป็นที่การกำกับตัวเองเพื่อป้องกันโรคในแบบบันทึกโดยมีอาสาสมัครสาธารณสุขเป็นผู้ติดตามความก้าวหน้าหรือตรวจสอบในด้านต่าง ๆ ของกลุ่มตัวอย่างพร้อมทั้งเตือนการติดตามในครั้งต่อไป

สัปดาห์ที่ 4 กิจกรรมจะทำได้ไหม การเสริมแรงใจอย่างต่อเนื่อง โดยมีรายละเอียดของกิจกรรม ดังนี้

1. ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างในห้องประชุมชมรมนัด กล่าวทักทายกลุ่มตัวอย่าง และชี้แจงกิจกรรมในครั้งนี้

2. ผู้วิจัยทบทวนกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 1 และ 2 และติดตามการปฏิบัติตามเป้าหมาย โดยการนำข้อมูลในแบบบันทึกเปรียบเทียบกับเป้าหมายที่กลุ่มตัวอย่างกำหนด เมื่อพบปัญหาหรืออุปสรรคในกิจกรรมการกำกับตนเองเพื่อป้องกันโรค ผู้วิจัยกำกับการให้คำแนะนำในการปฏิบัติตนและมีการเสริมแรงเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิบัติให้บรรลุตามเป้าหมายที่ตั้งไว้

3. แบ่งกลุ่ม ๆ ละ 10 คน จำนวน 3 กลุ่ม ให้กลุ่มตัวอย่างแลกเปลี่ยนเรียนรู้ปัญหากันภายในกลุ่มอภิปรายและกระตุ้นให้เกิดการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ปัญหาและอุปสรรคต่าง ๆ ในการกำกับตนเอง เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามข้อสงสัย แสดงความคิดเห็นภายในกลุ่ม

4. ผู้วิจัยสรุปกิจกรรมในครั้งนี้พร้อมแจ้งกลุ่มตัวอย่างให้ทราบ และนัดหมายทำกิจกรรมในครั้งต่อไป

สัปดาห์ที่ 6 และ 9 กิจกรรมเยี่ยมบ้าน

การติดตามและการเสริมแรงใจอย่างต่อเนื่อง โดยการเยี่ยมบ้านกลุ่มตัวอย่าง

1. เมื่อถึงบ้านกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยกล่าวทักทายกลุ่มตัวอย่าง เพื่อเป็นการสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างนักวิจัยและกลุ่มตัวอย่าง สอบถามพูดคุยกับกลุ่มตัวอย่างในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ในการเยี่ยมบ้านครั้งนี้ผู้วิจัยจะสังเกตสภาพแวดล้อมที่อยู่ของกลุ่มตัวอย่างเพื่อนำมาวิเคราะห์สาเหตุของปัญหา

2. ผู้วิจัยทบทวนข้อมูลจากสมุดบันทึกของกลุ่มตัวอย่าง ดูการจัดบันทึก รวมถึงปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้น ในระหว่างกิจกรรมและการกล่าวคำชมเชยเพื่อเป็นการเสริมสร้างกำลังใจให้กับกลุ่มตัวอย่าง เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการป้องกันโรคอย่างต่อเนื่อง ในกรณีที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างไม่สามารถปฏิบัติตามที่ผู้วิจัยได้วางแผนไว้ ผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่างได้ร่วมกันหาสาเหตุให้คำปรึกษา ให้ความรู้เพิ่มเติม และให้กลุ่มตัวอย่างตัดสินใจเลือกแนวทางที่เหมาะสมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

สัปดาห์ที่ 10 กิจกรรมดูแลตนเอง

การเสริมแรงจิตใจอย่างต่อเนื่อง เป็นกิจกรรมการกำกับตัวเองที่บ้านของกลุ่มตัวอย่างโดยกลุ่มตัวอย่างศึกษากำกับตัวเองจากคู่มือและเป็นที่การกำกับตัวเองเพื่อป้องกันโรคในแบบบันทึกโดยมีอาสาสมัครสาธารณสุขเป็นผู้ติดตามความก้าวหน้าหรืออุปสรรคในด้านต่าง ๆ ของกลุ่มตัวอย่างพร้อมทั้งแจ้งเตือนการนัดหมายในครั้งต่อไป

สัปดาห์ที่ 12 การประเมินผลและการเสริมแรง โดยมีรายละเอียดของกิจกรรม ดังนี้

1. ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างในห้องประชุมตามนัด กล่าวทักทายพูดคุยกับกลุ่มตัวอย่าง
2. ผู้วิจัยเก็บข้อมูลอีกครั้งโดยใช้แบบสอบถามชุดเดียวกับการเก็บข้อมูลในสัปดาห์ที่ 1
3. ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามและแสดงความคิดเห็นต่อโปรแกรมเสริมแรงจิตใจในการป้องกันโรคของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ และแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่าการวิจัยครั้งนี้สิ้นสุดแล้ว พร้อมทั้งส่งเสริมและให้กำลังใจในการปรับปรุงพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มตัวอย่างในภายภาคต่อไป

4. ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือในการทำวิจัย การให้ข้อมูลกับผู้วิจัยในครั้งนี้เป็นอย่างดี และปิดการวิจัย

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือในส่วนที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมเสริมสร้างแรงจิตใจในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ทำการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือด้วยการหาความตรงตามเนื้อหา (Content validity) โดยเสนอเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลองต่อผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคหลอดเลือดสมองและความดันโลหิตสูง 1 ท่าน อาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการส่งเสริมสุขภาพและการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม 1 ท่าน พยาบาลผู้มีความรู้และประสบการณ์เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง 1 ท่าน ทำการตรวจสอบความถูกต้องและความครอบคลุมของเนื้อหา จากนั้นนำข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะมาแก้ไขปรับปรุงให้สมบูรณ์ รวมถึงการใช้ภาษาที่เหมาะสม สามารถเข้าใจง่าย ได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหาได้ค่า 0.86

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.1 การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) เพื่อตรวจสอบความถูกต้องและความครอบคลุมของเนื้อหา โดยเสนอเครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลต่อผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่านประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคหลอดเลือดสมองและความดันโลหิตสูง 1 ท่าน อาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการส่งเสริมสุขภาพและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 1 ท่าน พยาบาลผู้มีความรู้และประสบการณ์เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง 1 ท่าน นำข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะมาแก้ไขปรับปรุงให้สมบูรณ์ จากนั้นนำแบบสอบถามการรับรู้และความคาดหวังในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองแบบสอบถามพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง มาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา ได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหา 0.84

1.2 การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) โดยนำแบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ความคาดหวังในความสามารถตนเอง ความคาดหวังในผลดีของพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย ในโรงพยาบาลศิริราช จังหวัดสุโขทัย จากนั้นนำมาหาความเที่ยงของเครื่องมือ โดยกำหนดให้ความเที่ยงของ

แบบสอบถาม โดยใช้ค่า Cronbach's Alpha ได้ค่าความเที่ยงดังนี้ แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ความคาดหวังในความสามารถตนเอง ความคาดหวังในผลดีของพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ได้ค่าความเที่ยงตรง 0.86, 0.84, 0.80, 0.80 และ 0.82 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. เขียนโครงการวิจัย ดำเนินการขอจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย

2. เมื่อได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์แล้ว ผู้วิจัยทำหนังสือถึงผู้อำนวยการ เพื่อขอความอนุเคราะห์ในการทำวิจัยและใช้เครื่องมือวิจัยในการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล

3. ผู้วิจัยแนะนำตัว อธิบายวัตถุประสงค์โครงการวิจัย และรายละเอียดของโปรแกรมแรงจูงใจในการป้องกันโรคของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่ตรงตามคุณสมบัติที่กำหนด ดำเนินการจัดกิจกรรมตามโปรแกรมแรงจูงใจในการป้องกันโรค ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1: กิจกรรมสร้างสัมพันธ์ การตั้งเป้าหมาย และการประเมินความเสี่ยง

สัปดาห์ที่ 2: กิจกรรมรู้และเข้าใจ การสร้างแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค

สัปดาห์ที่ 3: กิจกรรมดูแลตนเอง

สัปดาห์ที่ 4: กิจกรรมจะทำได้ใหม่ การเสริมแรงจิตใจอย่างต่อเนื่อง

สัปดาห์ที่ 6 และ 9: กิจกรรมเยี่ยมบ้าน การติดตามและการเสริมแรงจิตใจ

สัปดาห์ที่ 10: กิจกรรมดูแลตนเอง

สัปดาห์ที่ 12: การประเมินผลและการเสริมแรง

4. เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล พฤติกรรมด้านโภชนาการ การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การลดหรืองดสูบบุหรี่และดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ความคาดหวังในความสามารถตนเองความคาดหวังในผลดีของพฤติกรรมป้องกันโรค

5. วิเคราะห์ข้อมูลและสรุปผลการวิจัย

6. จัดทำรายงานการวิจัยฉบับสมบูรณ์

การวิเคราะห์ข้อมูล

หลังการรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยทำการตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล จากนั้นนำข้อมูลที่รวบรวมได้ทั้งหมดมาวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมทางคอมพิวเตอร์ เพื่อทำการทดสอบสมมติฐานทางสถิติ โดยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติ เท่ากับ 0.05 โดยมีการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

1. ข้อมูลความเสี่ยงของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ได้แก่ การแจกแจงความถี่ เป็นค่าร้อยละ

2. ข้อมูลทั่วไปวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) เพื่ออธิบายคุณลักษณะของประชากร ค่าความถี่ ค่าร้อยละ แจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ความคาดหวังในความสามารถของตนเองต่อการมีพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และความคาดหวังในผลดีของพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง วิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง ด้วยสถิติ Paired t-test

4. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ความคาดหวังในความสามารถของตนเองต่อการมีพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และความคาดหวังในผลดีของพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง วิเคราะห์ความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลองด้วยสถิติ Independent t-test

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการพิจารณาการศึกษาวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย โครงการเลขที่ COA No.4/2025 เอกสารรับรองโครงการวิจัยเลขที่ IRB No.26/2025 ประเภทการรับรองแบบเร่งรัด (Expedited Review) รับรองเมื่อวันที่ 8 เมษายน 2568

สรุปผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มทดลองจำนวน 30 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 60.00 มีอายุเฉลี่ย 64.30 ± 8.20 ปี จบการศึกษาสูงสุดระดับประถมศึกษาร้อยละ 53.33 รายได้เฉลี่ย 15,000 – 25,000 บาทต่อปี ร้อยละ 40.00 มีค่าดัชนีมวลกายเฉลี่ย 26.80 ± 3.40 (kg/m²) และเส้นรอบเอวเฉลี่ย 89.20 ± 8.70 เซนติเมตร ระดับความดันโลหิตตัวบนเฉลี่ย 152.30 ± 12.60 mmHg ระดับความดันโลหิตตัวล่างเฉลี่ย 154.10 ± 11.80 mmHg กลุ่มควบคุมจำนวน 30 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 53.33 มีอายุเฉลี่ย 65.10 ± 7.90 ปี จบการศึกษาสูงสุดระดับประถมศึกษาร้อยละ 60.00 รายได้เฉลี่ย 15,000 – 25,000 บาทต่อปี ร้อยละ 36.67 มีค่าดัชนีมวลกายเฉลี่ย 27.20 ± 3.10 (kg/m²) และเส้นรอบเอวเฉลี่ย 90.50 ± 7.90 เซนติเมตร ระดับความดันโลหิตตัวบนเฉลี่ย 154.10 ± 11.80 mmHg ระดับความดันโลหิตตัวล่างเฉลี่ย 92.80 ± 8.30 mmHg และเมื่อเปรียบเทียบข้อมูลทั่วไประหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p>0.05$)

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ความคาดหวังในความสามารถตนเอง ความคาดหวังในผลดีของพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ความคาดหวังในความสามารถตนเอง ความคาดหวังในผลดีของพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองระหว่าง ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตัวแปร			n	$\bar{x}$	SD	T-value	p-value
การรับรู้ความรุนแรงของโรค	กลุ่มทดลอง	ก่อนทดลอง	30	22.10	4.20	7.85	<0.001*
		หลังทดลอง	30	27.80	3.50		
	กลุ่มควบคุม	ก่อนทดลอง	30	22.40	4.30	1.28	0.211

	ตัวแปร		n	$\bar{x}$	SD	T-value	p-value
หลอดเลือด สมอง	กลุ่ม ควบคุม	หลังทดลอง	30	23.10	4.20		
การรับรู้โอกาส เสี่ยงต่อการเกิด โรคหลอดเลือด สมอง	กลุ่ม ควบคุม	ก่อนทดลอง หลังทดลอง	30 30	23.50 28.90	3.90 3.20	8.32	<0.001*
ความคาดหวัง ใน ความสามารถ ตนเอง	กลุ่ม ควบคุม	ก่อนทดลอง หลังทดลอง	30 30	21.80 27.60	4.10 3.40	0.93	0.360
ความคาดหวัง ในผลดีของ พฤติกรรม ป้องกันโรค	กลุ่ม ควบคุม	ก่อนทดลอง หลังทดลอง	30 30	22.30 28.40	3.80 3.10	8.15	<0.001*
พฤติกรรม ป้องกันโรค	กลุ่ม ควบคุม	ก่อนทดลอง หลังทดลอง	30 30	22.50 23.20	3.90 3.70	1.15	0.263
พฤติกรรม ป้องกันโรค	กลุ่ม ควบคุม	ก่อนทดลอง หลังทดลอง	30 30	28.30 37.80	4.20 3.10	11.43	<0.001*
หลอดเลือด สมอง	กลุ่ม ควบคุม	ก่อนทดลอง หลังทดลอง	30 30	28.10 29.40	4.10 3.80	2.13	0.418

*P-value<0.05

จากตารางที่ 1 พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมเท่ากับ 22.10 ± 4.20 และ 27.80 ± 3.50 ตามลำดับ ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ส่วนกลุ่มควบคุมมีคะแนนการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมเท่ากับ 22.40 ± 4.30 และ 23.10 ± 4.20 ตามลำดับ ไม่แตกต่างจากก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.211$)

การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มทดลองมีคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมเท่ากับ 23.50 ± 3.90 และ 28.90 ± 3.20 ตามลำดับ ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ส่วนกลุ่มควบคุมมีคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือด

สมองก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมเท่ากับ 23.80 ± 4.10 และ 24.30 ± 3.90 ตามลำดับ ไม่แตกต่างจากก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.360$)

ความคาดหวังในความสามารถตนเอง กลุ่มทดลองมีคะแนนความคาดหวังในความสามารถตนเองก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมเท่ากับ 21.80 ± 4.10 และ 27.60 ± 3.40 ตามลำดับ ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) ส่วนกลุ่มควบคุมมีคะแนนความคาดหวังในความสามารถตนเองก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมเท่ากับ 21.60 ± 4.20 และ 22.10 ± 4.00 ตามลำดับ ไม่แตกต่างจากก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.408$)

ความคาดหวังในผลลัพธ์ของพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มทดลองมีคะแนนความคาดหวังในผลลัพธ์ของพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมเท่ากับ 22.30 ± 3.80 และ 28.40 ± 3.10 ตามลำดับ ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) ส่วนกลุ่มควบคุมมีคะแนนความคาดหวังในผลลัพธ์ของพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมเท่ากับ 22.50 ± 3.90 และ 23.20 ± 3.70 ตามลำดับ ไม่แตกต่างจากก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.263$)

พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมเท่ากับ 28.30 ± 4.20 และ 37.80 ± 3.10 ตามลำดับ ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) ส่วนกลุ่มควบคุมมีคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมเท่ากับ 28.10 ± 4.10 และ 29.40 ± 3.80 ตามลำดับ ไม่แตกต่าง จากก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.418$)

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ความคาดหวังในความสามารถตนเอง ความคาดหวังในผลดีของพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ความคาดหวังในความสามารถตนเอง ความคาดหวังในผลดีของพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ตัวแปร			n	$\bar{x}$	SD	T-value	p-value
การรับรู้ความรุนแรงของโรค	ก่อนทดลอง	กลุ่มทดลอง	30	22.10	4.20	-0.27	0.798
		กลุ่มควบคุม	30	22.40	4.30		

	ตัวแปร		n	$\bar{x}$	SD	T-value	p-value
หลอดเลือดสมอง	หลังทดลอง	กลุ่มทดลอง	30	27.80	3.50	4.71	<0.001*
		กลุ่มควบคุม	30	23.10	4.20		
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือด	ก่อนทดลอง	กลุ่มทดลอง	30	23.50	3.90	-0.29	0.772
		กลุ่มควบคุม	30	23.80	4.10		
หลอดเลือดสมอง	หลังทดลอง	กลุ่มทดลอง	30	28.90	3.20	4.95	<0.001*
		กลุ่มควบคุม	30	24.30	3.90		
ความคาดหวังในความสามารถตนเอง	ก่อนทดลอง	กลุ่มทดลอง	30	21.80	4.10	0.19	0.854
		กลุ่มควบคุม	30	21.60	4.20		
	หลังทดลอง	กลุ่มทดลอง	30	27.60	3.40	5.79	<0.001*
		กลุ่มควบคุม	30	22.10	4.00		
ความคาดหวังในผลดีของพฤติกรรมป้องกันโรค	ก่อนทดลอง	กลุ่มทดลอง	30	22.30	3.80	-0.20	0.841
		กลุ่มควบคุม	30	22.50	3.90		
	หลังทดลอง	กลุ่มทดลอง	30	28.40	3.10	5.94	<0.001*
		กลุ่มควบคุม	30	23.20	3.70		
พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง	ก่อนทดลอง	กลุ่มทดลอง	30	28.30	4.20	0.19	0.850
		กลุ่มควบคุม	30	28.10	4.10		
	หลังทดลอง	กลุ่มทดลอง	30	37.80	3.10	9.46	<0.001*
		กลุ่มควบคุม	30	29.40	3.80		

*P-value<0.05

จากตารางที่ 2 เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม พบว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.798$) หลังจากเข้าร่วมโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้วยกระบวนการมีส่วนร่วม พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$)

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม พบว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.772$) หลังจากเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า กลุ่ม

ทดลองมีคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความคาดหวังในความสามารถตนเองระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม พบว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนความคาดหวังในความสามารถตนเองไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.854$) หลังจากเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนความคาดหวังในความสามารถตนเองดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความคาดหวังในผลดีของพฤติกรรมป้องกันโรคระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม พบว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนความคาดหวังในผลดีของพฤติกรรมป้องกันโรคไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.841$) หลังจากเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนความคาดหวังในผลดีของพฤติกรรมป้องกันโรคดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม พบว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.850$) หลังจากเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

อภิปรายผล

การศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ในครั้งนี้ สามารถอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์การศึกษาได้ดังนี้

วัตถุประสงค์ที่ 1 เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ความคาดหวังในความสามารถตนเองต่อการมีพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ความคาดหวังในผลดีของพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และพฤติกรรม

การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยในทุกตัวแปรดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติหลังเข้าร่วมโปรแกรม ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง (22.10 ± 4.20 เป็น 27.80 ± 3.50) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (23.50 ± 3.90 เป็น 28.90 ± 3.20) ความคาดหวังในความสามารถตนเอง (21.80 ± 4.10 เป็น 27.60 ± 3.40) ความคาดหวังในผลดีของพฤติกรรมป้องกันโรค (22.30 ± 3.80 เป็น

28.40 $\pm$ 3.10) และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง (28.30 $\pm$ 4.20 เป็น 37.80 $\pm$ 3.10) ทุกตัวแปรมีค่า $p < 0.001$ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค (Protection Motivation Theory) ของ Rogers (1975) ที่อธิบายว่า การที่บุคคลจะมีแรงจูงใจในการป้องกันโรคขึ้นอยู่กับกระบวนการประเมินการคุกคาม (Threat Appraisal) ซึ่งประกอบด้วยการรับรู้ความรุนแรงของโรคและการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค และกระบวนการประเมินการเผชิญปัญหา (Coping Appraisal) ซึ่งประกอบด้วยการรับรู้ความสามารถของตนเองและการรับรู้ประสิทธิผลของการตอบสนอง โปรแกรมที่พัฒนาขึ้นได้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีนี้อย่างเป็นระบบผ่านกิจกรรมต่างๆ เช่น การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การนำเสนอกรณีศึกษาผู้ป่วย การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และการฝึกทักษะการดูแลตนเอง ซึ่งส่งผลให้ผู้เข้าร่วมโปรแกรมมีการรับรู้และความคาดหวังที่เพิ่มขึ้น ในทางตรงกันข้าม กลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติไม่พบการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในตัวแปรใดๆ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการดูแลตามปกติเพียงอย่างเดียวไม่เพียงพอที่จะสร้างการเปลี่ยนแปลงด้านการรับรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรค ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Chen และคณะ (2022) ที่พบว่าโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจสามารถเพิ่มความร่วมมือในการรักษาและการควบคุมความดันโลหิตได้อย่างมีนัยสำคัญ สอดคล้องกับการศึกษาของรัตนภรณ์ เอี่ยมพรม (2565) ศึกษาเรื่อง ประสิทธิภาพของโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจในการป้องกันโรคในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในจังหวัดสุโขทัย พบว่า ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ความคาดหวังในความสามารถตนเองต่อการมีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ความคาดหวังในผลดีของพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองและพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

วัตถุประสงค์ที่ 2 เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ความคาดหวังในความสามารถตนเองต่อการมีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองความคาดหวังในผลดีของ พฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองและพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองระหว่าง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยในทุกตัวแปรไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) ซึ่งแสดงให้เห็นว่าทั้งสองกลุ่มมีลักษณะเริ่มต้นที่เหมือนกัน ทำให้การเปรียบเทียบผลการศึกษาเป็นไปอย่างเหมาะสม อย่างไรก็ตาม หลังจากเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยในทุกตัวแปรสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยเฉพาะพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองที่มีค่า t-value

สูงถึง 9.46 ผลการศึกษานี้สะท้อนให้เห็นถึงประสิทธิผลของโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจที่ออกแบบตามหลักการทางทฤษฎีและผสมผสานกิจกรรมหลากหลายรูปแบบ ตั้งแต่การให้ความรู้ การสร้างประสบการณ์การเรียนรู้ การเยี่ยมบ้าน การติดตาม และการให้กำลังใจ โปรแกรมใช้ระยะเวลา 12 สัปดาห์ ซึ่งเป็นระยะเวลาที่เพียงพอในการสร้างการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ยั่งยืน สอดคล้องกับการศึกษาของธนกฤต พงศ์ภูมิพิพัฒน์ (2566) ที่พบว่าโปรแกรมเสริมพลัง ปรับเปลี่ยน ลดเสียง Stroke มีประสิทธิผลในการเพิ่มความรู้ ความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง การเพิ่มขึ้นของคะแนนพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มทดลองอย่างมีนัยสำคัญ (จาก 28.30 ± 4.20 เป็น 37.80 ± 3.10) มีความสำคัญอย่างยิ่ง เนื่องจากพฤติกรรมการป้องกันโรคเป็นปัจจัยสำคัญที่สุดในการลดความเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง การศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของพรชัย จุลเมตต์ และคณะ (2562) ที่พบว่าโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวส่งผลให้ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ และการศึกษาของกัตติกา วังทะพันธ์ และคณะ (2563) ที่แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองมีประสิทธิผลในการปรับปรุงพฤติกรรมการดูแลตนเองและการควบคุมความดันโลหิต ความสำเร็จของโปรแกรมในการศึกษารั้งนี้ อาจเกิดจากการผสมผสานแนวคิดหลายด้าน ได้แก่ การใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคเป็นกรอบในการออกแบบกิจกรรม การจัดกิจกรรมแบบกลุ่มที่ส่งเสริมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และการสร้างแรงสนับสนุนทางสังคม การให้ความรู้ที่ครอบคลุมและเข้าใจง่าย การติดตามและให้กำลังใจอย่างต่อเนื่อง และการมอบเครื่องมือสนับสนุนการดูแลตนเองที่เหมาะสม นอกจากนี้ การดำเนินการในบริบทของโรงพยาบาลชุมชนทำให้โปรแกรมมีความเหมาะสมกับวิถีชีวิตและข้อจำกัดของกลุ่มเป้าหมาย สอดคล้องกับการศึกษาของรัตนภรณ์ เอี่ยมพรม (2565) ศึกษาเรื่อง ประสิทธิผลของโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจในการป้องกันโรคในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในจังหวัดสุโขทัย พบว่า ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ความคาดหวังในความสามารถตนเองต่อการมีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ความคาดหวังในผลดีของพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองและพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 ควรมีการขยายผลโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองไปยังโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ในเขตสุขภาพที่ 2 และพื้นที่อื่น ๆ ที่มีอัตราผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและโรคหลอดเลือดสมองสูง โดยการจัดอบรมเชิงปฏิบัติการให้แก่บุคลากรสาธารณสุข พยาบาลวิชาชีพ และอาสาสมัครสาธารณสุขให้มีความรู้และทักษะในการดำเนินโปรแกรมตามทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค พร้อมทั้งปรับเนื้อหาและกิจกรรมให้เหมาะสมกับบริบท ทรัพยากร และวัฒนธรรมท้องถิ่นของแต่ละหน่วยบริการ เพื่อให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ในพื้นที่ห่างไกลได้รับการดูแลป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีประสิทธิภาพ

1.2 เนื่องจากการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองต้องอาศัยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน ควรมีการพัฒนากระบวนการติดตามและประเมินผลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ในระยะยาว โดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัล เช่น แอปพลิเคชันสุขภาพสำหรับติดตามความดันโลหิต ระบบไลน์กลุ่มสำหรับการให้คำปรึกษา หรือระบบเฝ้าระวังออนไลน์ เพื่อติดตามพฤติกรรมสุขภาพ ระดับความดันโลหิต และให้คำปรึกษาแนะนำอย่างต่อเนื่อง ควบคู่ไปกับการจัดกิจกรรมติดตามแบบเข้มข้นตามระดับความเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (ความเสี่ยงปกติ ความเสี่ยงสูง ความเสี่ยงสูงมาก) เพื่อให้การดูแลมีความเหมาะสมและมีประสิทธิภาพสูงสุด

2. ข้อเสนอแนะการทบทวนครั้งต่อไป

2.1 ควรพัฒนาและศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมที่ผสมผสานการใช้เทคโนโลยีดิจิทัล (Digital health intervention) เข้ากับโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจแบบดั้งเดิม เช่น การใช้แอปพลิเคชันมือถือ ระบบการแจ้งเตือน การให้คำปรึกษาออนไลน์ หรือระบบติดตามสุขภาพแบบเรียลไทม์ เพื่อเพิ่มความสะดวกและการเข้าถึงของผู้ป่วย ลดต้นทุนการดำเนินงาน และสร้างความยั่งยืนของโปรแกรมในระยะยาว โดยศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิผลและความพึงพอใจของผู้ป่วยระหว่างโปรแกรมแบบดั้งเดิมและโปรแกรมที่ผสมผสานเทคโนโลยี

2.2 ควรศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมในกลุ่มประชากรที่มีความหลากหลายทางสังคมและวัฒนธรรม เช่น กลุ่มผู้ป่วยที่มีโรคร่วมอื่นๆ (เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง) กลุ่มอาชีพที่แตกต่างกัน กลุ่มอายุที่หลากหลาย หรือกลุ่มประชากรในเขตเมืองและชนบท เพื่อศึกษาความเหมาะสมและความจำเป็นในการปรับแต่งโปรแกรมให้สอดคล้องกับบริบทเฉพาะของแต่ละกลุ่ม รวมทั้งการเปรียบเทียบประสิทธิผลของการให้โปรแกรมแบบกลุ่มและแบบรายบุคคล เพื่อหาแนวทางการดำเนินงานที่เหมาะสมที่สุดสำหรับกลุ่มเป้าหมายที่แตกต่างกัน

เอกสารอ้างอิง

- กรมควบคุมโรค. (2565). รายงานอัตราตายและป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง พ.ศ. 2560-2564. นนทบุรี: สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.
- กัตติกา วังทะพันธ์ และคณะ. (2563). ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. วารสารพยาบาลทหารบก, 21(2), 32-43.
- ธนกฤต พงศ์ภูมิพิพัฒน์. (2566). ผลของโปรแกรมเสริมพลังปรับเปลี่ยน ลดเสี่ยง Stroke ต่อความรู้ ความเข้าใจด้านสุขภาพ และพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์, 35(1), 45-56.
- ธีรพล สุขมาก และคณะ. (2562). ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุ. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข, 13(1), 78-90.
- พรชัย จุลเมตต์ และคณะ. (2562). ผลของโปรแกรมเสริมแรงจูงใจร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข, 29(3), 60-72.
- รัตนภรณ์ เอี่ยมพรม. (2565). ประสิทธิผลของโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจในการป้องกันโรคในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในจังหวัดสุโขทัย. กำแพงเพชร: วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, มหาวิทยาลัยราชภัฏกำแพงเพชร.
- วิชัย เทียนถาวร. (2560). แนวทางการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์สุขภาพดี.
- วิชัย เอกพลากร และคณะ. (2565). การศึกษาปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมองในประชากรไทย. วารสารเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม, 52(2), 101-109.
- สถาบันประสาทวิทยา. (2564). คู่มือการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- Bonifant & Weir. (2022). Blood pressure control strategies and stroke prevention: Comparing standard vs. intensive approaches. Journal of Hypertension Research, 39(2), 145-153.
- Chen Y., Liu, L., Wang, X., & Zhang, J. (2022). Motivational enhancement program for improving hypertension control: A randomized controlled trial. . International Journal of Behavioral Medicine, 29(1), 23-30.
- Health Data Center. (2566). รายงานสถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรังและปัจจัยเสี่ยง. . นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.

Johnson W., Onuma, O., Owolabi, M., & Sachdev, S. (2023). Stroke: A global response is needed. *The Lancet Neurology*, 22(1), 15-22.

กรมควบคุมโรค. (2565). รายงานอัตราตายและป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง พ.ศ. 2560-2564. นนทบุรี: สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.

กัตติกา วังทะพันธ์ และคณะ. (2563). ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 21(2), 32-43.

ธนกฤต พงศ์ภูมิพิพัฒน์. (2566). ผลของโปรแกรมเสริมพลังปรับเปลี่ยน ลดเสี่ยง Stroke ต่อความรู้ ความเชื่อ ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง. *วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์*, 35(1), 45-56.

ธีรพล สุขมาก และคณะ. (2562). ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุ. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข*, 13(1), 78-90.

พรชัย จุลเมตต์ และคณะ. (2562). ผลของโปรแกรมเสริมแรงจูงใจร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 29(3), 60-72.

รัตนารณ เอี่ยมพรม. (2565). ประสิทธิผลของโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจในการป้องกันโรคในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในจังหวัดสุโขทัย. *กำแพงเพชร: วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, มหาวิทยาลัยราชภัฏกำแพงเพชร.*

วิชัย เทียนถาวร. (2560). แนวทางการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์สุขภาพดี.

วิชัย เอกพลกร และคณะ. (2565). การศึกษาปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมองในประชากรไทย. *วารสารเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม*, 52(2), 101-109.

สถาบันประสาทวิทยา. (2564). คู่มือการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.

Bonifant & Weir. (2022). Blood pressure control strategies and stroke prevention: Comparing standard vs. intensive approaches. *Journal of Hypertension Research*, 39(2), 145-153.

Chen Y., Liu, L., Wang, X., & Zhang, J. (2022). Motivational enhancement program for improving hypertension control: A randomized controlled trial. . *International Journal of Behavioral Medicine*, 29(1), 23-30.

Health Data Center. (2566). รายงานสถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรังและปัจจัยเสี่ยง. . นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.



- Johnson W., Onuma, O., Owolabi, M., & Sachdev, S. (2023). Stroke: A global response is needed. *The Lancet Neurology*, 22(1), 15-22.
- Krishnamurthi R. V., Ikeda, T., & Feigin, V. L. (2020). Global, regional, and country-specific burden of stroke, 1990–2016: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *The Lancet Neurology*, 19(5), 439-458.
- Meschia J. F., Bushnell, C., Boden-Albala, B., Braun, L. T., Bravata, D. M., Chaturvedi, S., ... & Wilson, J. A. (2014). Guidelines for the primary prevention of stroke: A statement for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*, 45(12), 3754–3832.
- Rogers M. E. (2021). Health motivation and behavior in chronic disease prevention: A review of theory and practice. *Journal of Health Psychology*, 26(9), 1372–1384.
- Rogers R. W. (1975). A protection motivation theory of fear appeals and attitude change. *The Journal of Psychology*, 91(1), 93-114.
- Shokir o'g'li & Katenka. (2023). Hypertension control and stroke prevention in India: An epidemiological review. *Asian Journal of Medical Sciences*, 14(3), 110–118.
- World Health Organization. (12 june 2016). Global report on diabetes. Geneva: MEO Design & Communication. เข้าถึงได้จาก <https://www.who.int/publications/i/item/9789241565257>
- World Health Organization. (2021). The top 10 causes of death. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (2024). Global stroke facts and forecasts. Geneva: World Health Organization.
- World Stroke Organization. (2023). Global stroke statistics 2023. Geneva: World Stroke Organization.



ปัจจัยที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพการได้รับบริการเภสัชกรรมปฐมภูมิ ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จังหวัดสุโขทัย

พงศ์พัฒน์ เรืองวิทย์¹, วรรณีย์ บุญมัน²

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวางเพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพการได้รับบริการเภสัชกรรมปฐมภูมิ ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จังหวัดสุโขทัย กลุ่มตัวอย่างได้แก่ ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่รับบริการเภสัชกรรมปฐมภูมิ ณ คลินิกผู้ป่วยโรคเรื้อรังในจังหวัดสุโขทัย จำนวน 425 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย ปัจจัยข้อมูลส่วนบุคคล ปัจจัยด้านสุขภาพ ปัจจัยด้านการเข้าถึงบริการ ความรู้เกี่ยวกับโรคและการใช้ยา ทักษะการตัดสินใจ การเข้าถึงบริการ ปัจจัยด้านสุขภาพ ปัจจัยด้านนโยบายและการบริหารจัดการ และประสิทธิภาพการได้รับบริการเภสัชกรรมปฐมภูมิ โดยแบบสอบถามความรู้ใช้ค่า KR20 เท่ากับ 0.84 แบบสอบถามอื่นๆ ใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค มีค่าความเชื่อมั่นระหว่าง 0.80-0.86 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด และการวิเคราะห์ถดถอยเชิงเส้นพหุคูณ ด้วยวิธีการคัดเลือกตัวแบบแบบขั้นตอน

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 56.9 มีอายุเฉลี่ย 53.5 ± 11.2 ปี เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวาน ร้อยละ 45.2 และโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 38.8 มีระยะเวลาการเจ็บป่วยเฉลี่ย 8.5 ± 5.2 ปี มีการเข้าถึงบริการอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 70.1 มีความรู้เกี่ยวกับโรคและการใช้ยาอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 72.4 มีทัศนคติต่อการรักษาอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 83.8 มีการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 67.5 และมีประสิทธิภาพการได้รับบริการเภสัชกรรมปฐมภูมิอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 69.2 ปัจจัยที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพการได้รับบริการเภสัชกรรมปฐมภูมิอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ ความรู้เกี่ยวกับโรคและการใช้ยา ($p < 0.001$, $\beta = 0.367$) ปัจจัยด้านการเข้าถึงบริการ ($p < 0.001$, $\beta = 0.362$) และปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม ($p < 0.001$, $\beta = 0.197$) โดยสามารถร่วมกันทำนายประสิทธิภาพการได้รับบริการเภสัชกรรมปฐมภูมิในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ได้ร้อยละ 63.4 การศึกษานี้ควรนำไปใช้ในการพัฒนาโปรแกรมการให้ความรู้ที่เป็นระบบ การเพิ่มการเข้าถึงบริการ และการส่งเสริมการสนับสนุนทางสังคมสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

คำสำคัญ: บริการเภสัชกรรมปฐมภูมิ, ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง, ประสิทธิภาพการบริการ

¹เภสัชกรชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย

²นักสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย, E-mail : pongpat.rx14@gmail.com

Factors Affecting the Effectiveness of Primary Pharmaceutical Care Services Among Chronic Disease Patients in Sukhothai Province.

Pongpat Ruengwit¹, Tatsanee Boonmun²

ABSTRACT

A cross-sectional descriptive research study was conducted to examine factors affecting the effectiveness of primary pharmaceutical care services among chronic disease patients in Sukhothai Province. The sample consisted of 425 chronic disease patients receiving primary pharmaceutical care services at chronic disease clinics in Sukhothai Province. The research instruments were questionnaires comprising personal demographic factors, health factors, service accessibility factors, knowledge about disease and medication use, attitudes toward treatment, social support factors, policy and management factors, and effectiveness of primary pharmaceutical care services. The knowledge questionnaire used KR20 reliability coefficient of 0.84, while other questionnaires used Cronbach's alpha reliability coefficients ranging from 0.80-0.86. Statistical analyses included frequency, percentage, mean, standard deviation, median, maximum, minimum values, and stepwise multiple linear regression analysis.

The results showed that the majority of participants were female (56.9%) with a mean age of 53.5 ± 11.2 years. The predominant conditions were diabetes mellitus (45.2%) and hypertension (38.8%), with an average illness duration of 8.5 ± 5.2 years. High levels were observed for service accessibility (70.1%), knowledge about disease and medication use (72.4%), attitudes toward treatment (83.8%), social support (67.5%), and effectiveness of primary pharmaceutical care services (69.2%). Factors significantly affecting the effectiveness of primary pharmaceutical care services were knowledge about disease and medication use ($p < 0.001$, $\beta = 0.367$), service accessibility factors ($p < 0.001$, $\beta = 0.362$), and social support factors ($p < 0.001$, $\beta = 0.197$). These factors together predicted 63.4% of the variance in the effectiveness of primary pharmaceutical care services among chronic disease patients. This study should be applied to develop systematic knowledge-providing programs, enhance service accessibility, and promote social support for chronic disease patients.

Keyword : Primary pharmaceutical care services, Chronic disease patients, Service effectiveness

¹Pharmacist (Professional Level), Sukhothai Provincial Public Health Office.

²Public Health Practitioner (Professional Level), Sukhothai Provincial Public Health Office, E-mail : pongpat.rx14@g

บทนำ

ในปัจจุบันโรคเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และโรคหัวใจ ถือเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลก รวมถึงประเทศไทย โดยเฉพาะในพื้นที่ชนบทและเขตสุขภาพต่าง ๆ การจัดการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีความซับซ้อน เนื่องจากต้องการการรักษาและการติดตามผลอย่างต่อเนื่อง ซึ่งการเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพเป็นสิ่งที่มีความสำคัญอย่างยิ่งในการช่วยลดภาระโรค ลดอัตราการป่วย และเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเหล่านี้ (World Health Organization, 2021)

ระบบบริการเภสัชกรรมปฐมภูมิเป็นองค์ประกอบสำคัญของการดูแลสุขภาพในชุมชน โดยมุ่งเน้นการให้บริการทางเภสัชกรรมที่ช่วยสนับสนุนการป้องกันโรค การตรวจคัดกรองเบื้องต้น การติดตามการใช้ยา และการดูแลผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลต่อเนื่อง โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และโรคหัวใจ (Ridde et al., 2020) บริการเภสัชกรรมปฐมภูมิมีบทบาทในการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับการใช้ยาอย่างถูกต้อง การป้องกันอาการไม่พึงประสงค์จากยา รวมถึงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยมีการทำงานร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพในชุมชนเพื่อให้การดูแลเป็นไปอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ (Smith et al., 2019) เภสัชกรรมปฐมภูมิเป็นส่วนหนึ่งของการดูแลผู้ป่วยที่สำคัญในระบบสุขภาพ โดยมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมการใช้ยาที่ปลอดภัยและเหมาะสมในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง รวมถึงการติดตามผลการใช้ยาและการให้คำปรึกษาอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจและปฏิบัติตามแผนการรักษาที่ถูกต้อง อย่างไรก็ตาม การให้บริการเภสัชกรรมปฐมภูมิในประเทศไทย โดยเฉพาะในพื้นที่จังหวัดสุโขทัยยังคงมีความครอบคลุมของบริการ ความรู้ความเข้าใจในการใช้ยา และการเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพ (กระทรวงสาธารณสุข, 2563) ซึ่งปัจจัยที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพการให้บริการเภสัชกรรมปฐมภูมิสามารถแบ่งออกเป็นหลายด้าน เช่น ด้านโครงสร้างระบบบริการสุขภาพ ด้านความรู้และทักษะของบุคลากรด้านเภสัชกรรม รวมถึงปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วย เช่น ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและยา ความสามารถในการปฏิบัติตามแผนการรักษา และความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับ (Minhat, 2015; Bender & Ewbank, 1994)

บริบทด้านสุขภาพของจังหวัดสุโขทัย พบว่า มีประชากรของจังหวัดสุโขทัยมีการเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อความต้องการการดูแลสุขภาพในระยะยาว ทั้งนี้ โรคเรื้อรัง เช่น เบาหวานและความดันโลหิตสูง กลายเป็นปัญหาสุขภาพที่พบได้มากในกลุ่มผู้สูงอายุของจังหวัด ส่งผลให้ความต้องการการบริการเภสัชกรรมปฐมภูมิเพิ่มสูงขึ้นเพื่อช่วยให้การดูแลผู้ป่วยเป็นไปอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพในด้านระบบสาธารณสุข จังหวัดสุโขทัยมีเครือข่ายบริการที่ครอบคลุมทั้งโรงพยาบาลทั่วไป จำนวน 2 แห่ง โรงพยาบาลชุมชน จำนวน 7 แห่ง และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 118 แห่ง ซึ่งมีบทบาทสำคัญใน

การให้บริการเภสัชกรรมปฐมภูมิ นอกจากนี้ การดำเนินงานเชิงรุกในชุมชนผ่านทีมหมอครอบครัวทำให้การเข้าถึงบริการของประชาชนในพื้นที่ชนบทดีขึ้น แต่ยังคงมีความท้าทายหลายประการ โดยเฉพาะการขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์ เช่น เภสัชกร และการเข้าถึงบริการในพื้นที่ห่างไกล ซึ่งบางครั้งอาจเป็นอุปสรรคต่อการดูแลผู้ป่วยอย่างทั่วถึง นอกจากนี้ยังมีปัญหาในการติดตามและการรักษาโรคเรื้อรังอย่างต่อเนื่อง รวมถึงการจัดการระบบส่งต่อที่ยังคงต้องปรับปรุงให้เหมาะสมกับความต้องการของประชาชน (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย, 2566) แม้ว่าจังหวัดสุโขทัยจะเผชิญกับความท้าทายดังกล่าว แต่ก็มีโอกาสในการพัฒนาระบบสาธารณสุขที่น่าสนใจ โดยเฉพาะการพัฒนาระบบการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโดยเภสัชกรเพื่อช่วยติดตามการใช้ยาของผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด และ การใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในการติดตามและประเมินสุขภาพของผู้ป่วย ซึ่งเป็นวิธีที่ช่วยให้สามารถติดตามอาการและ ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ดีขึ้น นอกจากนี้ การสร้างเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยในชุมชน และการพัฒนา ศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) เพื่อมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ถือเป็นอีกหนึ่ง แนวทางที่สามารถช่วยส่งเสริมให้บริการมีคุณภาพและตอบสนองต่อความต้องการของชุมชนได้ดียิ่งขึ้นสำหรับ ปัจจัยสนับสนุนที่มีผลต่อการพัฒนาระบบบริการเภสัชกรรมปฐมภูมิในจังหวัดสุโขทัยนั้น มาจากนโยบายระดับชาติ ที่ส่งเสริมการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิอย่างต่อเนื่อง การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลสุขภาพ รวมถึงระบบ การส่งต่อข้อมูลระหว่างสถานพยาบาลที่ช่วยให้การดูแลผู้ป่วยเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและรวดเร็วขึ้น

จากการศึกษาพบว่า การให้บริการเภสัชกรรมปฐมภูมิที่มีประสิทธิภาพจำเป็นต้องมีการสื่อสารที่ดี ระหว่างผู้ป่วยและเภสัชกร รวมถึงการให้บริการอย่างต่อเนื่อง การเข้าถึงบริการที่ง่ายและสะดวก และการติดตาม ผลที่เหมาะสม นอกจากนี้ การมีระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพที่สามารถเชื่อมโยงและ แลกเปลี่ยนข้อมูล ระหว่างหน่วยงานสาธารณสุขยังช่วยส่งเสริมประสิทธิภาพการให้บริการเภสัชกรรมปฐมภูมิอย่างมาก (Lindlof, 1995) ซึ่งผู้วิจัยมีความสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพการได้รับบริการเภสัชกรรมปฐมภูมิในผู้ป่วย โรคเรื้อรังในจังหวัดสุโขทัย โดยเน้นการวิเคราะห์ปัจจัยในด้านต่าง ๆ เช่น การเข้าถึงบริการ ความเข้าใจในการใช้ ยา ความพึงพอใจต่อบริการ รวมถึงปัจจัยทางโครงสร้างและการจัดการระบบบริการสุขภาพ การวิจัยครั้งนี้คาดว่าจะ ช่วยให้เกิดความเข้าใจที่ดีขึ้นเกี่ยวกับอุปสรรคและโอกาสในการพัฒนาการให้บริการเภสัชกรรมปฐมภูมิในพื้นที่ และสามารถนำไปใช้ในการพัฒนานโยบายหรือการจัดการเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของบริการดังกล่าวให้ดีขึ้นใน อนาคต การศึกษาเรื่องนี้จะช่วยเสริมสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับความท้าทายและปัจจัยสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการ ให้บริการเภสัชกรรมปฐมภูมิในจังหวัดสุโขทัย ซึ่งเป็นหนึ่งในจังหวัดที่มีอัตราการป่วยด้วยโรคเรื้อรังสูง และการ เข้าถึงบริการสุขภาพยังไม่สมบูรณ์เต็มที่ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย, 2563) ข้อมูลที่รับจากการวิจัย

ครั้งนี้จะเป็นแนวทางในการพัฒนาและปรับปรุงบริการเภสัชกรรมปฐมภูมิให้สามารถตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยโรคเรื้อรังในพื้นที่ชนบทได้อย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาคุณภาพการบริการเภสัชกรรมปฐมภูมิในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จังหวัดสุโขทัย
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพการได้รับบริการเภสัชกรรมปฐมภูมิ ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จังหวัดสุโขทัย

สมมติฐานการวิจัย

1. ปัจจัยข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ และสถานภาพสมรสส่งผลต่อประสิทธิภาพการได้รับบริการเภสัชกรรมปฐมภูมิ ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จังหวัดสุโขทัย
2. ปัจจัยด้านสุขภาพ ได้แก่ ประเภทของโรคเรื้อรัง ระยะเวลาการเจ็บป่วย จำนวนยาที่ได้รับ ภาวะแทรกซ้อนของโรค ความถี่ในการรับยา และระยะเวลาการรอรับยาส่งผลต่อประสิทธิภาพการได้รับบริการเภสัชกรรมปฐมภูมิ ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จังหวัดสุโขทัย
3. ปัจจัยด้านการเข้าถึงบริการ ได้แก่ ความเพียงพอของบุคลากร คุณภาพการให้บริการ และการได้รับข้อมูลและคำแนะนำส่งผลต่อประสิทธิภาพการได้รับบริการเภสัชกรรมปฐมภูมิ ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จังหวัดสุโขทัย
4. ปัจจัยด้านความรู้และทัศนคติ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคและการใช้ยา และทัศนคติต่อการรักษา ส่งผลต่อประสิทธิภาพการได้รับบริการเภสัชกรรมปฐมภูมิ ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จังหวัดสุโขทัย
5. ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ การสนับสนุนจากครอบครัว การสนับสนุนจากชุมชนและการมีผู้ดูแลหลักส่งผลต่อประสิทธิภาพการได้รับบริการเภสัชกรรมปฐมภูมิ ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จังหวัดสุโขทัย
6. ปัจจัยด้านนโยบายและการบริหารจัดการ ได้แก่ นโยบายการให้บริการ ระบบการนัดหมายและการประสานงานระหว่างหน่วยบริการส่งผลต่อประสิทธิภาพการได้รับบริการเภสัชกรรมปฐมภูมิ ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จังหวัดสุโขทัย

ขอบเขตของการวิจัย

ขอบเขตด้านการศึกษา การศึกษาวิจัยครั้งนี้ใช้รูปแบบวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพการได้รับบริการเภสัชกรรมปฐมภูมิ ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จังหวัดสุโขทัย โดยใช้ระยะเวลาในการเก็บข้อมูลระหว่างเดือนธันวาคม 2567 ถึง มีนาคม 2568

ขอบเขตด้านพื้นที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในจังหวัดสุโขทัย

ขอบเขตด้านประชากร ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่รับบริการเภสัชกรรมปฐมภูมิ ณ คลินิกผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ในจังหวัดสุโขทัย จำนวน 61,001 คน

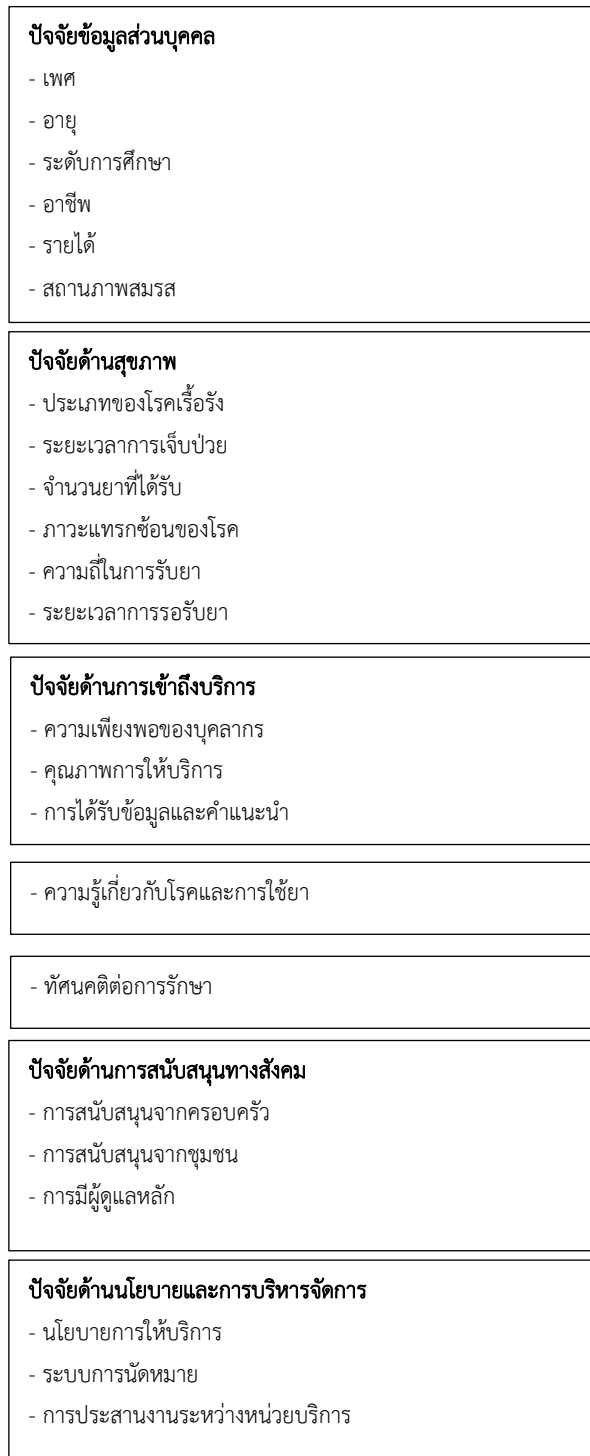
ขอบเขตด้านระยะเวลา

ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย พฤศจิกายน 2567 ถึง พฤษภาคม 2568

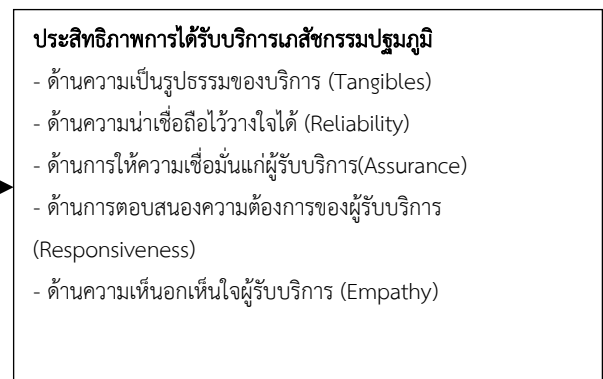
ระยะเวลาในการเก็บข้อมูล ธันวาคม 2567 ถึง มีนาคม 2568

กรอบแนวคิดการวิจัย

ตัวแปรต้น



ตัวแปรตาม



วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ใช้รูปแบบวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพการให้บริการเภสัชกรรมปฐมภูมิ ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จังหวัดสุโขทัย โดยใช้ระยะเวลาในการเก็บข้อมูลระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2567 ถึง มีนาคม 2568

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่รับบริการเภสัชกรรมปฐมภูมิ ณ คลินิกผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ในจังหวัดสุโขทัย จำนวน 61,001 คน

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย คือ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ที่รับบริการเภสัชกรรมปฐมภูมิ ณ คลินิกผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ในจังหวัดสุโขทัย ยินยอมให้ข้อมูลแก่ผู้วิจัย เข้าสู่โครงการวิจัยโดยพิจารณาคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นไปตามเกณฑ์ การคัดเลือกเข้าวิจัยและวัตถุประสงค์ของการวิจัย จำนวน 61,001 คน ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเข้าและคัดออก โดยคำนวณจำนวนกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรการประมาณค่าเฉลี่ยของประชากรที่แน่นอน จากสูตรการหาขนาดตัวอย่างของแดเนียล (Daniel, 1995) ดังนี้

$$n = \frac{N\sigma^2 Z_{1-\alpha/2}^2}{d^2(N-1) + \sigma^2 Z_{1-\alpha/2}^2}$$

n = ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ให้ศึกษาในงานวิจัยครั้งนี้

N = ขนาดของประชากร (61,001 คน)

$Z_{1-\alpha/2}$ = ค่ามาตรฐานใต้โค้งปกติที่ระดับความเชื่อมั่น 95% $Z_{1-\alpha/2} = 1.96$

σ = ค่าความแปรปรวน ซึ่งผู้วิจัยได้นำผลการศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการบริการเภสัชกรรมปฐมภูมิในผู้ป่วยเบาหวานในจังหวัดสระบุรี โดยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นต่อคุณภาพการบริการเภสัชกรรมปฐมภูมิ เฉลี่ย 27.0 และมีค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 14.80 (ทรงวุฒิ สารจันทิก, 2564)

d = ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้เท่ากับ ร้อยละ 10 ของค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ดังนั้น ค่าความคลาดเคลื่อนที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เท่ากับ 1.480

Alpha (α) = 0.05

$$\begin{aligned} \text{จากสูตร} \quad n &= \frac{61,001 \times (14.80^2) (1.96^2)}{[(1.480^2) (61,001 - 1)] + [(1.480^2)(1.96^2)]} \\ n &= 381.76 \text{ คน} \end{aligned}$$

ดังนั้น ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณได้จากสูตร เท่ากับ 382 คน

เพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนในขณะเก็บรวบรวมข้อมูลและลดปัญหาการตอบกลับของแบบสอบถามที่ไม่สมบูรณ์หรือน้อยกว่าที่กำหนด หรือมีข้อมูลสูญหาย (Missing data) ซึ่งคาดว่าจะเกิดขึ้น ร้อยละ 10 ผู้วิจัยจึงปรับขนาดตัวอย่างใหม่เป็น

$$\begin{aligned} n_{\text{adjusted}} &= n/1-r \\ &= 382/1-0.1 \\ &= 424.44 \end{aligned}$$

ดังนั้น ในการศึกษารั้งนี้เก็บรวบรวมข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างไม่ต่ำกว่า 425 คน

วิธีเลือกกลุ่มตัวอย่าง ในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างในการศึกษารั้งนี้ เพื่อให้ได้ตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่รับบริการเภสัชกรรมปฐมภูมิ ณ คลินิกผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยการใช้การสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage random sampling) ผู้วิจัยมีขั้นตอนการสุ่มตัวอย่างดังนี้

1. การสุ่มแบบแบ่งชั้น (Stratified random sampling) ตามสัดส่วนผู้ป่วยโรคเรื้อรังในแต่ละอำเภอ ได้ขนาดตัวอย่างของแต่ละตำบล ใช้สูตรกำหนดสัดส่วนดังนี้

$$n_i = \frac{nN_i}{N}$$

โดยกำหนดให้ n_i = ขนาดของกลุ่มตัวอย่างในแต่ละชั้นภูมิ

n = ขนาดตัวอย่าง

N_i = สมาชิกของประชากรในแต่ละชั้นภูมิ

N = จำนวนสมาชิกของประชากรทั้งหมด

2. การสุ่มแบบกลุ่ม (Cluster random sampling) โดยในแต่ละอำเภอ จับฉลากเพื่อเลือกตำบลจำนวน 1 แห่ง หากตำบลนั้นมีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจำนวนมากกว่า 1 แห่ง ให้จับฉลากเพื่อเลือกโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่เป็นตัวแทน จำนวนอำเภอละ 1 แห่ง

3. การสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) นำรายชื่อของผู้ป่วยโรคเรื้อรังในแต่ละโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่เป็นตัวแทนมาสุ่มอย่างง่ายโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ในการสุ่มตามรายชื่อผู้ป่วยโรคเรื้อรังในพื้นที่จังหวัดสุโขทัย จนครบทุกรายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล รวมทั้งสิ้น 425 ราย

เกณฑ์คัดเข้า (inclusion criteria)

1. เป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ที่รับบริการรักษาคคลินิกโรคเรื้อรังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดสุโขทัย อย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 6 เดือน เคยได้รับการเยี่ยมบ้านโดยเภสัชกร

2. อายุ มากกว่า 18 ปีขึ้นไป
3. สื่อสารด้วยภาษาไทยได้
4. มีความยินดี และยินยอมเข้าร่วมวิจัยด้วยความสมัครใจไม่ใช่เป็นการบังคับจากผู้หนึ่งผู้ใด

เกณฑ์การคัดออก

1. มีความบกพร่องทางการได้ยินหรือการสื่อสารที่รุนแรงจนไม่สามารถให้ข้อมูลได้
2. มีภาวะสมองเสื่อมหรือมีความบกพร่องทางจิตและพฤติกรรมที่รุนแรง
3. มีอาการเจ็บป่วยรุนแรงจนไม่สามารถให้ข้อมูลได้
4. ไม่สามารถตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยได้ด้วยตนเอง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยได้สร้างแบบสอบถามเพื่อเป็นเครื่องมือในการศึกษา โดยแบ่งคำถามออกเป็น 8 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ปัจจัยข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 6 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ และสถานภาพสมรส แบบสอบถามเป็นแบบเลือกตอบ และเติมคำตอบลงในช่องว่าง

ส่วนที่ 2 ปัจจัยด้านสุขภาพ จำนวน 6 ข้อ ประกอบด้วย ประเภทของโรคเรื้อรัง ระยะเวลาการเจ็บป่วย จำนวนยาที่ได้รับ ภาวะแทรกซ้อนของโรค ความถี่ในการรับยา และระยะเวลาการรอรับยาแบบสอบถามเป็นแบบเลือกตอบ และเติมคำตอบลงในช่องว่าง

ส่วนที่ 3 ปัจจัยด้านการเข้าถึงบริการ จำนวน 13 ข้อ ประกอบด้วย ความเพียงพอของบุคลากร จำนวน 3 ข้อ คุณภาพการให้บริการ จำนวน 4 ข้อ และได้รับข้อมูลและคำแนะนำ จำนวน 6 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale)

ส่วนที่ 4 ความรู้เกี่ยวกับโรคและการใช้ยา จำนวน 20 ข้อ เป็นคำถามเกี่ยวกับความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ ได้แก่ สาเหตุ อาการ การรักษา การปฏิบัติตัว และความรู้เกี่ยวกับยาที่ใช้ในการรักษา ทั้งชื่อยา ข้อบ่งใช้ วิธีการใช้ ขนาดยา ความถี่ในการใช้ยา ผลข้างเคียง ข้อควรระวัง และการปฏิบัติตัวเมื่อสัมผัสรับประทานยา ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบเลือกตอบ ถูก หรือผิด

ส่วนที่ 5 ทศนคติต่อการรักษา จำนวน 10 ข้อ ประกอบด้วย ความเพียงพอของบุคลากร จำนวน 3 ข้อ คุณภาพการให้บริการ จำนวน 4 ข้อ และได้รับข้อมูลและคำแนะนำ จำนวน 6 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale)

ส่วนที่ 6 ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม จำนวน 14 ข้อ ประกอบด้วย การสนับสนุนจากครอบครัว จำนวน 5 ข้อ การสนับสนุนจากชุมชน จำนวน 10 ข้อ การมีผู้ดูแลหลัก จำนวน 4 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale)

ส่วนที่ 7 ปัจจัยด้านนโยบายและการบริหารจัดการ จำนวน 13 ข้อ ประกอบด้วย นโยบายการบริการ จำนวน 5 ข้อ ระบบการนัดหมาย จำนวน 4 ข้อ และการประสานงานระหว่างหน่วยบริการ จำนวน 4 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale)

ส่วนที่ 8 ประสิทธิภาพการได้รับบริการเภสัชกรรมปฐมภูมิ ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จำนวน 28 ข้อ ประกอบด้วย ด้านความเป็นรูปธรรมของบริการ จำนวน 7 ข้อ ด้านความน่าเชื่อถือไว้วางใจได้ จำนวน 6 ข้อ ด้านการตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ จำนวน 6 ข้อ ด้านการให้ความเชื่อมั่นแก่ผู้รับบริการ จำนวน 5 ข้อ และด้านความเห็นอกเห็นใจผู้รับบริการ จำนวน 4 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale)

การแปลผล แบ่งกลุ่มหาระดับประสิทธิภาพการได้รับบริการเภสัชกรรมปฐมภูมิ โดยแบ่งคะแนนเป็น 3 ระดับตามเกณฑ์ของบลูม (Bloom, 1968) ดังนี้

ประสิทธิภาพการได้รับบริการเภสัชกรรมปฐมภูมิ ระดับสูง ได้คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป

ประสิทธิภาพการได้รับบริการเภสัชกรรมปฐมภูมิ ระดับปานกลาง ได้คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 60 – 79

ประสิทธิภาพการได้รับบริการเภสัชกรรมปฐมภูมิ ระดับต่ำ ได้คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา แบบสอบถามทั้งฉบับ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่านใช้ค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างคำถามและวัตถุประสงค์ (Index of Item Objective Congruence: IOC) ได้ค่าระหว่าง 0.67-1.00 หลังจากนั้น ทำการตรวจสอบค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยทดลองใช้เครื่องมือกับกลุ่มตัวอย่าง 30 คน ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ณ สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี จังหวัดสุโขทัย มีความเชื่อมั่นของแบบสอบถามความรู้ ใช้ค่า KR20 ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.84 แบบสอบถามปัจจัยด้านการเข้าถึงบริการ ทักษะการต่อการรักษา ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม ปัจจัยด้านนโยบายและการบริหารจัดการ ประสิทธิภาพการได้รับบริการเภสัชกรรมปฐมภูมิ ใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค มีค่าความเชื่อมั่น 0.80, 0.84, 0.84, 0.82 และ 0.86 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1) ผู้วิจัยประสานงานกับผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลซึ่งเป็นพื้นที่เป้าหมายของการวิจัย เพื่อขออนุเคราะห์ในการใช้พื้นที่

2) ผู้วิจัยประสานผู้รับผิดชอบงานเภสัชปฐมภูมิ เพื่ออธิบายแนวทางในการตอบแบบสอบถามให้กับกลุ่มตัวอย่างและขอความอนุเคราะห์ ในการตอบแบบสอบถามให้ตรงกับความเป็นจริง

3) ผู้วิจัยและผู้ช่วยเป็นผู้เก็บแบบสอบถาม เพื่อลดอคติที่เกิดจากการเก็บข้อมูล

4) ผู้วิจัยเป็นผู้รวบรวมแบบสอบถาม พร้อมนำมาตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัยครั้งนี้ ใช้โปรแกรมสำเร็จรูป โดยกำหนดความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยมีขั้นตอนดังต่อไปนี้

1) วิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส โดยใช้สถิติจำนวน และร้อยละ ใช้สถิติค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน และค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด

2) วิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยต่างๆ ได้แก่ ปัจจัยข้อมูลส่วนบุคคล ปัจจัยด้านสุขภาพ ปัจจัยด้านการเข้าถึงบริการ ปัจจัยด้านความรู้และทัศนคติ ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคมและปัจจัยด้านนโยบายและการบริหารจัดการ และประสิทธิภาพการได้รับบริการเภสัชกรรมปฐมภูมิ ใช้สถิติค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน และค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด

3) วิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพการได้รับบริการเภสัชกรรมปฐมภูมิ ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จังหวัดสุโขทัยโดยใช้สถิติถดถอยพหุคูณเชิงเส้น (Multiple Linear Regression Analysis) ด้วยวิธีการคัดเลือกตัวแบบแบบขั้นตอน (Stepwise)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการพิจารณาการศึกษาวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย โครงการเลขที่ COA No.93/2024 เอกสารรับรองโครงการวิจัยเลขที่ IRB No.94/2024 ประเภทการรับรองแบบเร่งรัด (Expedited Review) รับรองเมื่อวันที่ 2 ธันวาคม 2567

สรุปผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 56.9 มีอายุเฉลี่ย 53.5 ± 11.2 ปี อายุสูงสุด 79 ปี อายุต่ำสุด 35 ปี จบระดับการศึกษาประถมศึกษา ร้อยละ 46.6 รองลงมาจบการศึกษต่ำกว่าประถมศึกษา ร้อยละ 20.9 และมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 17.9 ตามลำดับ ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 34.1 รองลงมาประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 31.5 พนักงาน/ลูกจ้าง ร้อยละ 15.8 และค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว ร้อยละ 9.6 ตามลำดับ มีรายได้เฉลี่ย $8,450 \pm 5,670.65$ บาทต่อเดือน โดยส่วนใหญ่มีรายได้ระหว่าง 5,001-10,000 บาท ร้อยละ 34.1 รองลงมามีรายได้น้อยกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 28.9 สถานภาพสมรส/คู่ ร้อยละ 68.0 รองลงมาเป็นหม้าย ร้อยละ 20.9

ส่วนที่ 2 ปัจจัยด้านสุขภาพ

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวาน ร้อยละ 45.2 รองลงมาเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 38.8 และผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด ร้อยละ 12.7 ตามลำดับ มีระยะเวลาการเจ็บป่วยเฉลี่ย 8.5 ± 5.2 ปี โดยระยะเวลาการเจ็บป่วยต่ำสุด 1 ปี และสูงสุด 25 ปี จำนวนยาที่ได้รับเฉลี่ย 3.8 ± 1.6 ชนิด โดยจำนวนยาต่ำสุด 1 ชนิด และสูงสุด 8 ชนิด ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน ร้อยละ 72.9 รองลงมาภาวะแทรกซ้อนโรคไต ร้อยละ 12.5 และความผิดปกติของตาและเท้า ร้อยละ 8.2 ตามลำดับ มีความถี่ในการรับยาเฉลี่ย 8.7 ± 3.4 ครั้งต่อปี โดยความถี่ในการรับยาต่ำสุด 4 ครั้งต่อปี และสูงสุด 18 ครั้งต่อปี ระยะเวลาการรอรับบริการด้านยาเฉลี่ย 25.6 ± 12.8 นาที โดยระยะเวลาการรอรับบริการต่ำสุด 8 นาที และสูงสุด 65 นาที

ส่วนที่ 3 ปัจจัยด้านการเข้าถึงบริการ

ตาราง 1 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับปัจจัยด้านการเข้าถึงบริการของกลุ่มตัวอย่าง ($n = 425$)

ปัจจัยด้านการเข้าถึงบริการ	จำนวน	ร้อยละ
การเข้าถึงบริการระดับสูง (52 คะแนนขึ้นไป)	298	70.1
การเข้าถึงบริการระดับปานกลาง (39-51 คะแนน)	104	24.5
การเข้าถึงบริการระดับต่ำ (ต่ำกว่า 39 คะแนน)	23	5.4
(Mean = 52.47 S.D. = 1.32, Median = 52.0, Min = 50.0, Max = 65.0)		

จากตาราง 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการเข้าถึงบริการระดับปานกลาง ร้อยละ 70.1 รองลงมาคือระดับสูง ร้อยละ 24.5 และระดับต่ำ ร้อยละ 5.4 ตามลำดับ มีการเข้าถึงบริการเฉลี่ย 52.47 ± 1.32 คะแนน (คะแนนเต็ม 65) ต่ำสุด 50.0 คะแนน สูงสุด 65.0 คะแนน

ส่วนที่ 4 ความรู้เกี่ยวกับโรคและการใช้ยา

ตาราง 2 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับความรู้เกี่ยวกับโรคและการใช้ยาของกลุ่มตัวอย่าง ($n = 425$)

ความรู้เกี่ยวกับโรคและการใช้ยา	จำนวน	ร้อยละ
ความรู้ระดับสูง (16 คะแนนขึ้นไป)	312	72.4
ความรู้ระดับปานกลาง (12-15 คะแนน)	96	22.6
ความรู้ระดับต่ำ (ต่ำกว่า 12 คะแนน)	17	4.0
(Mean = 16.85 S.D. = 2.34, Median = 17.0, Min = 8.0, Max = 20.0)		

จากตาราง 2 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับโรคและการใช้ยาอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 72.4 รองลงมาคือระดับปานกลาง ร้อยละ 22.6 และระดับต่ำ ร้อยละ 4.0 ตามลำดับ มีความรู้เกี่ยวกับโรคและการใช้ยาเฉลี่ย 16.85 ± 2.34 คะแนน (คะแนนเต็ม 20) ต่ำสุด 8.0 คะแนน สูงสุด 20.0 คะแนน

ส่วนที่ 5 ทักษะการดูแลสุขภาพ

ตาราง 3 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับทักษะการดูแลสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง ($n = 425$)

ทักษะการดูแลสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
ทักษะการดูแลสุขภาพระดับสูง (40 คะแนนขึ้นไป)	365	83.8
ทักษะการดูแลสุขภาพระดับปานกลาง (30-39 คะแนน)	59	13.9
ทักษะการดูแลสุขภาพระดับต่ำ (ต่ำกว่า 30 คะแนน)	10	2.3

(Mean = 38.76 S.D. = 4.12, Median = 29.0, Min = 22.0, Max = 45.0)

จากตาราง 3 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีทักษะการดูแลสุขภาพอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 83.8 รองลงมาคือระดับปานกลาง ร้อยละ 13.9 และระดับต่ำ ร้อยละ 2.3 ตามลำดับ มีทักษะการดูแลสุขภาพเฉลี่ย 38.76 ± 4.12 คะแนน (คะแนนเต็ม 50) ต่ำสุด 22.0 คะแนน สูงสุด 45.0 คะแนน

ส่วนที่ 6 ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม

ตาราง 4 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับการสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มตัวอย่าง ($n = 425$)

ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม	จำนวน	ร้อยละ
การสนับสนุนทางสังคมระดับสูง (56 คะแนนขึ้นไป)	287	67.5
การสนับสนุนทางสังคมระดับปานกลาง (42-55 คะแนน)	118	27.8
การสนับสนุนทางสังคมระดับต่ำ (ต่ำกว่า 42 คะแนน)	20	4.7

(Mean = 51.23 S.D. = 8.65, Median = 52.0, Min = 28.0, Max = 70.0)

จากตาราง 4 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 67.5 รองลงมาคือระดับปานกลาง ร้อยละ 27.8 และระดับต่ำ ร้อยละ 4.7 ตามลำดับ มีการสนับสนุนทางสังคมเฉลี่ย 51.23 ± 8.65 คะแนน (คะแนนเต็ม 70) ต่ำสุด 28.0 คะแนน สูงสุด 70.0 คะแนน

ส่วนที่ 7 ปัจจัยด้านนโยบายและการบริหารจัดการ

ตาราง 5 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับนโยบายและการบริหารจัดการของกลุ่มตัวอย่าง (n = 425)

ปัจจัยด้านนโยบายและการบริหารจัดการ	จำนวน	ร้อยละ
นโยบายและการบริหารจัดการระดับสูง (52 คะแนนขึ้นไป)	278	65.4
นโยบายและการบริหารจัดการระดับปานกลาง (39-51 คะแนน)	125	29.4
นโยบายและการบริหารจัดการระดับต่ำ (ต่ำกว่า 39 คะแนน)	22	5.2
(Mean = 41.89 S.D. = 7.23, Median = 42.0, Min = 25.0, Max = 65.0)		

จากตาราง 5 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีนโยบายและการบริหารจัดการอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 65.4 รองลงมาคือระดับปานกลาง ร้อยละ 29.4 และระดับต่ำ ร้อยละ 5.2 ตามลำดับ มีนโยบายและการบริหารจัดการเฉลี่ย 41.89 ± 7.23 คะแนน (คะแนนเต็ม 65) ต่ำสุด 25.0 คะแนน สูงสุด 65.0 คะแนน

ส่วนที่ 8 ประสิทธิภาพการได้รับบริการเภสัชกรรมปฐมภูมิ

ตาราง 6 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับประสิทธิภาพการได้รับบริการเภสัชกรรมปฐมภูมิของกลุ่มตัวอย่าง (n = 425)

ประสิทธิภาพการได้รับบริการเภสัชกรรมปฐมภูมิ	จำนวน	ร้อยละ
ประสิทธิภาพระดับสูง (112 คะแนนขึ้นไป)	294	69.2
ประสิทธิภาพระดับปานกลาง (84-111 คะแนน)	109	25.6
ประสิทธิภาพระดับต่ำ (ต่ำกว่า 84 คะแนน)	22	5.2
(Mean = 102.67 S.D. = 18.43, Median = 105.0, Min = 58.0, Max = 140.0)		

จากตาราง 6 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีประสิทธิภาพการได้รับบริการเภสัชกรรมปฐมภูมิอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 69.2 รองลงมาคือระดับปานกลาง ร้อยละ 25.6 และระดับต่ำ ร้อยละ 5.2 ตามลำดับ มีประสิทธิภาพการได้รับบริการเภสัชกรรมปฐมภูมิเฉลี่ย 102.67 ± 18.43 คะแนน (คะแนนเต็ม 140) ต่ำสุด 58.0 คะแนน สูงสุด 140.0

ส่วนที่ 9 การวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพการได้รับการเภสัชกรรมปฐมภูมิ ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จังหวัดสุโขทัยด้วยการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis)

ตาราง 7 แสดงการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนระหว่างตัวแปรพยากรณ์กับประสิทธิภาพการได้รับการเภสัชกรรมปฐมภูมิ ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จังหวัดสุโขทัย (n = 425)

ตัวแปรพยากรณ์	b	Beta	T	p-value
ความรู้เกี่ยวกับโรคและการใช้ยา	2.847	0.367	9.918	<0.001*
ปัจจัยด้านการเข้าถึงบริการ	0.534	0.362	6.011	<0.001*
ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม	0.421	0.197	3.289	<0.001*

Constant (a) = 12.456 R Square = 0.634 Adjusted R Square = 0.629 F =146.218

*P = <0.05

จากตาราง 7 การวิเคราะห์ถดถอยแบบพหุคูณแบบขั้นตอน พบว่า มีตัวแปรที่มีผลต่อประสิทธิภาพการได้รับการเภสัชกรรมปฐมภูมิ ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จังหวัดสุโขทัย ได้ทั้งหมด 3 ตัวแปร ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคและการใช้ยา ($p < 0.001$, $\beta = 0.367$) ปัจจัยด้านการเข้าถึงบริการ ($p < 0.001$, $\beta = 0.362$) และปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม ($p < 0.001$, $\beta = 0.197$) โดยสามารถร่วมกันทำนายประสิทธิภาพการได้รับการเภสัชกรรมปฐมภูมิในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จังหวัดสุโขทัย ได้ร้อยละ 63.4 และสามารถเขียนสมการในการพยากรณ์ประสิทธิภาพการได้รับการเภสัชกรรมปฐมภูมิ ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จังหวัดสุโขทัย ในรูปคะแนนดิบได้ดังนี้

ประสิทธิภาพการได้รับการเภสัชกรรมปฐมภูมิ ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จังหวัดสุโขทัย = $12.456 + (0.367) \text{ ความรู้เกี่ยวกับโรคและการใช้ยา} + (0.543) \text{ ปัจจัยด้านการเข้าถึงบริการ} + (0.421) \text{ ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม}$

อภิปรายผลการศึกษา

จากการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพการได้รับการเภสัชกรรมปฐมภูมิ ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จังหวัดสุโขทัย ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคและการใช้ยา ปัจจัยด้านการเข้าถึงบริการ และปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม สามารถอภิปรายผลการศึกษา ได้ดังนี้

ความรู้เกี่ยวกับโรคและการใช้ยา เป็นปัจจัยทำนายที่มีความสำคัญสูงสุดต่อประสิทธิภาพการได้รับการเภสัชกรรมปฐมภูมิ ($\beta = 0.367$, $p < 0.001$) โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้ในระดับสูง ร้อยละ 72.4 ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับแนวคิดเรื่องการดูแลผู้ป่วยที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Patient-Centered Care) ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญของแบบจำลองการดูแลโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model) ของ Wagner และคณะ (Wagner et al.,

2001) ที่เน้นการสร้างความรู้และการเสริมสร้างพลังอำนาจให้แก่ผู้ป่วยในการจัดการโรคของตนเอง การศึกษาก่อนหน้าในประเทศไทยสนับสนุนความสำคัญของความรู้ในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง การศึกษาของ Liu และคณะ (2022) ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 และความดันโลหิตสูงพบว่า โปรแกรมการดูแลเภสัชกรรมหลังจำหน่ายที่ประกอบด้วย การให้ความรู้ การใช้แอปพลิเคชัน WeChat และการติดตามทางโทรศัพท์ สามารถปรับปรุงการปฏิบัติตามแผนการรักษาอย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนี้ การศึกษาของ Xie และคณะ (2017) ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 แสดงให้เห็นว่า การดูแลเภสัชกรรมสามารถปรับปรุงผลลัพธ์ทางคลินิกหลายด้าน รวมถึงระดับน้ำตาลในเลือด ความดันโลหิต และระดับไขมันในเลือด การศึกษาของ Greer และคณะ (2016) พบว่า การดูแลโรคเรื้อรังโดยเภสัชกรเกี่ยวข้องกับการเพิ่มจำนวนหรือขนาดยาที่ได้รับ และการปรับปรุงการบรรลุเป้าหมายทางคลินิกด้านระดับน้ำตาลในเลือด ความดันโลหิต และระดับไขมัน (moderate-strength evidence) การศึกษาของ Sleath และคณะ (2000) พบว่า ผู้ป่วยที่เข้าร่วมโครงการเภสัชกรรมปฐมภูมิมีแนวโน้มที่จะรายงานว่าได้รับ "ข้อมูลมาก" จากเภสัชกรเกี่ยวกับทุกแง่มุมของยา (odds ratio: 1.75 ถึง 2.68) นอกจากนี้ การศึกษาพบว่า การดูแลเภสัชกรรมสามารถปรับปรุงการปฏิบัติตามแผนการรักษาและผลลัพธ์ทางคลินิก เพิ่มการตระหนักรู้เกี่ยวกับผลข้างเคียงของยา และลดจำนวนและความชุกของผลลัพธ์เชิงลบที่เกี่ยวข้องกับยา โดยเฉพาะในโรคเรื้อรัง สอดคล้องกับการศึกษาของทรงวุฒิ สารจันทิก (2564) ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพการบริการเภสัชกรรมปฐมภูมิในผู้ป่วยเบาหวานในจังหวัดสระบุรี โดยพบว่า ความรู้ด้านการใช้ยา มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการบริการเภสัชกรรมปฐมภูมิในผู้ป่วยเบาหวาน

ปัจจัยด้านการเข้าถึงบริการมีอิทธิพลต่อประสิทธิภาพการได้รับบริการเภสัชกรรมปฐมภูมิอย่างมีนัยสำคัญ ($\beta = 0.362, p < 0.001$) โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการเข้าถึงบริการในระดับสูง ร้อยละ 70.1 ผลการศึกษานี้สะท้อนถึงความสำคัญของการออกแบบระบบการให้บริการ (Delivery System Design) ซึ่งเป็นหนึ่งในองค์ประกอบหลักของแบบจำลองการดูแลโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model) ที่เน้นการจัดระเบียบการดูแลสำหรับผู้ป่วยที่มีโรคเรื้อรัง โดยมุ่งเน้นการป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ และการใช้ประโยชน์จากข้อมูลผู้ป่วย/ประชากรอย่างมีประสิทธิภาพ (Wagner et al., 2001) การศึกษาก่อนหน้าในบริบทของประเทศไทยแสดงให้เห็นถึงความท้าทายและโอกาสในการพัฒนาการเข้าถึงบริการ การศึกษาของ Sookaneknun และคณะ (2010) เกี่ยวกับการวิเคราะห์ทางเศรษฐกิจของการร่วมมือระหว่างร้านขายยาชุมชนและหน่วยบริการปฐมภูมิของรัฐบาลไทยในการดำเนินโปรแกรมการคัดกรองเบาหวานและความดันโลหิตสูง พบว่า การคัดกรองที่ร้านขายยามีต้นทุนสูงกว่า แต่อัตราความสำเร็จในการส่งต่อสูงกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับบริการที่ชุมชน การศึกษาแบบเชิงระบบของ Smith และคณะ (2015) ที่ระบุแนวทางการปรับปรุงการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหลายโรคร่วมในการดูแลปฐมภูมิและ

การตั้งชุมชน พบว่า การมีโปรแกรมการดูแลแบบครอบคลุม 15 รูปแบบที่ประสบความสำเร็จสามารถปรับปรุงผลลัพธ์ด้านสุขภาพอย่างน้อย 1 ด้าน (เช่น คุณภาพชีวิต คุณภาพการดูแล ต้นทุนของบริการสุขภาพ) การศึกษานี้เน้นความสำคัญของการออกแบบระบบการให้บริการที่เหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาของทรงวุฒิ สารจันทิก (2564) ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพการบริการเภสัชกรรมปฐมภูมิในผู้ป่วยเบาหวานในจังหวัดสระบุรี โดยพบว่า การเข้าถึงบริการมีความสัมพันธ์กับคุณภาพการบริการเภสัชกรรมปฐมภูมิในผู้ป่วยเบาหวาน

ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลต่อประสิทธิภาพการได้รับการบริการเภสัชกรรมปฐมภูมิ ($\beta = 0.197, p < 0.001$) โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการสนับสนุนทางสังคมในระดับสูง ร้อยละ 67.5 ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับองค์ประกอบของแบบจำลองการดูแลโรคเรื้อรังที่เน้นการเชื่อมโยงกับชุมชน (Community Linkages) และการสนับสนุนการจัดการตนเอง (Self-Management Support) แบบจำลองการดูแลโรคเรื้อรังที่พัฒนาโดย MacColl Institute for Healthcare Innovation ที่ Group Health Cooperative เน้นการระดมทรัพยากรของชุมชน การส่งเสริมการดูแลที่มีคุณภาพสูง การเสริมสร้างความสามารถในการจัดการตนเองของผู้ป่วย และการประสานงานการดูแล การสนับสนุนทางสังคมไม่เพียงแต่มาจากครอบครัวเท่านั้น แต่รวมถึงการสนับสนุนจากชุมชนและเครือข่ายสังคมอื่น ๆ สอดคล้องกับการศึกษาของทรงวุฒิ สารจันทิก (2564) ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพการบริการเภสัชกรรมปฐมภูมิในผู้ป่วยเบาหวานในจังหวัดสระบุรี โดยพบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับคุณภาพการบริการเภสัชกรรมปฐมภูมิในผู้ป่วยเบาหวาน

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัยและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลควรพัฒนาโปรแกรมการให้ความรู้ที่เป็นระบบและมีมาตรฐาน โดยจัดให้มีการอบรมเภสัชกรและบุคลากรทางการแพทย์ในการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยโรคเรื้อรังอย่างเหมาะสม รวมถึงการสร้างสื่อการเรียนรู้ที่เข้าใจง่าย เช่น แผ่นพับ วิดีโอสั้น และแอปพลิเคชันมือถือ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรค การใช้ยา และการดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ควรมีการประเมินความรู้ของผู้ป่วยเป็นระยะ และปรับปรุงวิธีการให้ความรู้ให้เหมาะสมกับแต่ละบุคคล
2. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรส่งเสริมการสร้างกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชนเพื่อให้สมาชิกได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์และให้กำลังใจซึ่งกันและกัน รวมถึงการพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ให้มีความรู้และทักษะในการดูแลและสนับสนุนผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน การจัดกิจกรรมเยี่ยมบ้านอย่างเป็นระบบ และการสร้างระบบการติดต่อสื่อสารระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว และทีมสุขภาพผ่านช่องทางต่างๆ เช่น แอป

พลิเคชัน Line หรือการโทรศัพท์ติดตาม เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกได้รับการดูแลและมีแรงจูงใจในการรักษาตัวอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

3. การศึกษาครั้งต่อไปควรเป็นการวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มที่มีการควบคุม (Randomized Controlled Trial) เพื่อทดสอบประสิทธิผลของการพัฒนาปัจจัยที่พบว่ามีนัยสำคัญจากการศึกษานี้ โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มทดลองที่ได้รับการแทรกแซงแบบครบถ้วน (เช่น โปรแกรมการให้ความรู้ที่พัฒนาขึ้น การเพิ่มการเข้าถึงบริการ และการเสริมสร้างการสนับสนุนทางสังคม) เปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ โดยติดตามผลลัพธ์ทางคลินิกที่สำคัญ เช่น ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ความดันโลหิต ระดับไขมันในเลือด การปฏิบัติตามแผนการรักษา และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ในระยะเวลาไม่น้อยกว่า 1 ปี เพื่อประเมินผลกระทบระยะยาวของการปรับปรุงบริการ

เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงสาธารณสุข. (2563). *รายงานสถิติสาธารณสุขประจำปี 2563*. นนทบุรี: สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.
- ทรงวุฒิ สารจันทร์. (2564). ความคาดหวังกับการรับรู้คุณภาพการบริการเภสัชกรรมปฐมภูมิในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในจังหวัดสระบุรี. *เชี่ยงรายวารสาร*, 13(3), 17-32.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย. (2563). *รายงานข้อมูลสุขภาพจังหวัดสุโขทัย ปี 2563*. สุโขทัย: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย. (2566). *แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ จังหวัดสุโขทัย ปีงบประมาณ 2566*. สุโขทัย: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย.
- Bloom. (1968). *Taxonomy of Education*. New York: David McKay Company Inc.
- Bender D. E., & Ewbank, D. (1994). The focus group as a tool for health research: Issues in design and analysis. *Health Transition Review*, 4(1), 63–80.
- Daniel. (1995). *Biostatistics: A foundation for analysis in the health sciences*. New York: Wiley & Sons.



- Greer N., Bolduc, J., Geurkink, E., Rector, T., Olson, K., Koeller, E., ... & Wilt, T. J. (2016). Pharmacist-led chronic disease management: A systematic review of effectiveness and harms compared with usual care. *Annals of Internal Medicine*, 165(1), 30-40.
- Lindlof T. R. (1995). *Qualitative communication research methods*. Thousand Oaks: SAGE Publications.
- Liu Y., Zhang, M., Luo, Q., & Shen, Y. (2022). Effects of pharmacist-led interventions on medication adherence in patients with type 2 diabetes mellitus and hypertension: A randomized controlled trial using WeChat. *BMC Health Services Research*, 22, 1025.
- Minhat H. S. (2015). Determinants for effective primary healthcare delivery: A review. *International Journal of Public Health Research*, 5(1), 1–7.
- Ridde V., Pérez, D., & Robert, E. (2020). *Primary health care: A strategic framework for health system strengthening*. Geneva: World Health Organization.
- Smith F. J., Khan, T. M., & Sheikh, A. (2019). Role of pharmacists in primary health care. *Journal of Pharmaceutical Health Services Research*, 10(2), 123–130.
- Sookaneknun P., Saramunee, K., & Suksaeree, J. (2010). Economic analysis of screening services in community pharmacies compared to public primary care settings in Thailand. *Value in Health Regional Issues*, 1(1), 118–122.
- Smith S. M., Wallace, E., O'Dowd, T., & Fortin, M. (2015). Interventions for improving outcomes in patients with multimorbidity in primary care and community settings. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3, 650.
- Sleath B., Rubin, R. H., Campbell, W., Gwyther, L., & Clark, T. (2000). Physician–patient communication about over-the-counter medications. *Social Science & Medicine*, 50(4), 567–576.
- Wagner E. H., Austin, B. T., & Von Korff, M. (2001). Improving chronic illness care: Translating evidence into action. *Health Affairs*, 20(6), 64–78.
- World Health Organization. (2021). *Active Aging: A policy framework*. เข้าถึงได้จาก <https://iris.who.int/bitstream/handle>

Xie W., Wang, Y., Wang, X., & Lu, Q. (2017). Effects of pharmaceutical care on clinical outcomes of outpatients with type 2 diabetes mellitus. *Patient Preference and Adherence*, 11, 1193–1199.



ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเตรียมความพร้อมสู่การเป็นผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพของประชาชน ในตำบลบ้านด่าน อำเภอบ้านด่านลานหอย จังหวัดสุโขทัย

คมสันต์ ตีจุ¹

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวางเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเตรียมความพร้อมสู่การเป็นผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพของประชาชน ตำบลบ้านด่าน อำเภอบ้านด่านลานหอย จังหวัดสุโขทัย กลุ่มตัวอย่างได้แก่ประชาชนที่มีอายุระหว่าง 50-59 ปี จำนวน 206 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมการเป็นผู้สูงอายุ ใช้ค่า KR20 0.82 แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม ทศนคติต่อการเตรียมความพร้อมการเป็นผู้สูงอายุ และพฤติกรรมการเตรียมความพร้อมการเป็นผู้สูงอายุ ใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค มีค่าความเชื่อมั่น 0.80, 0.84 และ 0.86 ตามลำดับ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด และการวิเคราะห์ถดถอยเชิงเส้นพหุคูณ ด้วยวิธีการคัดเลือกตัวแบบแบบขั้นตอน

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 65.0 มีอายุเฉลี่ย 54.96 ± 3.16 ปี ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 62.1 มีแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 42.7 มีความรู้เกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมการเป็นผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 71.8 มีทัศนคติต่อการเตรียมความพร้อมการเป็นผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 71.4 มีพฤติกรรมการเตรียมความพร้อมการเป็นผู้สูงอายุอยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 72.8 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเตรียมความพร้อมสู่การเป็นผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ แรงสนับสนุนทางสังคม ($p < 0.001$, $\beta = 0.521$) ความรู้เกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมการเป็นผู้สูงอายุ ($p < 0.001$, $\beta = 0.398$) และทัศนคติต่อการเตรียมความพร้อมการเป็นผู้สูงอายุ ($p < 0.001$, $\beta = 0.342$) โดยสามารถร่วมกันทำนายการเตรียมความพร้อมสู่การเป็นผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพของประชาชนได้ร้อยละ 68.7 การศึกษานี้ควรนำไปใช้ในการจัดโครงการส่งเสริมแรงสนับสนุนทางสังคมและการให้ความรู้เพื่อการเตรียมความพร้อมสู่การเป็นผู้สูงวัยอย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ: การเตรียมความพร้อม, ผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพ, แรงสนับสนุนทางสังคม

¹ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านด่าน, E-mail : Judy.khomsan@gmail.com

Factors Influencing the Elderly Retirement Preparation Behavior of Population in Ban Dan Sub-district, Ban Dan Lan Hoi District, Sukhothai Province.

Khomsan Deeju ¹

ABSTRACT

A cross-sectional descriptive study was conducted to examine factors influencing elderly retirement preparation behavior among population in Ban Dan Sub-district, Ban Dan Lan Hoi District, Sukhothai Province. The sample consisted of 206 people aged 50-59 years. Research instruments included a knowledge questionnaire about elderly preparation with KR20 reliability of 0.82, and questionnaires on social support, attitudes toward elderly preparation, and elderly preparation behaviors with Cronbach's alpha coefficients of 0.80, 0.84, and 0.86, respectively. Statistical analyses included frequency, percentage, mean, standard deviation, median, maximum, minimum values, and stepwise multiple linear regression analysis.

The results showed that the majority of participants were female (65.0%) with a mean age of 54.96 ± 3.16 years, working as farmers (62.1%). Most participants had low levels of social support (42.7%), moderate levels of knowledge about elderly preparation (71.8%), moderate attitudes toward elderly preparation (71.4%), and low levels of elderly preparation behaviors (72.8%). Factors significantly influencing quality elderly preparation included social support ($p < 0.001$, $\beta = 0.521$), knowledge about elderly preparation ($p < 0.001$, $\beta = 0.398$), and attitudes toward elderly preparation ($p < 0.001$, $\beta = 0.342$). These factors could collectively predict 68.7% of the variance in quality elderly preparation behavior. This study should be applied to develop programs promoting social support and knowledge provision for continuous elderly preparation.

Keyword : elderly preparation, quality aging, social support

¹ Public Health Technical Officer (*PROFESSIONAL* Level), Ban Dan Lan Hoi Subdistrict Health Promotion Hospital

E-mail : Judy.khomsan@gmail.com

บทนำ

ประเทศไทย เข้าสู่ "สังคมสูงวัย" มาเป็นเวลา 10 ปี นับตั้งแต่ปี 2548 และกำลังเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ หากประชากรไทยที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป มีจำนวนมากถึง ร้อยละ 20 ในปี 2564 หรือในอีก 7 ปี ข้างหน้า โดยข้อมูลประชากรในปี 2557 มีจำนวนประชากรในประเทศไทย ประมาณ 68 ล้านคน หรือแบ่งเป็น ประชากรที่มีรายชื่ออยู่ในทะเบียนราษฎร จำนวน 65 ล้านคนซึ่งรวมถึงประชากรสัญชาติไทย และไม่ใช่สัญชาติไทย ส่วนอีก 3 ล้านคน เป็นประชากรที่ไม่ได้อยู่ในทะเบียนราษฎร ส่วนใหญ่เป็นแรงงานย้ายถิ่นฐานจากประเทศ ไกล่เคียง แม้ว่าการเพิ่มขึ้นของจำนวนประชากรยังคงเพิ่มขึ้นต่อไป แต่เป็นการเพิ่มขึ้นอย่างช้าลง อัตราการเพิ่ม ประชากรในปี 2557 อยู่ที่ร้อยละ 0.5 ต่อปีและมีแนวโน้มที่จะลดลงไปอีกจนถึงจุดอิมตัว ในปี 2565 ส่งผลกระทบ ไปที่โครงสร้างอายุของประชากรเปลี่ยนแปลงอย่างชัดเจน โดยประชากรผู้สูงอายุ จากปี 2548 ที่มีสัดส่วน ประชากรผู้สูงอายุ ร้อยละ 10 และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 15 ของประชากรทั้งหมด หรือจำนวน 10 ล้านคน ในปี 2557 และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2565) จากรายงานมูลนิธิ สถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย พบว่า ภูมิภาคที่มีประชากร วัยก่อนสูงอายุ (อายุ 50-59 ปี) ที่กำลังจะเข้าสู่วัย สูงอายุมากที่สุด ได้แก่ ภาคเหนือ มีจำนวนร้อยละ 16.9 รองลงมาเป็นภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีจำนวนร้อยละ 15 และภาคกลาง มีจำนวนร้อยละ 13.8 (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2565) และพบว่าประชากร กลางปี ณ 30 มิถุนายน 2564 ของจังหวัดสุโขทัยมีประชากรผู้สูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) ร้อยละ 21.65 และมีประชากร กลุ่มอายุ 65 ปีขึ้นไป ร้อยละ 14.56 จึงนับว่าจังหวัดสุโขทัย เป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ (Complete Aged Society) และมีแนวโน้มจะเป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างเต็มที่ (Super Aged Society) โดยพิจารณาจากอัตราการเกิด ที่มีแนวโน้มลดลง จังหวัดสุโขทัย มีประชากรผู้สูงอายุ จำนวน 134,081 คน เป็นร้อยละ 23.05 (ข้อมูลตาม ทะเบียนราษฎร) ซึ่งเข้าสู่ "สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์" (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย, 2566)

ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากร และทำให้ประชากรผู้สูงอายุมีเพิ่มขึ้นเนื่องจาก อัตราการเจริญพันธุ์ที่ลดต่ำลง ทำให้การเพิ่มขึ้นของประชากรลดลงด้วย ถึงแม้ว่าอัตราการตายของทารกลดลงแล้ว ก็ตาม แต่ก็ส่งผลต่อการเพิ่มขึ้นของประชากรไม่มาก อีกทั้ง ประชากรในปัจจุบันมีการคาดหวังในอายุเฉลี่ยที่เพิ่ม สูงขึ้น ผู้สูงอายุที่อายุ 80 ปีขึ้นไป จึงมีเพิ่มมากขึ้น การคาดการณ์กลุ่มประชากรผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 80 ปี จะ เพิ่มสูงขึ้น เป็น 1.8 ล้านคน ในปี 2567 หากกล่าวย้อนไปถึงเหตุการณ์หนึ่งที่ทำให้เกิดการเพิ่มขึ้นของประชากร ผู้สูงอายุในปัจจุบันนั้นเริ่มขึ้นในสมัยหลังสงครามโลกครั้งที่ 2 อัตราการตายต่ำลง และอัตราการเกิดอยู่ในระดับสูง ทำให้เกิดช่องว่างระหว่างอัตราการเกิดและการตาย ทำให้ประชากรเพิ่มจำนวนมาก ซึ่งเกิดขึ้นในระหว่างปี 2506-2560 ที่มีการเกิดขึ้นของประชากรมากเกินกว่า 1 ล้านคนต่อปี โดยเรียกกลุ่มประชากรกลุ่มนี้ว่า "ประชากรรุ่นเกิด ล้าน" (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม, 2560) การเตรียมความพร้อมทางจิตใจเมื่อพลั้งทางกายลดลง ก็ส่งผลให้

พลังของจิตใจต่ำลงตามไปด้วย จะมีความรู้สึกที่ไม่สุขสบาย ไม่สะดวกสบาย เหมือนเช่นเคย เนื่องจากบทบาทและสถานภาพที่เกิดขึ้นในชีวิตลดลง รายได้ที่ลดลงหรือหายไป สังคมที่เปลี่ยนไปจากที่เคยเป็น การทำงานที่เคยรับผิดชอบก็ต้องเปลี่ยนแปลง อาจจะต้องหยุดทำงานหรือโยกย้ายเปลี่ยนงานตามความจำเป็นเนื่องจากเลวร้ายต่อการทำงานไปแล้ว ทำให้ชีวิตแต่ละวันดำเนินต่อไปด้วยความจำเจมากขึ้น ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีปัญหาทางด้านจิตใจ ยิ่งไปกว่านั้นการที่ช่วยเหลือตัวเองได้น้อยลง เนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายก็ยังส่งผลกระทบต่อจิตใจ อารมณ์ที่หวนโหลมาขึ้นคิดไปว่าตัวเองไร้คุณค่า กลัวถูกทอดทิ้ง ลูกหลานไม่สนใจ และจะต้องเผชิญโลกตามลำพัง หากลูกหลานในครอบครัวออกไปทำงาน หรือทิ้งให้ผู้สูงอายุอยู่คนเดียว และสิ่งที่จะต้องทำ เพื่อควบคุมอารมณ์ให้ได้ ก็ควรจะปฏิบัติ โดยการทำความเข้าใจและยอมรับความเปลี่ยนแปลง ความไม่แน่นอนในชีวิตเรื่องต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับตัวเอง ครอบครัวหรือสังคม มันฝึกตน ฝึกจิตใจ ทำความดี ให้เกิดความภาคภูมิใจ ทำตนให้เป็นที่รักของคนทั่วไป ทำสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อครอบครัว สังคม และตนเอง ตามกำลังของตนที่เอื้ออำนวยได้ ฝึกการใช้จ่ายอย่างพอเพียง เพื่อให้เกิดความสุขใจที่ไม่ต้องพึ่งพาคนอื่น และมองหากิจกรรมที่ชอบ หากความบันเทิงเพื่อไม่ให้เกิดความเหงาหงอย เศร้าซึมและว้าเหว่

การเตรียมความพร้อมทางสังคม เมื่อเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ การอาศัยอยู่กับบ้านจึงมีเพิ่มขึ้นประกอบกับร่างกายที่เสื่อมถอย ยิ่งที่ให้อยู่ "ติดบ้าน" มากขึ้น การเดินทางที่ไม่สะดวก จึงได้แต่อยู่กับสิ่งแวดล้อมเดิม ๆ ไม่มีโอกาสได้เปลี่ยนแปลงสภาพแวดล้อมอื่น ๆ มีกิจกรรมร่วมกับผู้อื่นน้อยลง ขาดเพื่อนวัยเดียวกัน คู่ชีวิตก็ตายจากกัน เพื่อนที่เหลือน้อย ก็น้อยลงขาดการเยี่ยมเยียนสิ่งเหล่านี้จะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีจิตใจห่อเหี่ยวลงทุกวัน จึงต้องมีการกลับเข้าสู่สังคม ต้องมีเพื่อนต่างวัยเพื่อนพุดคุย แลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน ปรับตัวให้เข้ากับสังคมในปัจจุบัน ให้เป็นที่รักของบุคคลอื่นไม่ยึดถือตนเอง ต้องคอยรับฟังความคิดเห็นของผู้อื่น สนใจรับรู้สิ่งใหม่ ๆ จากการเปลี่ยนแปลงของสังคมออกสังคมเป็นครั้งคราว เพื่อการปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น

จากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรโลกในภาพรวม ทั้งภาวะการเพิ่มขึ้นของประชากรในวัยสูงอายุ ซึ่งทำให้ในหลายประเทศเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างรวดเร็ว และประสบปัญหาสูงวัยอย่างไม่มีคุณภาพ โดยผู้สูงอายุมักพบปัญหาการปรับตัวเข้าสู่วัยสูงอายุได้อย่างช้า ก่อให้เกิดปัญหาหลากหลายด้านตามมา เช่น ด้านสุขภาพในวัยสูงอายุ โดยผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีโอกาสเป็นโรคเรื้อรังและเสียชีวิตด้วยอาการแทรกซ้อนของโรคเรื้อรังมากขึ้น ผู้สูงอายุมักมีภาวะซึมเศร้าจนอาจก่อให้เกิดการฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้น เป็นต้น ด้านอารมณ์และสังคม เช่น ผู้สูงอายุจะพบกับการสูญเสียบทบาทหน้าที่ ก่อให้เกิดความรู้สึกไร้ค่าในตนเอง ผู้สูงอายุจะสูญเสียสังคมการทำงานประจำ และมีการปรับตัวเข้ากิจกรรมในยุคสมัยที่เทคโนโลยีก้าวหน้าอย่างรวดเร็วได้ยาก เป็นต้น ส่งผลให้องค์การอนามัยโลกได้ตระหนักถึงปัญหา และความสำคัญของประชากรผู้สูงอายุ ซึ่งการเตรียมรับมือสังคมสูงวัยที่น่าสนใจอีกอย่างหนึ่ง คือ Pre-Aging (ผู้ที่มีอายุ 50 - 59 ปี) เป็นเตรียมความพร้อมให้กับตนเองก่อนเป็นผู้สูงวัย บุคคลได้เข้าสู่วัยสูงอายุจะปรากฏการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นสามารถ แบ่งได้ 3 ด้านหลักๆ คือ ด้านร่างกาย เช่น การ

มองเห็นสีสันทันจะลดลง แก้วตาหรือเลนส์ขุ่นขึ้น ผิวหนังรับรู้ความรู้สึกช้าลง การเคลื่อนไหวและความคิดเชิงซ้ำ ความจำแย่งลง มวลกระดูกลดลง และข้อกระดูกเสื่อม เป็นต้น ด้านจิตใจ เช่น อารมณ์แปรปรวน หงุดหงิดง่าย รู้สึกโดดเดี่ยว เป็นภาระ กลัวความตาย เป็นต้น และด้านสังคมของบุคคล เช่น สูญเสียบทบาทสถานภาพทางสังคม ขาดรายได้ เป็นต้น (กนิษฐา ลิ้มทรัพย์, 2557) ซึ่งภาวะการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นดังกล่าวมาข้างต้นนี้ อาจเป็นปัจจัยที่ก่อให้เกิดบุคคลมีโอกาสก่อให้เกิดโรคเรื้อรัง หรือภาวะความผิดปกติต่าง ๆ ตามมา ซึ่งเป็นอุปสรรคในการดำเนินชีวิตได้

จากข้อมูลการคัดกรองความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living - ADL) จังหวัดสุโขทัยเป็นกลุ่มติดสังคม ร้อยละ 97.6 จากการสำรวจพฤติกรรมสูงอายุที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุ ปี 2566 ผ่าน Blue Book Application จำนวน 11,354 คน พบว่า ในภาพรวมจังหวัดสุโขทัย ผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ครบทั้ง 8 ด้าน เป็นร้อยละ 72.9 มีพฤติกรรมที่พึงประสงค์เพิ่มขึ้นจากปี 2565 ร้อยละ 6.8 เมื่อพิจารณาพฤติกรรมที่พึงประสงค์เป็นรายด้าน พบว่า ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์มากที่สุด คือ การดูแลสุขภาพช่องปาก ร้อยละ 90.8 รองลงมาคือ ไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ร้อยละ 91.2 และไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 91.1 ส่วนพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์น้อยที่สุด คือ การออกกำลังกาย มีเพียงร้อยละ 85.1 โดยตำบลบ้านด่าน อำเภอบ้านด่านลานหอย จังหวัดสุโขทัยมีผู้สูงอายุ จำนวน 1,333 คน เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุแบบสมบูรณ์ จากข้อมูลแนวโน้มโครงสร้างประชากรและสถานการณ์ดังกล่าว ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะนำแนวคิด Active Ageing ร่วมกับแนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องมาประยุกต์ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเตรียมความพร้อมสู่การเป็นผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพของประชาชน ตำบลบ้านด่าน อำเภอบ้านด่านลานหอย จังหวัดสุโขทัย เพื่อใช้ข้อมูลในการวางแผนทางกำหนดโครงการเตรียมความพร้อมสู่การเป็นผู้สูงวัยสำหรับกลุ่มก่อนผู้สูงอายุ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับการเตรียมความพร้อมสู่การเป็นผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพของประชาชนในตำบลบ้านด่าน อำเภอบ้านด่านลานหอย จังหวัดสุโขทัย
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเตรียมความพร้อมสู่การเป็นผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพของประชาชนในตำบลบ้านด่าน อำเภอบ้านด่านลานหอย จังหวัดสุโขทัย

สมมติฐานการวิจัย

ปัจจัยส่วนบุคคล แรงสนับสนุนทางสังคม ความรู้เกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมการเป็นผู้สูงอายุ และทัศนคติต่อการเตรียมความพร้อมการเป็นผู้สูงอายุมีอิทธิพลต่อการเตรียมความพร้อมสู่การเป็นผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพของประชาชนในตำบลบ้านด่าน อำเภอบ้านด่านลานหอย จังหวัดสุโขทัย

ขอบเขตของการวิจัย

ขอบเขตด้านการศึกษา การวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive research) โดยศึกษาการเตรียมความพร้อมของประชากรก่อนวัยสูงอายุเพื่อเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุคุณภาพ อำเภอบ้านด่านลานหอย จังหวัดสุโขทัย

ขอบเขตด้านพื้นที่ อำเภอบ้านด่านลานหอย จังหวัดสุโขทัย

ขอบเขตด้านประชากร ประชาชนที่มีอายุระหว่าง 50-59 ปี ในตำบลบ้านด่าน อำเภอบ้านด่านลานหอย จังหวัดสุโขทัย จำนวน 346 คน

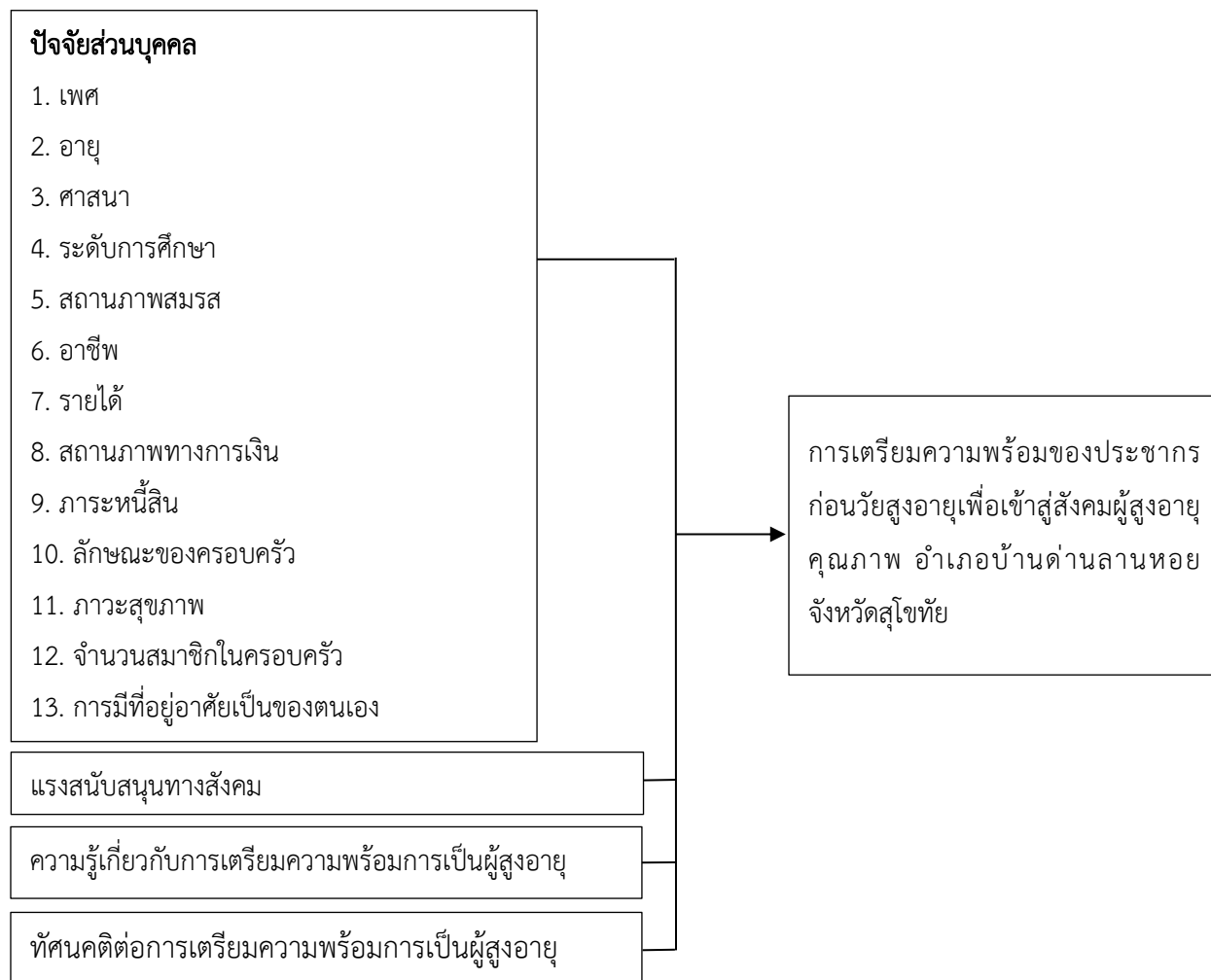
ขอบเขตด้านระยะเวลา

ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย เดือนมกราคม 2568 ถึงเดือนมิถุนายน 2568
ระยะเวลาในการเก็บข้อมูล เดือนมีนาคม 2568 ถึงเดือนพฤษภาคม 2568

กรอบแนวคิดการวิจัย

ตัวแปรต้น

ตัวแปรตาม



วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ใช้รูปแบบวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive research) เพื่อศึกษาระดับการเตรียมความพร้อมสู่การเป็นผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพของประชาชนในตำบลบ้านด่าน อำเภอบ้านด่านลานหอย จังหวัดสุโขทัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชาชนที่มีอายุระหว่าง 50-59 ปี ในตำบลบ้านด่าน อำเภอบ้านด่านลานหอย จังหวัดสุโขทัย จำนวน 346 คน

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ประชาชนที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกและคัดออก โดยคำนวณจำนวนกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรการประมาณค่าเฉลี่ยของประชากรที่แน่นอน จากสูตรการหาขนาดตัวอย่างของแดเนียล (Daniel, 1995) ดังนี้

$$n = \frac{N\sigma^2 Z_{1-\alpha/2}^2}{d^2(N-1) + \sigma^2 Z_{1-\alpha/2}^2}$$

n = ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ให้ศึกษาในงานวิจัยครั้งนี้

N = ขนาดของประชากร (346 คน)

$Z_{1-\alpha/2}$ = ค่ามาตรฐานใต้โค้งปกติที่ระดับความเชื่อมั่น 95% $Z_{1-\alpha/2} = 1.96$

σ = ค่าความแปรปรวน ซึ่งผู้วิจัยได้นำผลการศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเตรียมความพร้อมสู่การเป็นผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพของประชาชนในอำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการเตรียมความพร้อมสู่การเป็นผู้สูงวัยเฉลี่ย 2.11 และมีค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.70 (วชากร นพรินทร์, 2563)

d = ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้เท่ากับ ร้อยละ 10 ของค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ดังนั้นค่าความคลาดเคลื่อนที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เท่ากับ 0.07

Alpha (α) = 0.05

$$\begin{aligned} \text{จากสูตร} \quad n &= \frac{346 \times (0.70^2) (1.96^2)}{[(0.070^2) (346 - 1)] + [(0.70^2)(1.96^2)]} \\ n &= 185 \text{ คน} \end{aligned}$$

ดังนั้น ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณได้จากสูตร เท่ากับ 185 คน

เพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนในขณะเก็บรวบรวมข้อมูลและลดปัญหาการตอบกลับของแบบสอบถามที่ไม่สมบูรณ์หรือน้อยกว่าที่กำหนด หรือมีข้อมูลสูญหาย (Missing data) ซึ่งคาดว่าจะเกิดขึ้นร้อยละ 10 ผู้วิจัยจึงปรับขนาดตัวอย่างใหม่เป็น

$$\begin{aligned} n_{\text{adjusted}} &= n/1-r \\ &= 185/1-0.1 \\ &= 205.55 \end{aligned}$$

ดังนั้น ในการศึกษานี้จึงเก็บรวบรวมข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างไม่ต่ำกว่า 206 คน

วิธีเลือกกลุ่มตัวอย่าง ในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ ใช้การสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (Simple random sampling) นำรายชื่อของประชาชนมาสุ่มอย่างง่าย โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ในการสุ่มตามรายชื่อประชาชน ตำบลบ้านด่าน อำเภอบ้านด่านลานหอย จังหวัดสุโขทัย จนครบจำนวน 206 คน

เกณฑ์การคัดเลือกเข้าศึกษา (Inclusion criteria)

- 1) เป็นบุคคลที่มีสติสัมปชัญญะครบถ้วน และมีอายุระหว่าง 50-59 ปี
- 2) เป็นบุคคลที่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย
- 3) สามารถให้ข้อมูลแก่นักวิจัยได้

เกณฑ์การคัดออกจากการศึกษา (Exclusion criteria)

- 1) อาศัยอยู่ในพื้นที่ไม่ถึง 6 เดือน
- 2) ไม่เป็นกลุ่มผู้ป่วยติดเตียง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถาม ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนแนวคิด ทฤษฎีและวรรณกรรมเกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมสู่การเป็นผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพของประชาชน ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมสู่การเป็นผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพของประชาชน และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเตรียมความพร้อมสู่การเป็นผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพของประชาชน ตำบลบ้านด่าน อำเภอบ้านด่านลานหอย จังหวัดสุโขทัย ประกอบด้วย 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคลประกอบด้วย เพศ อายุศาสนา ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้สถานภาพทางการเงิน ภาระหนี้สิน ลักษณะของครอบครัว ภาวะสุขภาพ จำนวนสมาชิกในครอบครัว และการมีที่อยู่อาศัยเป็นของตนเอง จำนวน 13 ข้อ

ส่วนที่ 2 แรงสนับสนุนทางสังคม เป็นแบบสอบถามประเมินการได้รับการสนับสนุน ช่วยเหลือ ประยุกต์มาจากแรงสนับสนุนทางสังคม (วิไลพร วงศ์คินี, โรจน์ จินตนาวัฒน์, และกนกพร สุคำวัง, 2556) ประกอบด้วยด้านอารมณ์และสังคม ด้านการรับข้อมูลข่าวสาร และด้านทรัพยากร จำนวน 15 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ ดังนี้

ไม่ได้รับ	หมายถึง	ท่านไม่ได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือในเรื่องนั้น ๆ เลย
บางครั้ง	หมายถึง	ท่านได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือในเรื่องนั้น ๆ
ทุกครั้ง	หมายถึง	ท่านได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือในเรื่องนั้น ๆ ทุกครั้ง

โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน เป็นดังนี้

คำถามเชิงบวก	คำถามเชิงลบ
ไม่ได้รับ 1 คะแนน	3 คะแนน
ได้รับน้อย 2 คะแนน	2 คะแนน
ได้รับมาก 3 คะแนน	1 คะแนน

การแปลผล แบ่งกลุ่มหาแรงสนับสนุนทางสังคม โดยแบ่งคะแนนเป็น 3 ระดับตามเกณฑ์ของบลูม (Bloom, 1968) ดังนี้

แรงสนับสนุนทางสังคมระดับสูง	ได้คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป (36 คะแนนขึ้นไป)
แรงสนับสนุนทางสังคมระดับปานกลาง	ได้คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 60 – 79 (27-35 คะแนน)
แรงสนับสนุนทางสังคมระดับต่ำ	ได้คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60 (น้อยกว่า 27 คะแนน)

ส่วนที่ 3 ความรู้เกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมการเป็นผู้สูงอายุ ประกอบด้วยด้านสุขภาพ ด้านความมั่นคงในชีวิต และด้านสังคมและงานอดิเรก จำนวน 20 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบถูกผิด 2 ค่า

โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ตอบไม่ใช่	หมายถึง	ได้ 0 คะแนน
ตอบใช่	หมายถึง	ได้ 1 คะแนน

คะแนนรวมอยู่ในช่วงระหว่าง 0-20 คะแนน การแปลความหมายแบบสอบถามความรู้ เกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมการเป็นผู้สูงอายุจะมี 3 ระดับ ได้แก่ต่ำ ปานกลาง สูง

การแปลผล แบ่งกลุ่มหาความรู้เกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมการเป็นผู้สูงอายุ โดยแบ่งคะแนนเป็น 3 ระดับตามเกณฑ์ของบลูม (Bloom, 1968) ดังนี้

ความรู้ระดับสูง	ได้คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป (16คะแนนขึ้นไป)
ความรู้ระดับปานกลาง	ได้คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 60 – 79 (12-15 คะแนน)
ความรู้ระดับต่ำ	ได้คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60 (น้อยกว่า 12 คะแนน)

ส่วนที่ 4 ทักษะคิดต่อการเตรียมความพร้อมการเป็นผู้สูงอายุ เป็นแบบสอบถาม ที่ประเมิน ทักษะคิดเกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมสู่การเป็นผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพของประชาชน จำนวน 16 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ ได้แก่ ไม่เห็นด้วย ไม่แน่ใจ และเห็นด้วย

โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน เป็นดังนี้

คำถามเชิงบวก	คำถามเชิงลบ
ไม่เห็นด้วย 1 คะแนน	3 คะแนน
ไม่แน่ใจ 2 คะแนน	2 คะแนน
เห็นด้วย 3 คะแนน	1 คะแนน

การแปลผล แบ่งกลุ่มหาทักษะคิดต่อการเตรียมความพร้อมการเป็นผู้สูงอายุ โดยแบ่งคะแนนเป็น 3 ระดับตามเกณฑ์ของบลูม (Bloom, 1968) ดังนี้

ทักษะคิดระดับสูง	ได้คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป (36 คะแนนขึ้นไป)
ทักษะคิดระดับปานกลาง	ได้คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 60 – 79 (27-35 คะแนน)
ทักษะคิดระดับต่ำ	ได้คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60 (น้อยกว่า 27 คะแนน)

ส่วนที่ 5 พฤติกรรมการเตรียมความพร้อมการเป็นผู้สูงอายุประกอบด้วย 3 ด้าน ได้แก่ ด้านสุขภาวะด้านการมีส่วนร่วม และด้านความมั่นคงในชีวิตสูงอายุจำนวน 16 ข้อ เป็นมาตราส่วน ประมาณค่า 3 ระดับ ได้แก่ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบางครั้ง และไม่เคยปฏิบัติ

โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

คำถามเชิงบวก	คำถามเชิงลบ
ไม่เคยปฏิบัติ 1 คะแนน	3 คะแนน
บางครั้ง 2 คะแนน	2 คะแนน
เป็นประจำ 3 คะแนน	1 คะแนน

การแปลผล แบ่งกลุ่มหาพฤติกรรมการเตรียมความพร้อมการเป็นผู้สูงอายุ โดยแบ่งคะแนนเป็น 3 ระดับตามเกณฑ์ของบลูม (Bloom, 1968) ดังนี้

พฤติกรรมระดับมาก	ได้คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป (38 คะแนนขึ้นไป)
พฤติกรรมระดับปานกลาง	ได้คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 60 – 79 (28-37 คะแนน)
พฤติกรรมระดับน้อย	ได้คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60 (น้อยกว่า 28 คะแนน)

วิธีการสร้างและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. ศึกษาวิธีการสร้างเครื่องมือจากเอกสารและตำราที่เกี่ยวข้อง เพื่อใช้เป็นแนวทางในการสร้างเครื่องมือ
2. ศึกษาการเตรียมความพร้อมสู่การเป็นผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพของประชาชน
3. สร้างเครื่องมือตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย
4. นำเสนอโครงร่างแบบสอบถามที่จัดทำขึ้นเสนอผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน เพื่อพิจารณาความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) ของแบบสอบถาม โดยการหาค่าดัชนีความสอดคล้อง มีเกณฑ์ดังนี้
 - ให้ + 1 เมื่อข้อความมีความสอดคล้องกับนิยามศัพท์และวัตถุประสงค์
 - 0 เมื่อไม่แน่ใจว่าข้อความมีความสอดคล้องกับนิยามศัพท์และวัตถุประสงค์
 - 1 เมื่อข้อความไม่มีความสอดคล้องกับนิยามศัพท์และวัตถุประสงค์
 หลังจากนั้นนำคะแนนของผู้เชี่ยวชาญมาหาค่าดัชนีความสอดคล้อง โดยใช้สูตรของ (Rovinelli, & Hambleton, 1976) มีสูตรดังนี้

$$IOC = \frac{\sum R}{N}$$

เมื่อ

IOC = ดัชนีความสอดคล้องระหว่างแบบสอบถาม

$\sum R$ = ผลรวมคะแนนความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ

N = จำนวนผู้เชี่ยวชาญ

การวิเคราะห์ความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา คัดเลือกแบบสอบถามที่มีค่าดัชนี IOC ตั้งแต่ 0.5 ขึ้นไป

5. ปรับปรุงแก้ไขแบบสอบถามตามคำแนะนำของอาจารย์และผู้เชี่ยวชาญ
6. นำเครื่องมือไปทดสอบ (Try out) จำนวน 30 ชุด ในกลุ่มประชาชนที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับประชาชนที่เป็นตัวอย่างในการวิจัย ได้แก่ ประชาชนในเขตพื้นที่ตำบลใกล้เคียง อำเภอบ้านด่านลานหอย จังหวัดสุโขทัยที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง
7. การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ทำการวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้วิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach' alpha coefficient) ของแบบสอบถามแต่ละส่วน กำหนดเกณฑ์ความเที่ยงมีค่า 0.7 ขึ้นไป จึงจะถือว่าแบบทดสอบนั้นมีความน่าเชื่อถือและสามารถนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างได้จริง
8. ปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือแบบสอบถามให้มีความสมบูรณ์อีกครั้ง
9. นำแบบสอบถามที่แก้ไขปรับปรุงไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาจริงการเก็บรวบรวมข้อมูล

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา แบบสอบถามทั้งฉบับ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่านใช้ค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างคำถามและวัตถุประสงค์ (Index of Item Objective Congruence: IOC) ได้ค่าระหว่าง 0.67-1.00 หลังจากนั้น ทำการตรวจสอบค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยทดลองใช้เครื่องมือกับกลุ่มตัวอย่าง 30 คน ในประชาชนที่มีอายุระหว่าง 50-59 ปี ตำบลลานหอย อำเภอบ้านด่านลานหอย จังหวัดสุโขทัย มีความเชื่อมั่นของแบบสอบถามความรู้ ใช้ค่า KR20 ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.82 แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม ทศนติและพฤติกรรมเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค มีค่าความเชื่อมั่น 0.80, 0.84 และ 0.86 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นเตรียมการดำเนินการ

1. ผู้วิจัยดำเนินการขอเอกสารรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จังหวัดสุโขทัย เพื่อพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง
2. ผู้วิจัยนำหนังสือเสนอต่อองค์การบริหารส่วนจังหวัดสุโขทัยเพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล
3. ผู้วิจัยติดต่อประสานงานกับผู้นำชุมชน และผู้รับผิดชอบงานที่เป็นพื้นที่ในการศึกษาวิจัย เพื่อขอความอนุเคราะห์ชี้แจงวัตถุประสงค์และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล
4. ผู้วิจัยตรวจสอบรายชื่อกลุ่มตัวอย่าง

ขั้นตอนการดำเนินการ

1. ผู้วิจัยประสานงานกับผู้นำชุมชนและผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่เป็นพื้นที่เป้าหมายเพื่อขออนุเคราะห์ในการใช้พื้นที่
2. ผู้วิจัยประสานผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ประชุมชี้แจง และจัดอบรมเชิงปฏิบัติการ เพื่ออธิบายแนวทางในการตอบแบบสอบถามให้กับกลุ่มตัวอย่างและขอความอนุเคราะห์ ในการตอบแบบสอบถามให้ตรงกับความเป็นจริง
3. กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง โดยหากมีข้อสงสัยสามารถสอบถามผู้วิจัย ซึ่งอยู่ในพื้นที่ขณะเก็บรวบรวมข้อมูลตลอดเวลา
4. ผู้วิจัยเป็นผู้รวบรวมแบบสอบถาม พร้อมนำมาตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูล นำแบบสอบถามมาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ดังนี้

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าความถี่ ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. สถิติเชิงอนุมาน ใช้ในการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis) แบบ Step-wise

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

1. สรุปผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคล

ตารางที่ 1 ปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (n=206)

ปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคล		จำนวน	ร้อยละ
เพศ	ชาย	72	35.0
	หญิง	134	65.0
อายุ	50-55	111	53.9
	56-59	95	46.1
(Mean = 54.96 S.D. = 3.16, Median = 55.0, Min = 50.0, Max = 59.0)			
ศาสนา	พุทธ	206	100.0
	คริสต์	0	0
	อิสลาม	0	0
ระดับการศึกษาสูงสุด	ต่ำกว่าประถมศึกษา	7	3.4
	ประถมศึกษา	106	51.5
	มัธยมศึกษาตอนต้น	43	20.9
	มัธยมศึกษาตอนปลายหรือเทียบเท่า	35	17.0
	อนุปริญญา	5	2.4

ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า	10	4.9
สูงกว่าปริญญาตรี	0	0
สถานภาพสมรส		
โสด	20	9.7
สมรส/คู่	152	73.8
หม้าย	16	7.8
หย่า/แยกกันอยู่	18	8.7
รายได้ (บาท/เดือน)		
น้อยกว่า 5,000	60	29.1
5,000-10,000	111	53.9
10,001-20,000	28	13.6
มากกว่า 20,000 ขึ้นไป	7	3.4
(Mean = 7,898.04 SD = 6,973.34, Median = 6,000, Min = 300, Max = 54,350)		
สถานภาพทางการเงิน		
ไม่เพียงพอ	58	28.2
เพียงพอไม่เหลือเก็บ	94	45.6
เพียงพอและเหลือเก็บ	54	26.2
ภาระหนี้สิน		
ไม่มีหนี้สิน	41	19.9
มีหนี้สิน	165	80.1
ลักษณะของครอบครัว		
เป็นครอบครัวเดี่ยว	140	68.0
เป็นครอบครัวขยาย	66	32.0
ภาวะสุขภาพ		
ไม่มีโรคประจำตัว	94	45.6
มีโรคประจำตัว	112	54.4
จำนวนสมาชิกในครอบครัว (คน)		
1-2	60	29.1

3-4	102	49.5
มากกว่า 4 ขึ้นไป	44	21.4
(Mean = 3.28 S.D. = 1.45, Median = 3, Min = 1.0, Max = 10.0)		
การมีที่อยู่อาศัยเป็นของตนเอง		
ไม่มี	9	4.4
มี	197	95.6
อาชีพ		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	10	4.9
ข้าราชการ	5	2.4
พนักงาน/ลูกจ้าง	26	12.6
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	37	18.0
เกษตรกร	128	62.1

จากตาราง 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างจำนวน 206 คน เป็นเพศหญิง ร้อยละ 65.0 มีอายุเฉลี่ย 54.96 ± 3.16 ปี อายุสูงสุด 59 ปี อายุต่ำสุด 50 ปี ส่วนใหญ่มีอายุ 50-55 ปี ร้อยละ 53.9 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 100 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 51.5 รองลงมาคือระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 20.9 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 73.8 มีรายได้เฉลี่ย $7,898.04 \pm 6,973.34$ บาทต่อเดือน รายได้ต่ำสุด 300 บาท รายได้สูงสุด 54,350 บาทต่อเดือน สถานภาพทางการเงินส่วนใหญ่เพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ ร้อยละ 45.6 มีภาระหนี้สิน ร้อยละ 80.1 มีลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวเดี่ยว ร้อยละ 68.0 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 54.4 จำนวนสมาชิกในครอบครัวเฉลี่ย 3.28 ± 1.45 คน ต่ำสุด 1 คน และสูงสุด 10 คน ส่วนใหญ่มีที่อยู่อาศัยเป็นของตนเอง ร้อยละ 95.6 ประกอบอาชีพเกษตร ร้อยละ 62.1

ส่วนที่ 2 แรงสนับสนุนทางสังคม

ตาราง 2 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับแรงสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มตัวอย่าง ($n = 206$)

ระดับแรงสนับสนุนทางสังคม	จำนวน	ร้อยละ
แรงสนับสนุนทางสังคมระดับสูง (36 คะแนนขึ้นไป)	35	17.0
แรงสนับสนุนทางสังคมระดับปานกลาง (27-35 คะแนน)	83	40.3
แรงสนับสนุนทางสังคมระดับต่ำ (น้อยกว่า 27 คะแนน)	88	42.7
(Mean = 22.34 S.D. = 5.20, Median = 21.0, Min = 11.0, Max = 43.0)		

จากตาราง 2 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 42.7 รองลงมาได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 40.3 ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมเฉลี่ย 22.34 ± 5.20 คะแนน (คะแนนเต็ม 45) ต่ำสุด 11 คะแนน สูงสุด 43 คะแนน

ส่วนที่ 3 ความรู้เกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมการเป็นผู้สูงอายุ

ตาราง 3 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับความรู้เกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมการเป็นผู้สูงอายุของกลุ่มตัวอย่าง ($n = 206$)

ระดับความรู้เกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมการเป็นผู้สูงอายุ	จำนวน	ร้อยละ
ความรู้ระดับสูง (16 คะแนนขึ้นไป)	35	17.0
ความรู้ระดับปานกลาง (12-15 คะแนน)	148	71.8
ความรู้ระดับต่ำ (น้อยกว่า 12 คะแนน)	23	11.2
(Mean = 13.81 S.D. = 4.03, Median = 14.0, Min = 3.0, Max = 20.0)		

จากตาราง 3 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมการเป็นผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 71.8 รองลงมาคือมีความรู้เกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมการเป็นผู้สูงอายุในระดับสูง ร้อยละ 17.0 มีคะแนนความรู้เกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมการเป็นผู้สูงอายุเฉลี่ย 13.81 ± 4.03 คะแนน (คะแนนเต็ม 20) ต่ำสุด 3 คะแนน สูงสุด 20 คะแนน

ส่วนที่ 4 ทักษะคิดต่อการเตรียมความพร้อมการเป็นผู้สูงอายุ

ตาราง 4 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับทักษะคิดต่อการเตรียมความพร้อมการเป็นผู้สูงอายุ (n = 206)

ทักษะคิดต่อการเตรียมความพร้อมการเป็นผู้สูงอายุ	จำนวน	ร้อยละ
ทักษะคิดระดับสูง (36 คะแนนขึ้นไป)	2	1.0
ทักษะคิดระดับปานกลาง (27-35 คะแนน)	147	71.4
ทักษะคิดระดับต่ำ (น้อยกว่า 27 คะแนน)	57	27.7
(Mean = 27.24 , S.D. = 3.88, Median = 17.00, Min = 20.0, Max = 32.0)		

จากตาราง 4 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีทักษะคิดต่อการเตรียมความพร้อมการเป็นผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 71.4 รองลงมาคือระดับต่ำ ร้อยละ 27.7 กลุ่มตัวอย่างมีทักษะคิดต่อการเตรียมความพร้อมการเป็นผู้สูงอายุเฉลี่ย 27.24 ± 3.88 คะแนน (คะแนนเต็ม 45) ต่ำสุด 20 คะแนน สูงสุด 32 คะแนน

ส่วนที่ 5 พฤติกรรมการเตรียมความพร้อมการเป็นผู้สูงอายุ

ตาราง 5 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับพฤติกรรมการเตรียมความพร้อมการเป็นผู้สูงอายุ (n = 206)

พฤติกรรมการเตรียมความพร้อมการเป็นผู้สูงอายุ	จำนวน	ร้อยละ
พฤติกรรมระดับมาก (38 คะแนนขึ้นไป)	3	1.5
พฤติกรรมระดับปานกลาง (28-37 คะแนน)	53	25.7
พฤติกรรมระดับน้อย (น้อยกว่า 28 คะแนน)	150	72.8
(Mean = 24.89 , S.D. = 5.57, Median = 24.00, Min = 16.0, Max = 48.0)		

จากตาราง 5 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการเตรียมความพร้อมการเป็นผู้สูงอายุอยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 72.8 รองลงมาคือระดับปานกลาง ร้อยละ 25.7 กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการเตรียมความพร้อมการเป็นผู้สูงอายุเฉลี่ย 24.89 ± 5.57 คะแนน (คะแนนเต็ม 48) ต่ำสุด 16 คะแนน สูงสุด 48 คะแนน

ส่วนที่ 6 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเตรียมความพร้อมสู่การเป็นผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพของประชาชน ในตำบลบ้านด่าน อำเภอบ้านด่านลานหอย จังหวัดสุโขทัย

ตาราง 6 แสดงการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนระหว่างตัวแปรพยากรณ์กับการเตรียมความพร้อมสู่การเป็นผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพของประชาชน (n = 206)

ตัวแปรพยากรณ์	b	Beta	T	p-value
แรงสนับสนุนทางสังคม	3.124	0.521	7.892	<0.001*
ความรู้เกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมการเป็นผู้สูงอายุ	2.158	0.398	6.245	<0.001*
ทัศนคติต่อการเตรียมความพร้อมการเป็นผู้สูงอายุ	1.836	0.342	5.721	<0.001*

Constant (a) = 5.438 R Square = 0.687 Adjusted R Square = 0.691 F = 78.524 P = <0.05*

จากตาราง 6 การวิเคราะห์ถดถอยแบบพหุคูณแบบขั้นตอน พบว่า มีตัวแปรที่มีผลต่อการเตรียมความพร้อมสู่การเป็นผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพของประชาชนได้ทั้งหมด 3 ตัวแปร ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคม (p-value<0.001, $\beta = 0.521$) ความรู้เกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมการเป็นผู้สูงอายุ (p-value<0.001, $\beta = 0.398$) และทัศนคติต่อการเตรียมความพร้อมการเป็นผู้สูงอายุ (p-value <0.001, $\beta=0.342$) โดยสามารถร่วมกันทำนายการเตรียมความพร้อมสู่การเป็นผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพของประชาชนได้ร้อยละ 68.7 และสามารถเขียนสมการในการพยากรณ์การเตรียมความพร้อมสู่การเป็นผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพของประชาชนในรูปคะแนนดิบได้ดังนี้

การเตรียมความพร้อมสู่การเป็นผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพของประชาชน = 5.438 + 3.124 (แรงสนับสนุนทางสังคม) + 2.158 (ความรู้เกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมการเป็นผู้สูงอายุ) + 1.836 (ทัศนคติต่อการเตรียมความพร้อมการเป็นผู้สูงอายุ)

ส่วนปัจจัยที่ไม่มีอิทธิพลต่อการเตรียมความพร้อมสู่การเป็นผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพของประชาชนในตำบลบ้านด่าน อำเภอบ้านด่านลานหอย จังหวัดสุโขทัยได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ สถานภาพทางการเงิน ภาระหนี้สิน ลักษณะของครอบครัว ภาวะสุขภาพ จำนวนสมาชิกในครอบครัว และการมีที่อยู่อาศัยเป็นของตนเอง

วัตถุประสงค์ของการวิจัย ข้อ 1 เพื่อศึกษาระดับการเตรียมความพร้อมสู่การเป็นผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพของประชาชนในตำบลบ้านด่าน อำเภอบ้านด่านลานหอย จังหวัดสุโขทัย

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการเตรียมความพร้อมการเป็นผู้สูงวัยอยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 72.8 รองลงมาคือระดับปานกลาง ร้อยละ 25.7 ไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของ วาชร นพรินทร์ (2563) ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเตรียมความพร้อมสู่การเป็นผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพของประชาชนในอำเภอมือง จังหวัดพิษณุโลก พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการเตรียมความพร้อมสู่การเป็นผู้สูงวัยอยู่ในระดับมาก และไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของภกัทร พิษิตกุลธรรม ชนัญชิดาคุณิ์ ทูลศิริ และพรนภา หอมสินธุ์ (2562) ศึกษาเรื่องปัจจัยทำนายการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพเพื่อเข้าสู่สังคมผู้สูงวัยของประชาชนในชุมชนเขตอำเภอวังจันทร์ จังหวัดระยอง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการเตรียมความพร้อมสู่การเป็นผู้สูงวัยอยู่ในระดับดี

วัตถุประสงค์ของการวิจัย ข้อ 2 เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเตรียมความพร้อมสู่การเป็นผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพของประชาชนในตำบลบ้านด่าน อำเภอบ้านด่านลานหอย จังหวัดสุโขทัย

ตัวแปรที่มีผลต่อการเตรียมความพร้อมสู่การเป็นผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพของประชาชน ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคม ความรู้เกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมการเป็นผู้สูงวัย และทัศนคติต่อการเตรียมความพร้อมการเป็นผู้สูงวัย รายละเอียดดังต่อไปนี้

แรงสนับสนุนทางสังคม มีผลต่อการเตรียมความพร้อมสู่การเป็นผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพของประชาชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p\text{-value} < 0.001$, $\beta = 0.521$) เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 42.7 อธิบายได้ว่า การได้รับแรงสนับสนุนมีผลต่อการเตรียมความพร้อมสู่การเป็นผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากครอบครัว เพื่อนบ้าน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีส่วนเกี่ยวข้องกับการเตรียมความพร้อมต่อการเข้าสู่ผู้สูงวัย จึงเกิดเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการเตรียมความพร้อม การรู้ตัว และการเตรียมการล่วงหน้าในการเตรียมเข้าสู่ผู้สูงวัย ซึ่งปัจจัยเสริม (Reinforcing factors) หมายถึงปัจจัยที่แสดงให้เห็นว่าการปฏิบัติหรือพฤติกรรมสุขภาพได้รับการสนับสนุน อาจเป็นการกระตุ้นเตือน การให้รางวัลที่เป็น สิ่งของ คำชมเชย การยอมรับ การเอาเป็นแบบอย่าง การลงโทษ หรืออาจเป็นกฎระเบียบ ซึ่งสิ่งเหล่านี้บุคคลจะได้รับจากบุคคลอื่นที่มีอิทธิพลต่อตนเอง โดยอาจจะช่วยสนับสนุนหรือยับยั้งการแสดงพฤติกรรมนั้น ๆ ก็ได้ (Green and Krueter, 1991) สอดคล้องกับแนวคิดของ Caplan (1974) ได้เสนอว่าสิ่งที่บุคคลได้รับโดยตรงจากบุคคลหรือกลุ่มบุคคล อาจเป็นทางข่าวสาร เงิน กำลังงาน หรือทางอารมณ์ ซึ่งอาจจะเป็นแรงผลักดัน หรือกำลังใจให้ผู้รับไปสู่เป้าหมายที่ผู้ให้ต้องการได้สำเร็จ ทั้งยังสอดคล้องกับงานวิจัยของ Kumelachew (1996) ได้ศึกษาการวิเคราะห์การเตรียมความพร้อมในการเกษียณของบุคลากรในมหาวิทยาลัย พบว่า ทัศนคติที่ดีต่อการเกษียณอายุและการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการเกษียณนั้น มีความสัมพันธ์กับ

พฤติกรรมการวางแผนเตรียมตัวก่อนเกษียณและสอดคล้องกับงานวิจัยของวชากร นพนรินทร์ (2563) ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเตรียมความพร้อมสู่การเป็นผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพของประชาชนในอำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคม มีผลต่อการเตรียมความพร้อมสู่การเป็นผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพของประชาชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ความรู้เกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมการเป็นผู้สูงอายุ มีผลต่อการเตรียมความพร้อมสู่การเป็นผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพของประชาชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p\text{-value} < 0.001$, $\beta = 0.398$) เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมการเป็นผู้สูงอายุน้อยอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 71.8 เมื่อวิเคราะห์รายข้อ พบว่า กลุ่มตัวอย่างตอบคำถามความรู้เกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมการเป็นผู้สูงอายุถูกต้องมากที่สุด คือ ข้อ 11. การมีหลักประกันสุขภาพทำให้เกิดความมั่นคงในชีวิต ร้อยละ 93.6 รองลงมาคือ ข้อ 5. ผู้สูงอายุต้องออกกำลังกายอย่างหนัก ร้อยละ 93.2 และข้อ 8. แผนการใช้ชีวิตในวัยสูงอายุจะทำให้เกิดความมั่นคงในชีวิต ร้อยละ 93.2 ตอบถูกต้องน้อยที่สุด คือ 1. ผู้สูงอายุต้องรับประทานอาหารประเภทเนื้อสัตว์ ร้อยละ 49.6 อธิบายได้ว่า ความรู้จะส่งผลการเตรียมความพร้อมสู่การเป็นผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพของประชาชน อาจสามารถอธิบายได้ว่าการมีความรู้สามารถเป็นเครื่องมือ ต่อยอดไปยังการกระทำที่มีผลดีต่อการดำเนินชีวิต หรือผู้คนที่มีความรู้เกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมสู่การเป็นผู้สูงวัย จะสามารถเข้าถึงการเตรียมความพร้อมสู่การเป็นผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพของประชาชนได้ดียิ่งขึ้น สอดคล้องกับงานวิจัยของ (Rosencranz & McNevin, 1969 ได้ศึกษาผลของการอบรมให้ความรู้ในการเตรียมตัวเพื่อเกษียณอายุต่อการดำเนินชีวิตหลังเกษียณอายุในสหรัฐอเมริกา พบว่า ผู้ที่ได้รับการอบรมจะมีการใช้เวลาว่างในการทำกิจกรรมด้านความรู้และมีการวางแผนในการดำรงชีวิตมากกว่าผู้ที่ไม่ได้รับการอบรม อาจกล่าวได้ว่าหากประชาชนมีความรู้ในการวางแผนการใช้ชีวิตในวัยสูงอายุ จะสามารถเพิ่มโอกาสในการเตรียมความพร้อมสู่การเป็นผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพของประชาชนได้ ยกตัวอย่าง เช่น ความรู้เกี่ยวกับการสะสมเงินไว้ใช้ยามชราจะทำให้เกิดความมั่นคงในชีวิต ความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกายในวัยสูงอายุ ความรู้เกี่ยวกับประเภทอาหารในวัยสูงอายุ และความรู้เกี่ยวกับการฝึกควบคุมอารมณ์ความรู้สึกของตน เป็นต้น โดยความรู้ดังกล่าวสามารถช่วยให้ประชาชนมีการวางแผนเตรียมตนเองก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุได้เป็นอย่างดี ซึ่งสอดคล้องกับ Rosencranz, & McNevin (1969) ศึกษาการวางแผนก่อนเกษียณของพยาบาลวิชาชีพหญิง พบว่า ความรู้เกี่ยวกับการรักษาสุขภาพและเศรษฐกิจมีประโยชน์ต่อการวางแผนเกษียณ และสอดคล้องกับงานวิจัยของวชากร นพนรินทร์ (2563) ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเตรียมความพร้อมสู่การเป็นผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพของประชาชนในอำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก พบว่า ความรู้เกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมการเป็นผู้สูงอายุ มีผลต่อการเตรียมความพร้อมสู่การเป็นผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพของประชาชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ทัศนคติต่อการเตรียมความพร้อมการเป็นผู้สูงอายุ มีผลต่อการเตรียมความพร้อมสู่การเป็นผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพของประชาชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p\text{-value} < 0.001$, $\beta = 0.342$) เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย จากการศึกษ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีทัศนคติต่อการเตรียมความพร้อมการเป็นผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 71.4 อธิบายได้ว่า ทัศนคติความคิดเห็นจะเป็นตัวชักนำและผลักดันให้บุคคลแสดงพฤติกรรมออกมาในลักษณะที่จะรับรู้ หลีกเลียง หรือให้การสนับสนุนเป็นต้น การที่ประชาชนส่วนใหญ่ให้ความสำคัญกับการตรวจสุขภาพประจำปี การพบแพทย์ตามนัด จึงเป็นหนึ่งในประเด็นที่ผลักดันให้เกิดการเตรียมความพร้อมสู่การเป็นผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพได้ สอดคล้องกับนิสาชล กิจชะระภูมิ (2556) กล่าวว่า ความพร้อมจะประกอบได้ด้วย ความรู้ทัศนคติ และทักษะมาเชื่อมโยงสอดคล้องกันให้เกิดความพร้อมในการบรรลุผลตามที่ตั้งเป้าหมายเอาไว้ และประชาชนส่วนใหญ่ยังมีความคิดเห็นว่าการตรวจสุขภาพประจำปีเป็นสิ่งสำคัญตรงกับ Davis, & Newstrom (2002) ที่กล่าวว่า ความเชื่อหรือความรู้สึกใช้ในการตัดสินใจ เมื่อบุคคลรับรู้ถึงสภาวะแวดล้อม และมีแนวโน้มของการกระทำบางอย่าง เพื่อก่อเกิดพฤติกรรมอย่างหนึ่งอย่างใด สอดคล้องกับงานวิจัยของ Conrad (1993) ได้ศึกษาการเตรียมตัวและการตัดสินใจเกษียณของครู พบว่า ตัวแปรพยากรณ์ที่ดีที่สุดในการตัดสินใจเกษียณ คือ ทัศนคติต่อการเกษียณ และสอดคล้องกับงานวิจัยของวชากร นพนรินทร์ (2563) ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเตรียมความพร้อมสู่การเป็นผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพของประชาชนในอำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก พบว่า ทัศนคติต่อการเตรียมความพร้อมการเป็นผู้สูงอายุมีผลต่อการเตรียมความพร้อมสู่การเป็นผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพของประชาชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ส่วนปัจจัยที่ไม่มีอิทธิพลต่อการเตรียมความพร้อมสู่การเป็นผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพของประชาชนในตำบลบ้านด่าน อำเภอบ้านด่านลานหอย จังหวัดสุโขทัยได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ สถานภาพทางการเงิน ภาระหนี้สิน ลักษณะของครอบครัว ภาวะสุขภาพ จำนวนสมาชิกในครอบครัว และการมีที่อยู่อาศัยเป็นของตนเอง

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรจัดกิจกรรมเสริมสร้างเครือข่ายสนับสนุนทางสังคมในชุมชน โดยการจัดตั้งกลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มก่อนสูงอายุ และกลุ่มอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ รวมทั้งจัดกิจกรรมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างรุ่น การสร้างชุมชนแห่งการเรียนรู้ และการพัฒนาระบบการดูแลแบบชุมชนมีส่วนร่วม เพื่อให้ประชาชนในชุมชนได้รับการสนับสนุนทั้งด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านอารมณ์ และด้านทรัพยากรอย่างต่อเนื่อง
2. เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรร่วมกันพัฒนาหลักสูตรการให้ความรู้ที่เหมาะสมกับบริบทชุมชนชนบท โดยจัดกิจกรรมอบรมเชิงปฏิบัติการในหัวข้อการวางแผนทางการเงิน การ

ดูแลสุขภาพ การเตรียมความพร้อมด้านที่อยู่อาศัย และการสร้างกิจกรรมอดิเรก ควบคู่ไปกับการใช้สื่อการเรียนรู้ที่เข้าใจง่ายและการสาธิตแบบอย่างที่ดีจากผู้สูงอายุในชุมชนที่มีการเตรียมความพร้อมอย่างเหมาะสม

ข้อเสนอแนะในการศึกษาในครั้งต่อไป

3. การวิจัยในครั้งต่อไปควรเป็นการศึกษาเปรียบเทียบปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเตรียมความพร้อมสู่การเป็นผู้สูงวัยระหว่างชุมชนเมืองและชุมชนชนบทในจังหวัดเดียวกัน เพื่อค้นหาความแตกต่างของปัจจัยที่มีผลและระดับความสำคัญของแต่ละปัจจัย ทั้งนี้จะช่วยให้เข้าใจถึงอิทธิพลของบริบทพื้นที่ต่อการเตรียมความพร้อมและสามารถพัฒนากลยุทธ์การส่งเสริมที่เหมาะสมกับแต่ละประเภทพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

4. การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาภาคตัดขวางที่สามารถอธิบายความสัมพันธ์ของปัจจัยต่างๆ ณ จุดเวลาหนึ่ง การวิจัยในครั้งต่อไปควรเป็นการศึกษาติดตามตัวอย่าง (Longitudinal study) โดยติดตามกลุ่มประชากรก่อนสูงอายุ (อายุ 50-59 ปี) เป็นระยะเวลา 5-10 ปี เพื่อดูผลลัพธ์ที่แท้จริงของการเตรียมความพร้อมที่มีต่อคุณภาพชีวิตเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุจริง การศึกษาแบบนี้จะให้ข้อมูลที่มีคุณค่าในการพิสูจน์ความสัมพันธ์เชิงสาเหตุและผลกระทบระยะยาวของการเตรียมความพร้อม รวมทั้งสามารถประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมการเตรียมความพร้อมที่ได้พัฒนาขึ้นและปรับปรุงแนวทางการดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

- กนิษฐา ลิ้มทรัพย์. (2557). *การตระหนักรู้ในตนเอง การมองโลกในแง่ดี ความพึงพอใจในชีวิตและความผาสุกทางจิตวิญญาณ ของผู้สูงอายุในศูนย์บริการผู้สูงอายุดินแดง เขตดินแดงกรุงเทพมหานคร*. กรุงเทพฯ: ปริญญา นิพนธ์ วท.ม. (จิตวิทยาชุมชน) บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- นิศาชล กิจชะระภูมิ. (2556). ความพร้อมในการเตรียมตัวเข้าสู่วัยสูงอายุของประชาชนในเขตเทศบาลนครขอนแก่น. *วารสารสาธารณสุขและการพัฒนา*, 11(2), 49-60.
- ภาคภัทร พิชิตกุลธรรม, ชันญชิตา คุชฎีกุลศิริ และพรนภา หอมสินธุ์. (2562). ปัจจัยทำนายการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพเพื่อเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของประชาชนในชุมชนเขตอำเภอวังจันทร์ จังหวัดระยอง. *วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์*, 17(1), 85-96.
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2565). *สถานการณ์ผู้สูงอายุ พ.ศ.2562*. กรุงเทพฯ.
- วีไลพร วงศ์คินี, โรจน์ จินตนาวัฒน์ และกนกพร สุคำวัง. (2556). *ปัจจัยทำนายพฤติกรรมพลังของประชากรเขตเมืองจังหวัดเชียงใหม่*. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

- วชากร นพนรินทร์. (2563). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเตรียมความพร้อมสู่การเป็นผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพของประชาชน ในอำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก*. พิษณุโลก: วิทยานิพนธ์เสนอบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- สถาบันวิจัยประชากรและสังคม. (2560). *ประชากรและสังคม 2560*. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย. (2566). *รายงานประจำปี 2566*. สุโขทัย.: กลุ่มงานยุทธศาสตร์สาธารณสุข จังหวัดสุโขทัย.
- Bloom. (1986). *Taxonomy of Education*. New York: David McKay Company Inc.
- Caplan G. (1974). *Support systems and community mental health* . New York: Behavioral.
- Conrad L. (1993). Teacher retirement decision: Influencing factors and consequences. *Journal of Educational Research*, 87(1), 44-50.
- Daniel. (1995). *Biostatistics: A foundation for analysis in the health sciences*. New York: Wiley & Sons.
- Davis K., & Newstrom, J. (2002). *Organizational behavior: Human behavior at work (11th ed.)*. McGraw-Hill.
- Green and Krueter. (1991). *Health promotion planning: An educational and environmental approach (2nd ed.)*. Mayfield Publishing Company.
- Kumelachew M. (1996). *An analysis of the retirement readiness of university employees*. (Doctor of Philosophy, University of Maryland College Park).
- Rosencranz & McNevin. (1969). Retirement preparation and post-retirement adjustment: A study of female nurses in the United States. *Journal of Gerontology*, 24(2), 134-139.



ผลทันทีของการรักษาทางกายภาพบำบัดต่ออาการปวดด้วยเทคนิค Rhythm neck unwind ในผู้ที่มีอาการปวดคอเรื้อรังในโรงพยาบาลบางละมุง : การศึกษาวิจัยเชิงเปรียบเทียบแบบสุ่ม

ภัสราพันธ์ สุริยะเขานันท์¹

บทคัดย่อ

อาการปวดคอเรื้อรังเป็นปัญหาทางระบบกล้ามเนื้อและกระดูกที่พบได้บ่อย โดยเฉพาะในผู้ที่มีท่าทางทำงานไม่เหมาะสมหรือมีความเครียดสะสม ส่งผลให้กล้ามเนื้อตึงตัวผิดปกติ นำไปสู่ความเจ็บปวดและการทำงานผิดปกติของระบบประสาทอัตโนมัติ งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลทันทีของเทคนิค Rhythm Neck Unwind Technique (RNUT) ซึ่งเป็นการออกกำลังกายแบบยืดเหยียดกล้ามเนื้อร่วมกับการหายใจ(stretching and breathing Exercise) ต่อระดับความเจ็บปวด ระดับขีดกันความรู้สึกเจ็บปวดและความสามารถในการใช้ชีวิตประจำวันในผู้ป่วยปวดคอเรื้อรัง การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่ม ในอาสาสมัคร 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มทดลองได้รับการรักษาด้วย RNUT ร่วมกับ Ultrasound ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการรักษาพื้นฐาน Ultrasound และออกกำลังกายทั่วไป โดยประเมินผลก่อนและหลังการรักษาทันทีด้วย Visual Analogue Scale (VAS), Pressure Pain Threshold (PPT) และ Neck Disability Index (Thai-NDI) ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่ากลุ่ม RNUT มีการลดอาการปวด (VAS: -2.20, $p < 0.001$) เพิ่มค่า (PPT: +0.76 kg/cm², $p < 0.001$) และลดระดับ (NDI: -8.8, $p < 0.001$). ได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$), ผลการวิเคราะห์ค่า Effect Size ของทั้งสามตัวแปรพบว่ามีขนาดใหญ่ ได้แก่ (VAS = 1.57, PPT = 0.91, NDI = 1.12) ซึ่งบ่งชี้ว่าการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นมีความสำคัญทางคลินิกอย่างมากเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม เทคนิค RNUT จึงเป็นเทคนิคที่มีประสิทธิภาพที่สามารถลดอาการปวดคอได้ในทันที และผู้ป่วยสามารถฝึกปฏิบัติได้ด้วยตนเองที่บ้านอย่างปลอดภัย เหมาะสมสำหรับการนำไปประยุกต์ใช้ในงานกายภาพบำบัดต่อไป

คำสำคัญ : Rhythm neck unwind technique (RNUT), breathing exercise, neck pain

¹ Professional Level Physical Therapist, Banglamung Hospital, Thailand Email: hanamic88@gmail.com, 061-6299693

The immediate Effects of physical therapy using a modified Rhythm neck unwind Technique in Patients with Neck pain : A Randomized Controlled Trial

Phatsaranant Suriyachaowanant¹

Abstract

Chronic neck pain is a common musculoskeletal disorder often linked to poor posture, prolonged computer uses and stress. These factors can cause muscular imbalance, ischemia and autonomic dysfunction. Physical therapy combined with stretching exercises and breathing techniques has been shown to reduce pain and enhance muscle relaxation. To investigate the immediate effects of the Rhythm Neck Unwind Technique (RNUT) a stretching exercise integrated with controlled breathing on pain intensity, pressure pain threshold (PPT), and Neck Disability Index (Thai-NDI) in patients with chronic neck pain. This randomized controlled trial involved 40 participants with chronic neck pain, divided into an RNUT group (n=20) and a control group (n=20). The RNUT group received ultrasound therapy combined with the RNUT technique protocol, while the control group received ultrasound and general exercises. Participants were assessed pre and post intervention using the Visual Analogue Scale (VAS), Pressure Pain Threshold (PPT), and the Thai version of the Neck Disability Index (Thai-NDI). Data were analyzed using independent and paired t-tests. The RNUT group showed significantly greater improvements than the control group. Post intervention, there was a significant reduction in pain intensity (VAS: -2.20, $p < 0.001$), increased PPT (+0.76 kg/cm², $p < 0.001$), and decreased disability scores (NDI: -8.8, $p < 0.001$). Effect sizes were large for all variables (VAS = 1.57, PPT = 0.91, NDI = 1.12), indicating clinical relevance. The Rhythm Neck Unwind Technique effectively reduces pain and functional disability immediately in chronic neck pain patients. It is a simple, non-invasive technique suitable for self-practice and a promising physical rehabilitation intervention.

Keywords: Rhythm neck unwind technique (RNUT), breathing exercise, neck pain

¹Professional Level Physical Therapist, Banglamung Hospital, Thailand Email: hanamic88@gmail.com, 061-6299693

บทนำ

อาการปวดคอเรื้อรัง เป็นปัญหาทางระบบกระดูกและกล้ามเนื้อที่พบบ่อย โดยเฉพาะในเพศหญิง(Orhan & Adham, 2010) และผู้ที่ทำงานในท่าทางไม่เหมาะสม เช่น การนั่งคอมพิวเตอร์เป็นเวลานาน หรือผู้มีความเครียด ซึ่งล้วนเป็นสาเหตุให้กล้ามเนื้อคอตึงตัวผิดปกติทำให้เกิดอาการปวดคอเรื้อรังที่คอ บ่า หรือไหล่ได้นานมากกว่า 7 วัน และอาจจะมีหรือไม่มีอาการร้าวลงขาทั้งสองข้าง(Binder, 2007) ปัญหานี้ส่งผลให้เกิดความไม่สมดุลของกล้ามเนื้อ และยังกระทบต่อระบบการหายใจ รวมถึงอาจนำไปสู่ภาวะกล้ามเนื้อขาดเลือด (ischemia) และออกซิเจน(hypoxia) ทำให้ตัวรับรู้ความเจ็บปวดถูกกระตุ้นมากขึ้น(Simons, Travell, & Simons, 1999) หากอาการเรื้อรัง อาจส่งผลต่อระบบประสาทอัตโนมัติ ทำให้เกิดอาการ เช่น ความดันโลหิตสูง และการหายใจตื่นเร็ว จากงานวิจัยพบว่าการเพิ่มการไหลเวียนเลือดไปยังกล้ามเนื้อที่ขาดเลือดเป็นหลักการสำคัญในการลดปวดและช่วยให้กล้ามเนื้อคลายตัว (Buttagat et al., 2011; Boonprakob et al., 2016)

การรักษาอาการปวดคอมีทั้งแบบใช้ยา เช่น ยาแก้ปวด ลดอักเสบ ยาคลายกล้ามเนื้อ และแบบไม่ใช้ยา ซึ่งรวมถึงการนวด การฝังเข็ม และการทำกายภาพบำบัด การทำกายภาพบำบัดเป็นวิธีที่ปลอดภัยและหลากหลาย เช่น การประคบร้อน/เย็น การดึงคอ การกระตุ้นไฟฟ้า การใช้เลเซอร์ อัลตราซาวด์ คลื่นกระแทก และการออกกำลังกายแบบยืดเหยียดกล้ามเนื้อ (Stretching Exercise) (Amjed et al., 2013; Jasper et al., 2018)

Ultrasound เป็นที่นิยมในการลดปวดคอ เนื่องจากคลื่นความถี่สูงสามารถสร้างความร้อนในเนื้อเยื่อ เพิ่มการไหลเวียนเลือด ส่งเสริมการซ่อมแซมและลดการอักเสบ ช่วยเพิ่มความยืดหยุ่นของเนื้อเยื่อ อย่างไรก็ตาม แม้เครื่องมือเหล่านี้จะช่วยลดปวดได้ดี แต่ผลการรักษามักอยู่ได้ไม่นานและต้องกลับมารักษาต่อเนื่อง (Boyras et al., 2015; สมชาย, 2544)

จากการศึกษา (systematic review and meta-analysis) พบว่านอกจากการใช้เครื่องมือกายภาพและการออกกำลังกายก็เป็นอีกทางเลือกหนึ่ง งานวิจัยระบุว่าการออกกำลังกายแบบทั่วไป(general exercise) หรือการเกร็งกล้ามเนื้อคอ (isometric neck exercise) เพียงอย่างเดียวอาจยังไม่เพียงพอต่อการลดอาการปวดคอเรื้อรังทั้งในระยะ sub-acute และ chronic pain การออกกำลังกายที่ผสมผสานและทำภายใต้การควบคุมจึงจะมีประสิทธิภาพมากขึ้น (Gross et al., 2016)

Stretching Exercise หรือการยืดเหยียดกล้ามเนื้อ ช่วยเพิ่มความยืดหยุ่นและเพิ่มช่วงการเคลื่อนไหว โดยอาศัยกลไกการทำงานทางระบบประสาท ดังนี้คือเมื่อกกล้ามเนื้อถูกยืดเส้นใยประสาท Golgi Tendon Organs

(GTOs) จะส่งสัญญาณไปยังสมองให้กล้ามเนื้อคลายตัวลงโดยอัตโนมัติ (autogenic inhibition) เพื่อป้องกันการบาดเจ็บที่ช่วยให้กล้ามเนื้อคลายตัวเพื่อป้องกันการบาดเจ็บ และ Muscle Spindles ทำหน้าที่ตรวจจับการเปลี่ยนแปลงของ 'ความยาวกล้ามเนื้อ' เมื่อกล้ามเนื้อถูกยืดออก Muscle Spindles จะกระตุ้นให้กล้ามเนื้อหดตัวกลับ (reflex contraction) เพื่อรักษาสมดุลและป้องกันการยืดมากเกินไป การทำงานร่วมกันของกลไกเหล่านี้ช่วยให้ร่างกายควบคุมการเคลื่อนไหวได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ การยืดกล้ามเนื้อยังช่วยลดความเจ็บปวดโดยกระตุ้นตัวรับความรู้สึก เพิ่มการไหลเวียนเลือด ไปยังกล้ามเนื้อ และ ปรับสมดุลของกล้ามเนื้อที่ตึงหรืออ่อนแรง (Gross et al., 2016)

Breathing Exercise การออกกำลังกายร่วมกับการหายใจโดยการหายใจช้าๆ ลึกๆ ช่วยเพิ่มการแลกเปลี่ยนออกซิเจนและการกลั่นหายใจจะเพิ่มคาร์บอนไดออกไซด์ เมื่อหายใจเข้าจะเป็นการเพิ่มออกซิเจนอย่างรวดเร็วเข้าไปในบริเวณกล้ามเนื้อ อีกทั้งยังช่วยลดการทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติกที่เกี่ยวข้องกับความเครียด และเพิ่มการทำงานของระบบประสาทพาราซิมพาเทติกที่ส่งเสริมการผ่อนคลาย การหายใจถูกวิธียังช่วยลดระดับฮอร์โมนความเครียด ทำให้รู้สึกผ่อนคลาย กล้ามเนื้อคลายตัว และความเจ็บปวดลดลง เทคนิคนี้ทำได้ง่ายสามารถฝึกฝนได้ด้วยตนเอง ทำให้เหมาะสำหรับผู้ที่มีความเครียดและมีอาการปวดคอเรื้อรัง (Martin et al., 2012; Zautra et al., 2010; Joseph et al., 2022)

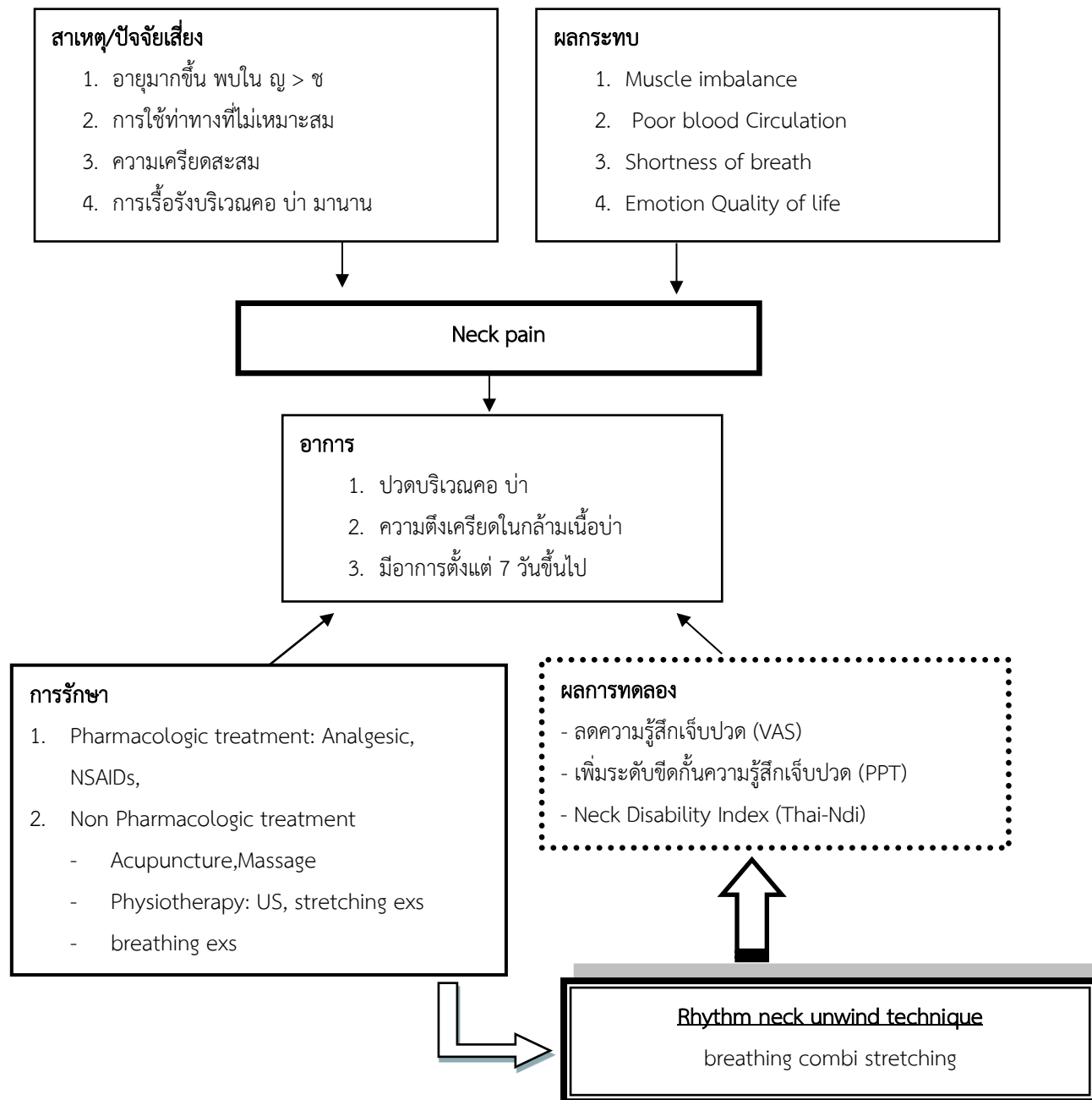
Rhythm Neck Unwind Technique (RNUT) คือการออกกำลังกายแบบยืดเหยียดกล้ามเนื้อร่วมกับการหายใจ (stretching exercise and breathing exercise) ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาแนวทางการรักษาที่ผสมผสานระหว่างการยืดเหยียดกล้ามเนื้อร่วมกับการหายใจ โดยพัฒนาเป็นเทคนิค (RNUT) ซึ่งได้แรงบันดาลใจจากทฤษฎี Postural Respiration ของ Ron Hruska หลังจากที่ถูกวิจัยได้ศึกษาและอบรมกับผู้เชี่ยวชาญ คาดว่าเทคนิค RNUT จะให้ผลการรักษาที่ดีขึ้นในการลดอาการปวด และที่สำคัญคือ ผู้ป่วยสามารถนำไปปฏิบัติเองที่บ้านได้โดยไม่ต้องมาโรงพยาบาลเพื่อรับการรักษาต่อเนื่อง

ด้วยเหตุนี้ การวิจัยนี้จึงมุ่งศึกษาผลทันทีของเทคนิค Rhythm Neck Unwind ในผู้ป่วยที่มีอาการปวดคอเรื้อรังที่โรงพยาบาลบางละมุง

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เป็นการวิจัยเพื่อศึกษาผลทันทีของการรักษาอาการปวดด้วยเทคนิค Rhythm Neck Unwind Technique (RNUT) ในผู้ที่มีอาการปวดคอเรื้อรัง Neck pain

กรอบแนวคิดในการวิจัย



วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่ม อาสาสมัครที่มีการปวดคอเรื้อรัง Neck pain จำนวน 40 คน ที่มารับบริการที่งานกายภาพบำบัด กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู โรงพยาบาลบางละมุง อ.บางละมุง จ.ชลบุรี โดยมีเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) ดังนี้ ผู้ป่วยเพศหญิงหรือชาย มีอายุในช่วง 20-60 ปีที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น Neck pain มีอาการปวดบริเวณฐานคอ บ่า เมื่อคลำจะมีความตึงตัวของกล้ามเนื้อบริเวณบ่าตั้งแต่ 7 วันขึ้นไป และเคลื่อนไหวคอได้เต็มช่วงของการเคลื่อนไหวของคอ (Full ROM) สำหรับเกณฑ์คัดออก ผู้ที่มีคุณสมบัติต่อไปนี้ จะไม่เข้าร่วมในการวิจัย ได้แก่ ผู้ที่มีไข้เกิน 38 องศาเซลเซียส ผู้ที่มีภาวะกระดูกคอเสื่อมซึ่งส่งผลให้เกิดการกดทับเส้นประสาทหรือไขสันหลัง ทำให้มีอาการชาที่ข้อมือ หรืออาการชาโดยไม่ทราบสาเหตุ ผู้ที่เคยได้รับอุบัติเหตุที่ส่งผลต่อบริเวณคอ หรือมีกระดูกหัก เช่น ข้อมือหัก หรือเคยได้รับการผ่าตัดบริเวณคอ ผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมได้ หรือเป็นเบาหวานที่มีปัญหาการรับรู้ความรู้สึก ผู้ที่มีบาดแผลเปิดบริเวณคอ บ่า หรือไหล่ รวมถึงผู้ที่มีอาการปวดคือน้อยกว่า 7 วัน และผู้ที่เคยได้รับการฉีดยาลดปวดภายในระยะเวลา 3 เดือนก่อนเข้าร่วมการวิจัย โดยการสุ่มอย่างง่าย (simple random) โดยการจับฉลาก คำนวณขนาดตัวอย่างทั้งสองกลุ่มเป็นอิสระต่อกันโดยใช้สูตรนี้ $n/\text{group} = \frac{2\sigma^2 (Z_{\alpha/2} + Z_{\beta})^2}{\Delta^2}$ (Rohrig et al., 2010) ได้ขนาดตัวอย่างกลุ่มละ 20 คน การศึกษานี้ผ่านความเห็นชอบและรับรอง จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยที่เกี่ยวกับมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี เลขที่ CBO Rec 67091

ผู้วิจัยทำการชี้แจงรายละเอียดของโครงการวิจัยให้อาสาสมัครที่สนใจเข้าร่วมโครงการวิจัยในส่วนของวัตถุประสงค์ของงานวิจัย ประโยชน์และขั้นตอนเข้าร่วมโครงการวิจัย เพื่อให้อาสาสมัครรับทราบและขอความร่วมมือในการเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยสมัครใจและมีการลงนามยินยอมเข้าร่วมงานวิจัยจากนั้นตรวจร่างกายเพื่อคัดกรองอาสาสมัครอีกครั้งอาสาสมัครได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็น Neck pain ที่มีอาการปวดคอ บ่าหรือคลำพบความตึงตัวของกล้ามเนื้อที่บริเวณบ่า ซึ่งเป็นมาแล้วตั้งแต่ 7 วันขึ้นไปหลังจากนั้นทำการสุ่มอาสาสมัครโดยวิธีการสุ่มอย่างง่ายโดยการจับฉลากเลือกกลุ่มเพื่อเข้ากลุ่มทดลองหรือกลุ่มควบคุม จำนวน 40 คน ก่อนการทดลองอาสาสมัครจะได้รับการประเมินผลก่อนและหลังการทดลองทั้ง 2 กลุ่ม ในระหว่างการเข้าร่วมโครงการวิจัยหากอาสาสมัครรู้สึกอึดอัด หรือรู้สึกไม่สบายใจในขณะทำการทดลองไม่ว่าช่วงไหน อาสาสมัครสามารถออกจากโครงการได้ตลอดเวลาโดยไม่มีข้อแม้หรือข้อผูกมัดใดๆทั้งสิ้น ผู้วิจัยให้อาสาสมัครนั่งพักเก้าอี้แบบสบายและผ่อนคลาย

คล้ายจึงหาจุดกดเจ็บบนบ่าและทำสัญลักษณ์จุดไว้ อาสาสมัครจะได้รับการการทำ ultrasound ยี่ห้อ Enraf รุ่น sonopuls 492 frequency:1MHz, Duty cycle:100%, Power 1.00 W/cm² เวลา 7 นาที บริเวณตำแหน่งของ จุดกดเจ็บที่ไวต่อการตอบสนองมากที่สุดของกล้ามเนื้อคอและบ่าที่ได้ทำสัญลักษณ์ไว้ ในกลุ่มควบคุมจะได้รับการ ออกกำลังกายทั่วไป คือ มือประสานท้ายทอยและกางออกและหุบเข้าสลับกัน 10 ครั้ง และส่วนกลุ่มทดลองจะได้รับ Rhythm neck unwind technique(RNUT) โดยทำเริ่มต้นให้อาสาสมัครเอามือประสานที่ท้ายทอย ดังรูปที่1 เป็นการเตรียมความพร้อมให้ หายใจเข้าลึกๆ1-4วินาที หายใจออกทางปาก 1-8 วินาที จำนวน3 ครั้ง ครึ่งสุดท้าย หายใจเข้ากลั้นลมหายใจไว้1-7 วินาทีพร้อมกับทำท่าเงยหน้ามองเพดานแต่ยังคงกางแขนอยู่ (Shoulder: External rotation, abduction, neck extension combi hold your breath) หลังจากนั้นหายใจออก 8 วินาที พร้อมกับ ทำท่า Shoulder: External rotation ร่วมกับ adduction ร่วมกับ neck flexion ดังรูปที่ 1 อาสาสมัครทั้ง2กลุ่ม จะได้รับการประเมินความรู้สึกเจ็บปวด (VAS), วัดระดับขีดกันความรู้สึก(Pressure pain threshold)และทำแบบ ประเมินแบบประเมินNeck Disability Index (Thai-Ndi) ก่อนและหลังการทดลอง



รูปที่6 ท่าทางการออกกำลังกายแบบ Rhythm neck unwind technique (RNUT)

หายใจเข้านับ 4 วิ แล้วการกลั้นหายใจ 7 วิ ร่วมกับท่า(Shoulder: External rotation, abduction, neck extension หลังจากนั้นหายใจออก 8 วิ พร้อมทำท่า Shoulder: External rotation, adduction, neck flexion

การวัดผลการทดลอง (Outcome measurement)

การวัดผลการทดลองของงานวิจัยนี้ ใช้การประเมินความรู้สึกเจ็บปวด (VAS) และการวัดระดับขีดกันความรู้สึก (Pressure pain threshold) แบบประเมิน Neck Disability Index (Thai-Ndi) โดยนักกายภาพบำบัดที่มีประสบการณ์การทำงานมากกว่า 5 ปีโดยที่ไม่รู้ว่าอาสาสมัครอยู่กลุ่มไหน ในการวัดผลการทดลองจะวัดก่อนทำการทดลองและหลังทำการทดลองทันทีในทั้งสองกลุ่มเหมือนกัน โดยใช้

Visual analogue scales แบบประเมินความรู้สึกเจ็บปวด visual analogue scales (VAS) ซึ่งเป็นแบบประเมินที่นิยมใช้กันมาก โดยให้ผู้ป่วยทำการขีดระดับความรู้สึกเจ็บปวดลงบนเส้นตรงที่ยาว 10 เซนติเมตร (เริ่มจาก 0 คือ ไม่ปวด และ 10 คือ ปวดมากที่สุด) ประเมินระดับ ความเจ็บปวด จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าแถบวัดอาการปวดขณะพักมีค่าความน่าเชื่อถืออยู่ที่ระดับสูง (ICC = 0.97) (Bijur et al., 2001)

Pressure pain threshold การวัดระดับขีดกันความรู้สึกในงานวิจัยนี้ใช้ SF-100 Digital Force gauge meter ในการวัด โดยการกดเครื่องลงไปที่บริเวณบ่าในแนวตรง เมื่ออาสาสมัครเริ่มรู้สึกเจ็บปวดจะทำการกดปุ่มหยุด เครื่องจะทำการบันทึกไว้ และแสดงค่าน้ำหนักของแรงที่กดโดยมีความละเอียดเป็นตัวเลข 0.1 กิโลกรัม/ตารางเซนติเมตรซึ่งเครื่อง PPT มีค่า ICC= 0.94 (Ylinen, 2007) ผู้ประเมินจะนำตัวเลขมาวิเคราะห์

แบบประเมิน Neck Disability Index (Thai-Ndi)

เป็นแบบประเมินจากอาการปวดคอ โดยมีคำถาม 10 ข้อใหญ่มีระดับคะแนนตั้งแต่ 0-50 คะแนนที่บ่งบอกถึงระดับการรบกวนในชีวิตประจำวันคือ คะแนน 0-4 หมายถึง ไม่มีการรบกวน 5-14 หมายถึง รบกวนน้อย 15-24 หมายถึง รบกวนปานกลาง 25-34 หมายถึง รบกวนมาก และ ≥ 35 หมายถึง รบกวนอย่างมากที่สุดในเรื่องความรุนแรงของการปวดคอ การดูแลตนเอง การยกของหนัก การอ่านหนังสือ อาการปวดศีรษะ การมีสมาธิ การทำงาน การขับรถ การนอนหลับ กิจกรรมนันทนาการ ซึ่งแบบประเมิน NDI ภาษาไทยมีความน่าเชื่อถือเมื่อทำการทดสอบซ้ำมีค่า 0.986 สามารถนำมาใช้ในงานวิจัยได้ และทำการประเมินก่อนและหลังการทดลอง (Luksanapruksa et al., 2012)

การวิเคราะห์ข้อมูล

ลักษณะข้อมูลพื้นฐาน วิเคราะห์ข้อมูล อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง โดยใช้ mean and SD เพื่อดูพื้นฐานของแต่ละกลุ่ม ส่วนการวิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มใช้ independent paired t-test

ผลการวิจัย

งานวิจัยนี้มีผู้สนใจเข้าร่วมการศึกษาจำนวน 40 คน จากเกณฑ์การคัดเลือก อาสาสมัครได้รับการวินิจฉัย Neck pain แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ๆ ละ 20 คน ผลจากการคำนวณ p-value (จาก Independent t-test) เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลอง (RNUT) กับกลุ่มควบคุม ข้อมูลพื้นฐานของอาสาสมัครและลักษณะงาน ทั้ง 2 กลุ่ม ในทุกตัวแปรไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) โดยรายละเอียดดังแสดงใน ตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของอาสาสมัคร

Characteristics	RNUT	Control	p-value
Number of patients	20	20	
Age (years); Mean $\pm$ SD	34.7 $\pm$ 9.1	37.6 $\pm$ 10.3	0.35
Gender (male %)	6 (30%)	7 (35%)	0.73*
Weight (kg); Mean $\pm$ SD	61.1 $\pm$ 10.3	62.4 $\pm$ 11.4	0.71
Height (cm); Mean $\pm$ SD	160.2 $\pm$ 6.4	162.0 $\pm$ 7.8	0.37
BMI; Mean $\pm$ SD	23.7 $\pm$ 2.7	23.8 $\pm$ 3.1	0.91
Working Status n (%)			0.93*
- Sitting	10 (50%)	10 (50%)	
- Standing	1 (5%)	1 (5%)	
- Walking	7 (35%)	6 (30%)	
- Lifting	2 (10%)	3 (15%)	

หมายเหตุ: RNUT = Rhythm neck unwind technique (RNUT) and US, Control = ultrasound,
 *= เปรียบเทียบความแตกต่างด้วยการทดสอบ Chi-square, กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติ $p > 0.05$

เมื่อทำการเปรียบเทียบค่าระดับความรุนแรงของอาการปวด (VAS), ค่าระดับขีดกั้นความรู้สึกรบกวน (PPT) และแบบประเมิน Neck Disability Index (Thai-Ndi) ก่อนการรักษา ระหว่างกลุ่ม RNUT และกลุ่ม Control แสดงให้เห็นว่าทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกตัวแปรที่วัด ($P > 0.05$) โดยรายละเอียดดังแสดงใน ตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ข้อมูลพื้นฐานของตัววัดผลทางคลินิก mean(SD)

Characteristics	RNUT	Control	p-value
Number of patients	20	20	
Pain intensity (VAS 0-10 cm)	6.62 (1.91)	6.5 (1.68)	0.75
Pressure pain threshold (Kg/cm ²)	2.015 (0.92)	1.87 (0.69)	0.52
Neck Disability Index (Thai-Ndi)	32.95 (11.03)	33.3 (9.91)	0.89

Note: RNUT = Rhythm neck unwind technique (RNUT)

ผลการศึกษาครั้งนี้ แสดงให้เห็นถึงผลทันทีของการรักษาอาการปวดคอด้วยเทคนิค RNUT สามารถลดระดับอาการปวดได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ในทุกตัวแปร ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบผลทันทีของตัวแปรระหว่างค่าก่อนและหลังการรักษา

Clinical Outcomes	After treatment			P-value	Effect size
	RNUT	Control	Difference (95% CI)		
Pain intensity (VAS 0-10 cm)	3.20(1.4)	5.30(1.9)	-2.2*(-2.9 to -1.45)	0.001	1.57
Pressure pain threshol (Kg/cm ²)	3.8(1.2)	2.9(0.8)	+0.76*(+0.12 to +1.4)	0.001	0.91
Neck Disability Index (Thai-Ndi)	15.3(8.7)	24.1(8.6)	-8.8*(-13.1 to - 7.5)	0.001	1.12

Note: RNUT = Rhythm neck unwind technique (RNUT) and ultrasound, Control: ultrasound

*Significant difference between groups. ($p < 0.05$)

ผลการเปรียบเทียบผลทันทีของตัวแปรทางคลินิกระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

จากการวิเคราะห์ผลทันทีหลังการรักษา พบว่ากลุ่มที่ได้รับเทคนิค Rhythm Neck Unwind Technique (RNUT) ร่วมกับการรักษาด้วย Ultrasound มีผลลัพธ์ที่ดีกว่ากลุ่มควบคุมที่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกตัวแปรที่สำคัญ ได้แก่ Pain intensity (VAS 0-10 cm) (VAS) Pressure pain threshold (PPT) และแบบประเมิน Neck Disability Index (Thai-Ndi) **Pain intensity (VAS 0-10 cm)**

กลุ่ม RNUT มีค่าเฉลี่ยหลังการรักษาอยู่ที่ 3.20 ± 1.40 ซึ่งต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่มีค่าเฉลี่ย 5.30 ± 1.90 โดยมีความแตกต่างของค่าเฉลี่ยเท่ากับ -2.20 (95% CI: -2.9 ถึง -1.45) และค่า p-value เท่ากับ 0.001 แสดงว่า

กลุ่ม RNUT มีการลดความรุนแรงของอาการเจ็บปวดได้มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญนอกจากนี้ ค่า Effect Size (Cohen's $d = 1.57$) แสดงถึงขนาดผลที่ใหญ่ ซึ่งบ่งชี้ว่าการลดปวดในกลุ่ม RNUT มีความหมายทั้งทางสถิติและทางคลินิก

Pressure pain threshold (PPT)

กลุ่ม RNUT มีค่าเฉลี่ยหลังการรักษา $3.66 \pm 1.20 \text{ Kg/cm}^2$ สูงกว่ากลุ่มควบคุมที่มีค่าเฉลี่ย $2.90 \pm 0.80 \text{ Kg/cm}^2$ ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยอยู่ที่ $+0.76$ (95% CI: $+0.12$ ถึง $+1.40$) โดยมีค่า p-value เท่ากับ 0.001 และ Effect Size ขนาดกลางถึงใหญ่ ($d = 0.91$) แสดงให้เห็นว่ากลุ่ม RNUT มีการปรับปรุงความสามารถในการทนความเจ็บได้ดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ

Neck Disability Index - NDI

หลังการรักษา กลุ่ม RNUT มีค่าเฉลี่ยลดลงเหลือ 15.30 ± 8.7 ในขณะที่กลุ่มควบคุมอยู่ที่ 24.10 ± 8.80 โดยมีความแตกต่างของค่าเฉลี่ย -8.80 (95% CI: -13.1 ถึง -7.5) และค่า p-value เท่ากับ 0.001 รวมถึง Effect Size ขนาดใหญ่ ($d = 1.12$) ซึ่งบ่งชี้ว่ากลุ่ม RNUT สามารถลดผลกระทบต่องานประจำวันได้

สรุปผล

ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่า การใช้เทคนิค RNUT ร่วมกับการรักษา Ultrasound มีประสิทธิภาพในการลดอาการเจ็บปวด เพิ่มความสามารถในการทนความกดเจ็บ และลดผลกระทบต่อการในชีวิตประจำวัน ได้ ในทันที ในผู้ป่วยกลุ่มอาการปวดคอ ทั้งนี้ผลการลดระดับอาการปวดรวมกับการรักษาพื้นฐานทางกายภาพบำบัด อาจกล่าวได้ว่า เทคนิค RNUT เป็นหนึ่งในเทคนิคการรักษาที่สามารถนำไปปรับใช้ทางคลินิกในผู้ป่วยกลุ่มอาการปวดคอ ได้

อภิปรายผล

จากผลการวิจัย พบว่ากลุ่มที่ได้รับการรักษาด้วย Rhythm Neck Unwind Technique (RNUT) คือการ ออกกำลังกายแบบยืดเหยียด (stretching) ร่วมกับการหายใจ พบว่าสามารถลดความรุนแรงของอาการปวด (VAS) และลดผลกระทบต่อการในชีวิตประจำวัน (NDI) และสามารถเพิ่มระดับขีดกั้นความรู้สึกเจ็บปวด (PPT) ได้

หลังการรักษาอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.05$) พร้อมทั้งมีค่า Effect Size ($d = 1.57, 1.12, 0.91$) ตามลำดับ เมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม ซึ่งผลการศึกษานี้สอดคล้องกับสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของงานวิจัย

Rhythm Neck Unwind Technique (RNUT) สามารถลดระดับความรุนแรงของอาการปวด Pain intensity (VAS) และลดผลกระทบต่อการในชีวิตประจำวัน (NDI) และสามารถเพิ่มระดับขีดกันความรู้สึกเจ็บปวด (PPT) ได้ เนื่องจากเทคนิค RNUT การออกกำลังกายแบบยืดเหยียด (stretching) ร่วมกับการหายใจ (breathing exs) ขณะเคลื่อนไหวจะเข้าไปการยับยั้งความรู้สึกปวด (Gate Control Theory) กระตุ้นเส้นใยประสาทรับความรู้สึกชนิด A-beta ซึ่งทำหน้าที่ยับยั้งสัญญาณความเจ็บปวดจากเส้นใย C-fiber และ A-delta ที่ระดับไขสันหลัง โดยเฉพาะบริเวณ dorsal horn ส่งผลให้การรับรู้ความปวดลดลงและเพิ่มระดับขีดกันความรู้สึกเจ็บปวดได้ (Melzack & Wall, 1965) Breathing Exercise การออกกำลังกายร่วมกับการหายใจโดยการหายใจเข้า ๆ ลึก ๆ ช่วยเพิ่มการแลกเปลี่ยนออกซิเจนและการกลั่นหายใจจะเพิ่มคาร์บอนไดออกไซด์ เมื่อหายใจเข้าจะเป็นการเพิ่มออกซิเจนอย่างรวดเร็วเข้าไปในบริเวณกล้ามเนื้อ อีกทั้งยังกระตุ้นระบบประสาทพาราซิมพาเทติก (Parasympathetic Activation) เทคนิค RNUT ที่ใช้การเคลื่อนไหวอย่างช้า ประสานกับจังหวะการหายใจ มีผลช่วยกระตุ้นการทำงานของระบบประสาทพาราซิมพาเทติก ซึ่งช่วยลดการตื่นตัวของระบบ sympathetic (ซึ่งเกี่ยวข้องกับความรู้สึกเจ็บปวดเรื้อรัง) ทำให้ร่างกายเข้าสู่ภาวะผ่อนคลาย ลดการหลั่งสารสื่อประสาทที่เกี่ยวข้องกับการอักเสบ เช่น substance P และ cytokines (Streeter et al., 2012) ก็จะช่วยการลดเกิด mechanical stress และ muscle spasm โดยใช้เทคนิค RNUT ช่วยคลายกล้ามเนื้อที่หดเกร็ง (muscle spasm) และลด mechanical tension ที่ส่งผลกระทบต่อ nociceptors ในกล้ามเนื้อและ fascia ซึ่งเป็นแหล่งของ myofascial pain ทำให้สัญญาณปวดลดลงในทันทีหลังการรักษา (Simons, Travell, & Simons, 1999) นอกจากนี้ เทคนิค RNUT ยังช่วยให้เกิดการยับยั้งจากส่วนบน (Descending Inhibition Pathways) RNUT อาจมีส่วนในการกระตุ้นเส้นทางยับยั้งความปวดจากสมองส่วนบน เช่น periaqueductal gray (PAG) และ rostral ventromedial medulla (RVM) ซึ่งมีผลปลดปล่อยสาร endogenous opioids เช่น endorphins และ serotonin ที่ยับยั้งการส่งสัญญาณปวด (Fields, 2004) ได้มีการรายงานผลของการฝึกหายใจแบบลึกๆว่ามีผลต่อการผ่อนคลายกล้ามเนื้อในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงได้มีผลให้กล้ามเนื้อคลายตัว (Jaipakdee et al., 2014) เมื่อกล้ามเนื้อคลายตัว (Muscle Relaxation) ก็ส่งผลให้ระดับขีดกันความรู้สึกเจ็บปวด Pressure Pain Threshold (PPT) เพิ่มขึ้นได้ เนื่องจากการไหลเลือดเพิ่มขึ้น งานวิจัยพบว่าการออกกำลังกายแบบยืดเหยียด (stretching) เป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพในการลด

อาการปวดคอและช่วยเพิ่ม PPT ในพนักงานออฟฟิศหญิง ได้จริง (Cagnie et al., 2013) เมื่ออาการปวดลดลงและระดับขีดกันความรู้สึกเจ็บปวดเพิ่มขึ้นก็จะช่วยลดผลกระทบของอาการปวดที่มีต่อการใช้ชีวิตประจำวันได้อย่างมีประสิทธิภาพ Neck Disability Index – NDI เป็นแบบประเมิน ความรุนแรงของการปวดคอ การดูแลตนเอง การยกของหนัก การอ่านหนังสือ อาการปวดศีรษะ การมีสมาธิ การทำงาน การขับรถ การนอนหลับ กิจกรรมนันทนาการ การลดลงของคะแนน Thai-NDI ช่วยเพิ่มความมั่นใจและความสามารถในการใช้ชีวิตประจำวันดีขึ้น

ข้อจำกัดและข้อเสนอแนะ

เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาผลทันทีทำให้อาจมีข้อจำกัดบางอย่าง ได้แก่ ค่าความถี่ ความหนัก และเวลาต่อการฝึก ซึ่งเป็นการกำหนดขึ้นมาเบื้องต้น อาจไม่เพียงพอต่อการเห็นผลการรักษา ในอนาคตควรมีการศึกษาผลของตัวแปรอื่นๆเพิ่มเติม และเนื่องจากการรักษาพื้นฐานทางกายภาพบำบัดร่วมด้วย จึงยากที่จะแยกผลการรักษาว่ามาจาก RNUT ดังนั้น ควรมีการศึกษาค้นคว้าที่เสริมฤทธิ์กัน และศึกษาผลการรักษาในระยะยาว

เอกสารอ้างอิง

- Amjed, K. S., Harinad, M., Michelle, G., Sheila, S., & Forough, F. (2013). Is low-level laser therapy in relieving neck pain effective? Systematic Review and Meta-analysis, 1.
- Binder, A. (2007). The diagnosis and treatment of nonspecific neck pain and whiplash. *Eura Medicophys*, 43, 79–89.
- Bijur, P., Wendy, S., & John, G. (2001). Reliability of the Visual Analog Scale for measurement of acute pain. *Academic Emergency Medicine*, 8, 1153–1157.
- Boonprakob, Y., Phadungkit, S., Nongharnpitak, S., Srijessadarak, T., Supasatean, W., & Nakhengrit, C. (2016). Trigger point: Curable or palliative symptoms. *Bulletin of Chiang Mai Association of Medical Sciences*, 49(1), 155–166.

- Boyratz, I., Yildiz, A., Koc, B., & Sarman, H. (2015). Comparison of high-intensity laser therapy and ultrasound treatment in the patients with lumbar discopathy. *BioMed Research International*, Article ID 304328, 6 pages.
- Buttagat, V., Eungpinichpong, W., Chatchawan, U., & Kharmwan, S. (2011). The immediate effects of traditional Thai massage on heart rate variability and stress-related parameters in patients with back pain associated with myofascial trigger points. *Journal of Bodywork and Movement Therapies*, 15(1), 15–23.
- Cagnie, B., Danneels, L., Van Tiggelen, D., De Loose, V., & Cambier, D. (2013). Effect of stretching and strengthening exercises on neck pain in female office workers: A randomized controlled trial. *Clinical Rehabilitation*, 27(9), 823–832.
<https://doi.org/10.1177/0269215512456380>
- Fields, H. L. (2004). State-dependent opioid control of pain. *Nature Reviews Neuroscience*, 5(7), 565–575.
- Gross, A. R., Paquin, J. P., Dupont, G., Blanchette, S., Lalonde, P., Cristie, T., et al. (2016). Exercises for mechanical neck disorders: A Cochrane review update. *Manual Therapy*, 24, 25–45.
- Jaipakdee, J., Udol, K., Satitvipawee, P., & Ketumarn, P. (2014). Effects of deep breathing and muscle relaxation on blood pressure and stress in hypertensive patients. *GRC, MMP64*, 1641–1649.
- Jasper, D., Wendy, G. B., Bart, S., et al. (2018). Clinical practice guideline for physical therapy assessment and treatment in patients with nonspecific neck pain. *Verhagen*, 1–3.
- Joseph, A. E., Barman, R. A., Moman, R. N., et al. (2022). Effects of slow deep breathing on acute clinical pain in adults: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Evidence-Based Integrative Medicine*, 27, 1–10.

- Luksanaprukha, P., Wathana-apisit, T., Wanasinthop, S., et al. (2012). Reliability and validity study of a Thai version of the Neck Disability Index in patients with neck pain. *Journal of the Medical Association of Thailand*, 95(5), 681–688.
- Martin, S. L., Kerr, K. L., Bartley, E. J., et al. (2012). Respiration-induced hypoalgesia: Exploration of potential mechanisms. *The Journal of Pain*, 13(8), 755–763.
- Melzack, R., & Wall, P. D. (1965). Pain mechanisms: A new theory. *Science*, 150(3699), 971-979.
- Orhan, K., & Adham, M. (2010). A model for occupational injury risk assessment of musculoskeletal discomfort and their frequencies in computer users. *Safety Science*, 48(7), 868–877.
- Rohrig, B., Baptist, J., Wachtlin, D., Kwiecien, R., & Blettner, M. (2010). Sample size calculation in clinical trials. *Deutsches Ärzteblatt International*, 107(31–32), 552–556.
- Simons, D. G., Travell, J. G., & Simons, L. S. (1999). *Travell & Simons' myofascial pain and dysfunction: Upper half of body*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Streeter, C. C., Gerbarg, P. L., Saper, R. B., Ciraulo, D. A., & Brown, R. P. (2012). Effects of yoga on the autonomic nervous system, gamma-aminobutyric acid, and allostasis in epilepsy, depression, and post-traumatic stress disorder. *Medical Hypotheses*, 78(5), 571–579.
- Ylinen, J. (2007). Pressure algometry. *Australian Journal of Physiotherapy*, 53(3), 207.
- Zautra, A. J., Fasman, R., Davis, M. C., & Craig, A. D. B. (2010). The effects of slow breathing on affective responses to pain stimuli: An experimental study. *Pain*, 149(1), 12–18.
- สมชาย รัตน์ทองคำ. (2544). ไฟฟ้าแสงเสียงและแม่เหล็กไฟฟ้าทางกายภาพบำบัด. ขอนแก่น: ภาควิชากายภาพบำบัด มหาวิทยาลัยขอนแก่น.



ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามแนวทางของ DASH ร่วมกับทฤษฎีการรับรู้ความสามารถแห่งตนและแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วย โรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลศรีนคร จังหวัดสุโขทัย

นพธดา นรินันท์¹

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามแนวทางของ DASH ร่วมกับทฤษฎีการรับรู้ความสามารถแห่งตนและแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลศรีนคร จังหวัดสุโขทัย กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 60 คน แบ่งเป็น กลุ่มควบคุม 30 คน และกลุ่มทดลอง 30 คน เครื่องมือในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรม DASH ที่ประกอบด้วยกิจกรรมการให้ความรู้โภชนาการ การสาธิตอาหาร การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และการกระตุ้นเตือน เครื่องมือเก็บข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถแห่งตน การสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมการบริโภคอาหารตาม DASH และการวัดความดันโลหิต วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา Paired t-test และ Independent t-test

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความสามารถแห่งตน การสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการบริโภคอาหารตาม DASH ดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ระดับความดันโลหิตทั้งตัวบนและตัวล่างต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

ทั้งนี้ พยาบาลและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขควรนำโปรแกรม DASH ร่วมกับทฤษฎีการรับรู้ความสามารถแห่งตนและแรงสนับสนุนทางสังคมไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยเน้นการให้ความรู้รายบุคคล การสร้างแรงสนับสนุนจากครอบครัว และการเสริมสร้างความเชื่อมั่นในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร

คำสำคัญ : โปรแกรม DASH, การรับรู้ความสามารถแห่งตน, แรงสนับสนุนทางสังคม, โรคความดันโลหิตสูง, พฤติกรรมการบริโภคอาหาร

¹พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลศรีนคร, E-mail : Natkitta_ae@hotmail.com

Effects of a Dietary Behavior Modification Program Based on the DASH Approach Combined with Self-Efficacy Theory and Social Support Among Hypertensive Patients at Srinakorn Hospital, Sukhothai Province.

Noprada Narinan¹

Abstract

A quasi-experimental research study was conducted to examine the effects of a dietary behavior modification program based on the DASH approach combined with self-efficacy theory and social support among hypertensive patients at Srinakorn Hospital, Sukhothai Province. The sample consisted of 60 hypertensive patients divided into a control group (30 patients) and an experimental group (30 patients). The intervention tool included the DASH program comprising nutritional education activities, food demonstrations, experience sharing, and reminder activities. Data collection instruments included questionnaires on self-efficacy regarding DASH dietary behavior, social support, DASH dietary behavior, and blood pressure measurements. Data were analyzed using descriptive statistics, paired t-test, and independent t-test.

The results showed that the experimental group had significantly higher mean scores for self-efficacy, social support, and DASH dietary behavior compared to pre-intervention and the control group ($p < 0.001$). Both systolic and diastolic blood pressure levels were significantly lower than pre-intervention and compared to the control group ($p < 0.001$).

Therefore, nurses and public health personnel should implement the DASH program combined with self-efficacy theory and social support in caring for hypertensive patients, emphasizing individualized education, creating family support, and building confidence in dietary behavior modification.

Keyword : DASH program, Self-efficacy, Social support, Hypertension, Dietary behavior

¹ Professional Nurse (PROFESSIONAL Level), Srinakorn Hospital, E-mail :Natkitta_ae@hotmail.com

บทนำ

โรคความดันโลหิตสูง (Hypertension) เป็นหนึ่งในปัญหาสุขภาพที่สำคัญซึ่งมีผลกระทบต่อสุขภาพประชากรทั่วโลก โดยเฉพาะในประเทศที่มีการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตและพฤติกรรมการบริโภคอาหาร โรคความดันโลหิตสูงเชื่อมโยงกับปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ เช่น การบริโภคโซเดียมในปริมาณสูง การรับประทานอาหารที่มีไขมันและคอเลสเตอรอลสูง รวมถึงการขาดการออกกำลังกาย (Whelton et al., 2018) ดังนั้น การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคอาหารเป็นวิธีการที่สำคัญในการจัดการและป้องกันโรคนี้หนึ่งในแนวทางที่ได้รับการพิสูจน์ว่ามีประสิทธิภาพในการลดความดันโลหิตคือ โปรแกรม DASH (Dietary Approaches to Stop Hypertension) ซึ่งมุ่งเน้นการรับประทานอาหารที่มีปริมาณโซเดียมต่ำ แต่มีปริมาณโพแทสเซียม แมกนีเซียม และแคลเซียมสูง โดยมุ่งเน้นการบริโภคผัก ผลไม้ ธัญพืช และโปรตีนจากแหล่งที่มีไขมันต่ำ (Sacks et al., 2001) การศึกษาหลายชิ้นได้แสดงให้เห็นว่าโปรแกรม DASH สามารถลดความดันโลหิตได้อย่างมีนัยสำคัญในกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะความดันโลหิตสูง

อำเภอศรีนคร ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียน ปี 2566 จำนวน 5,212 คน โดยพบอัตราผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี ในปี 2562 – 2566 เท่ากับ 1147.32 , 734.87 , 919.07, 927.59 และ 951.70 ต่อประชากรแสนคน ส่วนใหญ่พบในกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป รองลงมาเป็นกลุ่มอายุ 50-59 ปี ในกลุ่มเสี่ยงที่ได้ทำ Home BP ปี 2566 พบกลุ่มสงสัยป่วย 403คน ทำ HBP 379 คน คิดเป็นร้อยละ 94.04 ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ จำนวน 26 ราย คิดเป็นร้อยละ 6.86 โรคความดันโลหิตสูงมีความเกี่ยวข้องกับปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญอยู่สองประการ ประการแรก ได้แก่ ปัจจัยเสี่ยงที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ คือ อายุ เพศ ระดับการศึกษา กรรมพันธุ์ ประการที่สอง ปัจจัยเสี่ยงด้านพฤติกรรม ได้แก่ รูปแบบการดำเนินชีวิตที่ไม่สมดุลระหว่างการรับประทานอาหาร และการออกกำลังกาย การรับประทานอาหารมากเกินไป ไม่ถูกต้องส่วน รับประทานอาหารรสเค็ม หวาน และมันสูง รับประทานผักผลไม้ น้อย เคลื่อนไหวร่างกายน้อย เครียดเป็นประจำ การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ และได้รับควันบุหรี่มือสอง (สุนทรีย์ คำเพ็ง และ อรจิรา บุญประดิษฐ์, 2551) โรคความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่เกิดจากพฤติกรรมทางสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง เช่น พฤติกรรมการบริโภค อาหารรสเค็มจัด การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ขาดการออกกำลังกาย ตลอดจนภาวะวิตกกังวลและเครียดและนอกจากนี้ยังมีการสนับสนุนข้อมูลปัจจัยเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง จากการศึกษาทางระบาดวิทยาของโรคความดันโลหิตสูง พบว่าปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ คือ พฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม เช่น การบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม มัน เค็ม การจัดการความเครียด และการขาดการออกกำลังกาย หรือการขาดกิจกรรมทางกาย (Physical Inactivity) ร่วมกับปัจจัยเสริมอื่นเช่นการสูบบุหรี่และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (กรมควบคุมโรค, 2566) แต่ปัจจัยทางด้านพฤติกรรมที่มีความสำคัญมากที่สุดคือ พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม

เพราะการบริโภคอาหารมีผลโดยตรงต่อระดับความดันโลหิต โดยเฉพาะการบริโภคอาหารที่มีเกลือโซเดียมจะส่งผลต่อระดับความดันโลหิตสูง

ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถแห่งตนและแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรบริโภคอาหารไม่เพียงแต่ต้องพึ่งพาความรู้เกี่ยวกับการเลือกอาหารที่ดี แต่ยังต้องการแรงจูงใจและการสนับสนุนจากบุคคลรอบข้าง เพื่อให้การเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นได้อย่างยั่งยืน ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถแห่งตน (Self-Efficacy Theory) ของ Albert Bandura (1977) ชี้ให้เห็นว่าความเชื่อในความสามารถของตนเองในการควบคุมพฤติกรรมเป็นปัจจัยสำคัญในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม นอกจากนี้แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว เพื่อน และกลุ่มสนับสนุนก็มีบทบาทสำคัญในการเสริมสร้างความเชื่อมั่นและความมุ่งมั่นในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Thoits, 1995)

การใช้โปรแกรม DASH กับทฤษฎีการรับรู้ความสามารถแห่งตน และแรงสนับสนุนทางสังคมอาจช่วยเสริมสร้างและสนับสนุนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรบริโภคอาหารในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้ดียิ่งขึ้น การใช้แนวทางนี้สามารถช่วยให้ผู้ป่วยไม่เพียงแต่มีความรู้เกี่ยวกับการเลือกอาหารที่ดี แต่ยังมีเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการทำตามแนวทาง DASH และได้รับการสนับสนุนจากสภาพแวดล้อมทางสังคม ซึ่งอาจทำให้การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมมีประสิทธิภาพมากขึ้น ผู้วิจัยนี้จึงมุ่งหวังที่จะศึกษาผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรบริโภคอาหารตามแนวทางของ DASH ร่วมกับทฤษฎีการรับรู้ความสามารถแห่งตนและแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลศรีนคร จังหวัดสุโขทัย โดยเป้าหมายคือ การวิเคราะห์ประสิทธิภาพของการรวมแนวทางเหล่านี้ในการลดความดันโลหิตและปรับปรุงพฤติกรรมกรบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งอาจนำไปสู่การพัฒนากลยุทธ์การจัดการโรคความดันโลหิตสูงที่มีประสิทธิภาพและเป็นประโยชน์ต่อการดูแลสุขภาพประชาชนได้อย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความสามารถแห่งตนในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรบริโภคอาหารตามแนวทาง DASH ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
2. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการสนับสนุนทางสังคมในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรบริโภคอาหารตามแนวทาง DASH ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

3. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามแนวทาง DASH ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามแนวทาง DASH ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

4. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตก่อนและหลัง การได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามแนวทาง DASH ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ขอบเขตของการวิจัย

ขอบเขตด้านการศึกษา การศึกษารั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research Design) แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (two groups pretest – posttest design)

ขอบเขตด้านพื้นที่ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศรีนคร จังหวัดสุโขทัย

ขอบเขตด้านประชากร ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 3,978 คน

ขอบเขตด้านระยะเวลา

ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย กันยายน พ.ศ. 2567 ถึง มิถุนายน พ.ศ. 2568

ระยะเวลาในการเก็บข้อมูล ตุลาคม พ.ศ. 2567 ถึง พฤษภาคม พ.ศ. 2568

กรอบแนวคิดการวิจัย

ตัวแปรต้น

ตัวแปรตาม

โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามแนวทางของDASH ร่วมกับทฤษฎีการรับรู้ความสามารถแห่งตนและแรงสนับสนุนทางสังคม ประกอบไปด้วยกิจกรรมกิจกรรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถแห่งตน และเสริมสร้างความมั่นใจ ได้แก่

1. การให้ความรู้เรื่องโภชนาการเพื่อควบคุมและป้องกันความดันโลหิตสูงตามแนวทางของDASHและการให้คำแนะนำเฉพาะกลุ่ม หรือบุคคล เกี่ยวการบริโภคอาหาร ตามแนวทาง DASH โดยการสาธิตรูปแบบอาหาร และให้กลุ่มเป้าหมายเลือกรูปแบบอาหารที่สามารถบริโภคได้แจกคู่มือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารตาม แนวทางของDASH การกำหนดเป้าหมายในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร การบันทึกการบริโภคอาหาร

2. การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างกลุ่มตัวอย่าง และจากบุคคลที่ประสบความสำเร็จในการควบคุมระดับความดันโลหิตสูง

3. การกระตุ้นเตือนกลุ่มเป้าหมายจากกลุ่มบุคคลที่มีต่ออิทธิพล กลุ่มตัวอย่างโดยการเสริมสร้างกำลังใจคอยกระตุ้นเตือนให้เกิดการปฏิบัติ ระหว่างการเข้ารับโปรแกรมโดยกิจกรรม ทั้งหมดใช้รูปแบบกิจกรรมในรูปแบบการบรรยาย การสาธิต สื่อบุคคลคู่มืออาหารพิชิตความดันโลหิตสูง การอภิปรายร่วมกับการเสนอต้นแบบบุคคลจริงที่มีประสบการณ์การทดลองปฏิบัติเกี่ยวกับการบริโภคอาหารตามแนวทางของ DASHและการกระตุ้นเตือนจากกลุ่มบุคคลที่มีอิทธิพลต่อกลุ่มเป้าหมาย

1. การรับรู้ความสามารถแห่งตน
2. การสนับสนุนทางสังคม
3. พฤติกรรมบริโภคอาหาร ตามแนวทางของ DASH ประกอบด้วย
 - 3.1 เพิ่มการรับประทานผัก และผลไม้
 - 3.2 เลือกรับประทาน อาหารที่มีไขมันต่ำ
 - 3.3 ลดการรับประทาน เกลือโซเดียม
 - 3.4 ลดปริมาณการดื่ม แอลกอฮอล์
4. ระดับความดันโลหิต

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi experimental research: Two group pretest-posttest design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามแนวทางของ DASH ร่วมกับทฤษฎีการรับรู้ความสามารถแห่งตนและแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลศรีนคร จังหวัดสุโขทัย

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศรีนคร จังหวัดสุโขทัย จำนวน 3,978 คน

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศรีนคร จังหวัดสุโขทัย จำนวน 60 คน

กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้โปรแกรม G* Power กำหนดอำนาจในการทดสอบที่ 0.90 กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และขนาดค่าอิทธิพล 0.80 (บุญใจ ศรีสถิตนรากร, 2553) ได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 28 ราย เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลจึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 ได้กลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยครั้งนี้ กลุ่มละ 30 ราย รวม 60 ราย โดยผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (simple randomization) โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองที่เข้าร่วมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามแนวทางของDASH จำนวน 30 คน และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ จำนวน 30 คน

เกณฑ์การคัดเข้า

1. ไม่เป็นผู้ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ที่อยู่ระหว่างการรับการรักษา และจะต้องไม่เป็นผู้ป่วยรายใหม่โรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ในขณะที่เข้าร่วมการทดลอง
2. มีค่าความดันโลหิตที่อยู่ในเกณฑ์เสี่ยง คือ 130-139/85-89 มิลลิเมตรปรอท
3. ยินยอมเข้าร่วมงานวิจัย

เกณฑ์การคัดออก

1. เป็นผู้ป่วยรายใหม่โรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ในขณะที่เข้าร่วมการทดลอง และเป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมกิจกรรม
2. มีปัญหาสุขภาพด้วยโรคเรื้อรังประเภทอื่น หรือความผิดปกติที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมวิจัย เช่นป่วยเป็น โรคเบาหวาน ไขมันหลอดเลือดสมอง
3. มีอาการป่วยอย่างอื่น (กะทันหัน) ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ตลอด เช่น ไข้หวัด เป็นลมหมดสติ ปวด ข้อ (อักเสบ) เป็นต้น
4. ขาดการเข้าร่วมกิจกรรมตั้งแต่ 2 ครั้งขึ้นไป
5. ไม่ยินยอมและเต็มใจให้ความร่วมมือในการทดลองการเข้าร่วมกลุ่มตัวอย่าง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัยครั้งนี้แบ่งเป็น 2 ส่วน ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามแนวทางของ DASH ร่วมกับทฤษฎีการรับรู้ความสามารถแห่งตนและแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นชุดกิจกรรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและแผนการสอนมาเป็นแนวทางในการจัดกิจกรรมต่างๆ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้

1. ขั้นวางแผนงาน (Plan) ศึกษาสภาพการณ์และวิเคราะห์สถานการณ์และข้อมูลพื้นฐาน โดยมีขั้นตอนการศึกษาทบทวนงานวิจัยและวรรณกรรมสถานการณ์ปัญหาในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการในโรงพยาบาลศรีนคร ประจำปีงบประมาณ 2567 พร้อมนำมาวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อเตรียมเข้าสู่โครงการวิจัย

2. ขั้นการปฏิบัติ (Act) ระยะการนำโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามแนวทางของ DASH มาใช้

2.1) จัดประชุมกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยให้กลุ่มเป้าหมายมีส่วนร่วม เพื่อนำประเด็นปัญหาหรืออุปสรรคของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร มาวิเคราะห์ เพื่อพัฒนาการดูแลอย่างเป็นระบบ และใช้แบบสอบถามเพื่อวิเคราะห์พฤติกรรม

2.2) กิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามแนวทางของ DASH ร่วมกับทฤษฎีการรับรู้ความสามารถแห่งตน และแรงสนับสนุนทางสังคม จำนวน 8 สัปดาห์ กลุ่มเป้าหมายเข้าร่วมโปรแกรมสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 60 นาที จำนวน 8 สัปดาห์

สัปดาห์ที่ 1 การสร้างสัมพันธ์และทำความรู้จัก

1. ผู้วิจัยแนะนำตนเอง กล่าวทักทายกลุ่มเป้าหมาย สร้างความคุ้นเคย
2. ชี้แจงวัตถุประสงค์และบอกเรื่องที่จะสอน
3. สร้างความคุ้นเคยและการกล้าแสดงออก สามารถนำไปสู่การมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรม

ต่อไป

4. อธิบายวิธีการดำเนินการวิจัย รายละเอียดในการทำวิจัย

5. กำหนดข้อตกลงเบื้องต้นในการประชุมกลุ่ม ต้องให้เกียรติความคิดเห็นของสมาชิกทุกคนสามารถแสดงความคิดเห็นได้อย่างอิสระ ทุกความคิดเห็นมีคุณค่า สามารถเสนอแนะและเพิ่มเติมได้ ขอความร่วมมือให้เข้าร่วมโปรแกรมจนครบทุกกิจกรรม

สัปดาห์ที่ 2 ความรู้เรื่องการบริโภคอาหารตามแนวทางของ DASH

1. ทักทายและทบทวนกิจกรรมที่แล้ว
2. ผู้สอนถามกลุ่มเป้าหมายเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงของโรคความดันโลหิตสูง

3. ให้ความรู้เรื่อง DASH (Dietary Approaches to Stop Hypertension) ความหมายโดยทั่วไป หมายถึง การบริโภคอาหารเพื่อควบคุมความดันโลหิตสูง เป็นรูปแบบการบริโภคอาหารที่เน้นการเพิ่มการบริโภค ผัก, ผลไม้ ผลิตภัณฑ์อาหารที่มีไขมันต่ำ นมไขมันต่ำ ลดไขมันอิ่มตัวและคอเลสเตอรอล เพิ่มการบริโภคเมล็ด ธัญพืช ถั่วเมล็ดแห้ง เนื้อปลาและสัตว์ปีก ควบคุมการบริโภคเกลือโซเดียม การควบคุมน้ำหนักตัวจำกัดปริมาณการ ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

4. ผู้สอนพูดคุยกับกลุ่มเป้าหมายถึงความรู้เรื่องการบริโภคอาหารตามแนวทางของ DASH

สัปดาห์ที่ 3 ปริมาณการบริโภคอาหารตามแนวทาง DASH

1. ทบทวนความรู้จากสัปดาห์ที่แล้ว
2. ผู้สอนให้กลุ่มเป้าหมายเล่าถึงการบริโภคอาหารในชีวิตประจำวัน
3. ผู้สอนให้กลุ่มเป้าหมายบอกวิธีการบริโภคอาหารตามแนวทาง DASH ที่ช่วยควบคุม ความดันโลหิต

4. แนะนำปริมาณการบริโภคอาหารตามแนวทาง DASH (ประมาณ 2,000 แคลอรีต่อวัน)

สัปดาห์ที่ 4 คำแนะนำในการบริโภคอาหารเพื่อควบคุมความดันโลหิตสูง

1. ทบทวนเนื้อหาที่ผ่านมา สอบถามความเข้าใจเกี่ยวกับการเลือกอาหาร
2. สอนบรรยายถึงคำแนะนำในการบริโภคอาหารเพื่อควบคุมความดันโลหิตสูง ได้แก่ การปรุง แต่งรสชาติอาหาร ปริมาณโซเดียมที่แนะนำ หลีกเลี่ยงอาหารที่เค็มจัด หลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมันสูง

สัปดาห์ที่ 5 การเลือกใช้น้ำมันและการบริโภคผักผลไม้

1. ทบทวนคำแนะนำจากสัปดาห์ที่แล้ว สอบถามประสบการณ์การลดเกลือในอาหาร ได้แก่ การ จำกัดน้ำมันในการประกอบอาหาร การรับประทานผักและผลไม้เป็นประจำ การดื่มนมพร่องมันเนย การจำกัดการ บริโภคแอลกอฮอล์ (ทบทวน)

2. แจกคู่มือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคอาหารตามแนวทางของ DASH

3. ผู้สอนซักถามความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเลือกรับประทานอาหารตามแนวทางของ DASH

สัปดาห์ที่ 6 การปฏิบัติและการตั้งเป้าหมาย

1. ทบทวนความรู้ที่ได้เรียนมา สอบถามการนำไปปฏิบัติ
2. การจัดการตนเองในการกำหนดเป้าหมายและวางแผนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภค อาหารตามแนวทาง DASH

3. กลุ่มตัวอย่างทุกคนเขียนแบบฟอร์มสัญญาใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร
ของตนเอง

4. ประกาศสัญญาใจและแลกเปลี่ยนแบบฟอร์มสัญญาใจกับเพื่อนเพื่อให้ลงชื่อเป็นพยาน
 5. แนะนำวิธีการจัดบันทึกการบริโภคอาหารประจำวันลงในสมุดบันทึกอาหารประจำตัว
 6. ให้ทุกคนอ่านทบทวนแผนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและนำไปปฏิบัติตามแผนที่วางไว้
- สัปดาห์ที่ 7 การแลกเปลี่ยนประสบการณ์และแรงสนับสนุนทางสังคม

1. เลือกตัวแทนที่เป็นแบบอย่างที่ดีในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามแนวทาง DASH
2. แลกเปลี่ยนประสบการณ์เพื่อเป็นแรงบันดาลใจให้กับผู้เข้าร่วมคนอื่น
3. กลุ่มเป้าหมายแลกเปลี่ยนปัจจัยแห่งความสำเร็จและอุปสรรคที่เกิดขึ้น
4. แลกเปลี่ยนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารของตนเอง
5. ทหารเรือเกี่ยวกับแรงสนับสนุนจากครอบครัวและคนรอบข้าง

สัปดาห์ที่ 8 การสรุปและประเมินผล

1. กลุ่มเป้าหมายร่วมกันแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับแนวทางการบริโภคอาหารตามแนวทางของ DASH
2. ผู้สอนสรุปความคิดรวบยอดของการเลือกบริโภคอาหารตามแนวทางของ DASH จากกิจกรรม

ทั้งหมดที่ได้เรียนมา

3. เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามและแสดงความคิดเห็นต่อโปรแกรม
 4. ส่งเสริมและให้กำลังใจในการปรับปรุงพฤติกรรมบริโภคอาหารของกลุ่มตัวอย่างในทางที่ดีต่อไป
3. ขั้นการสังเกตผลปฏิบัติ (Observe)

สร้างระบบการกำกับติดตาม ทางไลน์และการเยี่ยมบ้าน เพื่อประเมินผลลัพธ์การปรับเปลี่ยน
พฤติกรรมบริโภคอาหารและการควบคุมความดันโลหิตในกลุ่มผู้ป่วย โดยจัดกิจกรรมการให้บริการและ
จัดระบบการดูแลโดยแบ่งกลุ่มตามระดับความดันโลหิตออกเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

- กลุ่มที่มีความดันโลหิต 130-139/85-89 mmHg ใช้สีเขียว ในการติดตามเยี่ยม 12 สัปดาห์/1 ครั้ง
- กลุ่มที่มีความดันโลหิต 140-159/90-99 mmHg ใช้สีเหลือง ในการติดตามเยี่ยม 8 สัปดาห์/1 ครั้ง
- กลุ่มที่มีความดันโลหิต $\geq 160/\geq 100$ mmHg ใช้สีแดง ในการติดตามเยี่ยม 4 สัปดาห์/1 ครั้ง

4. ขั้นการสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflect) หลังครบ 12 สัปดาห์

ประเมินการรับรู้ความสามารถแห่งตนและแรงสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มผู้ป่วยโรคความดัน
โลหิตสูง ประเมินพฤติกรรมบริโภคอาหารตามแนวทาง DASH ประเมินผลระดับความดันโลหิต

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งแบบสอบถามแบ่งเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลปัจจัยด้านลักษณะทางประชากร จำนวน 8 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ อาชีพ ระดับการศึกษา ระดับความดันโลหิต และดัชนีมวลกาย เป็นข้อคำถามแบบเลือกตอบและเติมคำลงในช่องว่าง

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถแห่งตนเกี่ยวกับการบริโภคอาหารตามแนวทางของ DASH ดัดแปลงมาจากแบบสอบถามของพิชามญช์ ภูเจริญ (2550) จำนวน 8 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ดังต่อไปนี้

มากที่สุด	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด
มาก	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านมาก
ปานกลาง	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านปานกลาง
น้อย	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านน้อย
น้อยที่สุด	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านน้อยที่สุด

เกณฑ์การให้คะแนน เนื่องจากการรับรู้ความสามารถแห่งตนเกี่ยวกับการบริโภคอาหารตามแนวทางของ DASH มีทั้งข้อความที่เป็นเชิงบวกและเชิงลบ กลุ่มตัวอย่างเลือกตอบเพียง 1 ตัวเลือก ข้อความเชิงบวกจะได้คะแนน 5 ถึง 1 คะแนน ตามลำดับ ส่วนข้อความเชิงลบ จะได้คะแนนกลับกันดังนี้

ตัวเลือก	ข้อความเชิงบวก	ข้อความเชิงลบ
มากที่สุด	5	1
มาก	4	2
ปานกลาง	3	3
น้อย	2	4
น้อยที่สุด	1	5

การแปลผลโดยแบ่งระดับการรับรู้ความสามารถแห่งตนเกี่ยวกับการบริโภคอาหารตามแนวทางของ DASH พิจารณาจากเกณฑ์เฉลี่ยของระดับพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามแนวทางของ DASH แบ่งออกเป็น 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์ของบลูม (Bloom, 1975) ดังนี้

การรับรู้ความสามารถแห่งตนระดับมาก	ร้อยละ 80 ขึ้นไป
การรับรู้ความสามารถแห่งตนระดับปานกลาง	ร้อยละ 60-79
การรับรู้ความสามารถแห่งตนระดับน้อย	น้อยกว่าร้อยละ 60

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมเกี่ยวกับการบริโภคอาหารตามแนวทางของ DASH ดัดแปลงมาจากแบบสอบถามของพิชามญช์ ภูเจริญ (2550) จำนวน 8 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ดังต่อไปนี้

มากที่สุด หมายถึง ได้รับแรงสนับสนุนมากที่สุด
 มาก หมายถึง ได้รับแรงสนับสนุนมาก
 ปานกลาง หมายถึง ได้รับแรงสนับสนุนปานกลาง
 น้อย หมายถึง ได้รับแรงสนับสนุนน้อย
 น้อยที่สุด หมายถึง ได้รับแรงสนับสนุนน้อยที่สุด

เกณฑ์การให้คะแนน เนื่องจากแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมมีทั้งข้อความที่เป็นเชิงบวกและเชิงลบ กลุ่มตัวอย่างเลือกตอบเพียง 1 ตัวเลือก ข้อความเชิงบวกจะได้คะแนน 5 ถึง 1 คะแนน ตามลำดับ ส่วนข้อความเชิงลบ จะได้คะแนนกลับกันดังนี้

ตัวเลือก	ข้อความเชิงบวก	ข้อความเชิงลบ
มากที่สุด	5	1
มาก	4	2
ปานกลาง	3	3
น้อย	2	4
น้อยที่สุด	1	5

การแปลผลโดยแบ่งระดับการสนับสนุนทางสังคมเกี่ยวกับการบริโภคอาหารตามแนวทางของ DASH พิจารณาจากเกณฑ์เฉลี่ยของระดับพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามแนวทางของ DASH แบ่งออกเป็น 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์ของบลูม (Bloom, 1975) ดังนี้

การสนับสนุนทางสังคมระดับมาก	ร้อยละ 80 ขึ้นไป
การสนับสนุนทางสังคมระดับปานกลาง	ร้อยละ 60-79
การสนับสนุนทางสังคมระดับน้อย	น้อยกว่าร้อยละ 60

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามแนวทางของ DASH ดัดแปลงมาจากแบบสอบถามของพิชามญช์ ภูเจริญ (2550) ประกอบด้วยคำถามจำนวน 12 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ดังต่อไปนี้

ปฏิบัติประจำสม่ำเสมอ	หมายถึง มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามแนวทางของ DASH 6-7 วัน/ สัปดาห์
ปฏิบัติบ่อย	หมายถึง มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามแนวทางของ DASH อย่างน้อย 4-5 วัน/สัปดาห์
ปฏิบัตินานๆครั้ง	หมายถึง มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามแนวทางของ DASH อย่างน้อย 3 วัน/สัปดาห์

ปฏิบัติบางครั้ง

หมายถึง มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามแนวทางของ DASH

อย่างน้อย 1-2 วัน/สัปดาห์

ไม่เคยปฏิบัติ

หมายถึง ไม่เคยปฏิบัติพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามแนวทาง
ของ DASH

เกณฑ์การให้คะแนน เนื่องจากแบบสอบถามพฤติกรรมมีทั้งข้อความเป็นเชิงบวกและเชิงลบ กลุ่มตัวอย่างเลือกตอบเพียง 1 ตัวเลือก ข้อความเชิงบวกจะได้คะแนน 5 ถึง 1 คะแนน ตามลำดับ ส่วนข้อความเชิงลบ จะได้คะแนนกลับกันดังนี้

ตัวเลือก	ข้อความเชิงบวก	ข้อความเชิงลบ
ปฏิบัติเป็นประจำ	5	1
ปฏิบัติบ่อยครั้ง	4	2
ปฏิบัติบางครั้ง	3	3
ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง	2	4
ไม่เคยปฏิบัติ	1	5

การแปลผลโดยแบ่งระดับพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามแนวทางของ DASH พิจารณาจากเกณฑ์เฉลี่ยของระดับพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามแนวทางของ DASH แบ่งออกเป็น 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์ของบลูม (Bloom, 1975) ดังนี้

พฤติกรรมการบริโภคอาหารระดับมาก	ร้อยละ 80 ขึ้นไป
พฤติกรรมการบริโภคอาหารระดับปานกลาง	ร้อยละ 60-79
พฤติกรรมการบริโภคอาหารระดับน้อย	น้อยกว่าร้อยละ 60

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) เพื่อตรวจสอบความถูกต้อง และความครอบคลุมของเนื้อหา โดยเสนอเครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ต่อผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคความดันโลหิตสูง 1 ท่าน อาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโภชนาการและการส่งเสริมสุขภาพ 1 ท่าน พยาบาลผู้มีความรู้และประสบการณ์เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง 1 ท่าน นำข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะมาแก้ไขปรับปรุงให้สมบูรณ์ จากนั้น นำเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามแนวทางของ DASH ร่วมด้วยทฤษฎีการรับรู้ความสามารถแห่งตนและแรงสนับสนุนทางสังคม เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถแห่งตน

เกี่ยวกับการบริโภคอาหารตามแนวทางของ DASH แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมเกี่ยวกับการบริโภคอาหารตามแนวทางของ DASH และแบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามแนวทางของ DASH ได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 0.82

2. การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยได้ทดสอบความเที่ยง โดยนำแบบสอบถามการรับรู้ความสามารถแห่งตนเกี่ยวกับการบริโภคอาหารตามแนวทางของ DASH แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมเกี่ยวกับการบริโภคอาหารตามแนวทางของ DASH และแบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามแนวทางของ DASH ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย ในโรงพยาบาลสวรรค์โลก จังหวัดสุโขทัย จากนั้นนำมาหาความเที่ยงของเครื่องมือ โดยกำหนดให้ความเที่ยงของแบบสอบถามการรับรู้ความสามารถแห่งตนเกี่ยวกับการบริโภคอาหารตามแนวทางของ DASH ได้ค่า Cronbach's Alpha 0.86 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมเกี่ยวกับการบริโภคอาหารตามแนวทางของ DASH ได้ค่า Cronbach's Alpha 0.82 และแบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามแนวทางของ DASH ได้ค่า Cronbach's Alpha 0.80

ขั้นตอนการ

1. ทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และดำเนินการเขียนโครงร่างการวิจัย เพื่อการขอจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย
2. เมื่อได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัยแล้ว ผู้วิจัยทำหนังสือถึงผู้อำนวยการ เพื่อขอความอนุเคราะห์ในการทำวิจัย และใช้เครื่องมือวิจัยในการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลที่โรงพยาบาลศรีนคร จังหวัดสุโขทัย
3. ผู้วิจัยประสานงานกับผู้มีส่วนร่วมในงานวิจัย ขอความร่วมมือพยาบาลวิชาชีพที่เกี่ยวข้องที่ปฏิบัติงานโรงพยาบาลศรีนคร จังหวัดสุโขทัย และประชุมชี้แจงโครงการวิจัย เกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย ประโยชน์ที่จะได้รับการวิจัย วิธีการดำเนินการวิจัย การให้โปรแกรมฯ และการเก็บข้อมูลวิจัย
4. ผู้วิจัยคัดเลือกผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดไว้ แนะนำตัว และชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับโครงการวิจัย วัตถุประสงค์ของการวิจัย ประโยชน์ที่จะได้รับการวิจัย วิธีการดำเนินการวิจัย การให้โปรแกรมฯ การเก็บข้อมูลวิจัย และการพิทักษ์สิทธิ โดยบอกให้ทราบถึงสิทธิตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย รวมทั้งสามารถบอกยุติการให้ความร่วมมือในขั้นตอนต่าง ๆ ของการวิจัยโดยไม่ต้องบอกเหตุผล ซึ่งไม่มีผลต่อบริการรักษาพยาบาลที่ได้ตามสิทธิ เมื่อกลุ่มตัวอย่างสมัครใจเข้าร่วมการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในแบบฟอร์มแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางคอมพิวเตอร์ ซึ่งมีลำดับขั้นตอนการวิเคราะห์ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์ด้วย ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistic) แจกแจงความถี่ หาค่าจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. ทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความสามารถแห่งตนเกี่ยวกับการบริโภคอาหารตามแนวทางของ DASH การสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมการบริโภคอาหารตามแนวทางของ DASH และระดับความดันโลหิตก่อนและหลังการทดลอง ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยการทดสอบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยภายในสองกลุ่ม มีการแจกแจงแบบปกติใช้สถิติ Paired t-test
3. ทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความสามารถแห่งตนเกี่ยวกับการบริโภคอาหารตามแนวทางของ DASH การสนับสนุนทางสังคมเกี่ยวกับการบริโภคอาหารตามแนวทางของ DASH พฤติกรรมการบริโภคอาหารตามแนวทางของ DASH และระดับความดันโลหิตระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง มีการแจกแจงแบบปกติใช้สถิติ Independent t-test

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการพิจารณาการศึกษาวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย ใบรับรองเลขที่ COA 73/2024 IRB No.84/2024 ประเภทการรับรองแบบเร่งรัด (Expedited Review) รับรองเมื่อวันที่ 21 ตุลาคม 2567

สรุปผลการวิจัย

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มทดลอง จำนวน 30 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 60.0 มีอายุเฉลี่ย 55.82 ± 8.20 ปี มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 73.33 มีอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 26.67 ระดับการศึกษาสูงสุดระดับประถมศึกษา ร้อยละ 60.0 มีค่าดัชนีมวลกายเฉลี่ย 26.02 ± 3.83 ต่อตารางเมตร ส่วนกลุ่มควบคุม จำนวน 30 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 63.33 มีอายุเฉลี่ย 56.32 ± 7.90 ปี มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 76.67 ประกอบอาชีพแม่บ้าน/พ่อบ้าน ร้อยละ 30.00 ระดับการศึกษาสูงสุดระดับประถมศึกษา ร้อยละ 56.67 มีค่าดัชนีมวลกายเฉลี่ย 25.83 ± 3.52 ต่อตารางเมตร และเมื่อเปรียบเทียบข้อมูลทั่วไประหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p>0.05$)

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบการรับรู้ความสามารถแห่งตน การสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมการบริโภคอาหาร และระดับความดันโลหิต ระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความสามารถแห่งตน การสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมการบริโภคอาหารและระดับความดันโลหิตระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

	ตัวแปร		n	$\bar{x}$	SD	T-value	p-value
การรับรู้ ความสามารถ แห่งตน	กลุ่ม	ก่อนทดลอง	30	26.80	4.20	14.52	<0.001*
	ทดลอง	หลังทดลอง	30	34.50	3.80		
	กลุ่ม	ก่อนทดลอง	30	27.10	4.50	2.43	0.022*
	ควบคุม	หลังทดลอง	30	27.90	4.30		
การสนับสนุน ทางสังคม	กลุ่ม	ก่อนทดลอง	30	25.40	5.10	11.57	<0.001*
	ทดลอง	หลังทดลอง	30	32.80	4.20		
	กลุ่ม	ก่อนทดลอง	30	27.70	4.80	-1.30	0.204
	ควบคุม	หลังทดลอง	30	26.20	4.60		
พฤติกรรมการ บริโภคอาหาร	กลุ่ม	ก่อนทดลอง	30	38.20	6.80	13.95	<0.001*
	ทดลอง	หลังทดลอง	30	48.90	5.40		
	กลุ่ม	ก่อนทดลอง	30	37.80	7.10	-2.54	0.519
	ควบคุม	หลังทดลอง	30	39.10	6.90		
ระดับความดัน โลหิตตัวบน	กลุ่ม	ก่อนทดลอง	30	145.80	12.40	-10.64	<0.001*
	ทดลอง	หลังทดลอง	30	132.60	8.90		
	กลุ่ม	ก่อนทดลอง	30	146.20	11.90	-2.74	0.213
	ควบคุม	หลังทดลอง	30	144.10	11.20		
ระดับความดัน โลหิตตัวล่าง	กลุ่ม	ก่อนทดลอง	30	91.50	8.70	-9.88	<0.001*
	ทดลอง	หลังทดลอง	30	82.30	6.40		
	กลุ่ม	ก่อนทดลอง	30	92.10	8.30	-2.03	0.052
	ควบคุม	หลังทดลอง	30	90.80	7.90		

*P-value<0.05

จากตารางที่ 2 พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนการรับรู้ความสามารถแห่งตนก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม เท่ากับ 26.80 ± 4.20 และ 34.50 ± 3.80 ตามลำดับ ดีขึ้นอย่างเห็นได้ชัด ($p < 0.001$) เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ส่วนกลุ่มควบคุมมีคะแนนการรับรู้ความสามารถแห่งตนก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม เท่ากับ 27.10 ± 4.50 และ 27.90 ± 4.30 ตามลำดับ มีการเปลี่ยนแปลงเพียงเล็กน้อยแต่ยังมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.022$)

การสนับสนุนทางสังคมในกลุ่มทดลอง มีค่าคะแนนการสนับสนุนทางสังคมก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม เท่ากับ 25.40 ± 5.10 และ 32.80 ± 4.20 ตามลำดับ ซึ่งแตกต่างจากก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) กลุ่มควบคุมมีค่าคะแนนการสนับสนุนทางสังคมก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม เท่ากับ 27.70 ± 4.80 และ 26.20 ± 4.60 ตามลำดับ ซึ่งไม่แตกต่างจากก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.204$)

พฤติกรรมการบริโภคอาหารตามแนวทาง DASH ในกลุ่มทดลอง มีค่าคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม เท่ากับ 38.20 ± 6.80 และ 48.90 ± 5.40 ตามลำดับ ซึ่งแตกต่างจากก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) กลุ่มควบคุมมีค่าคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามแนวทาง DASH ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม เท่ากับ 37.80 ± 7.10 และ 39.10 ± 6.90 ตามลำดับ ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงเพียงเล็กน้อยแต่ยังมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.519$)

ระดับความดันโลหิตตัวบนในกลุ่มทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีระดับความดันโลหิตตัวบนก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม เท่ากับ 145.80 ± 12.40 และ 132.60 ± 8.90 มิลลิเมตรปรอท ตามลำดับ ซึ่งดีขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) กลุ่มควบคุมมีระดับความดันโลหิตตัวบนก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม เท่ากับ 146.20 ± 11.90 และ 144.10 ± 11.20 มิลลิเมตรปรอท ตามลำดับ ซึ่งมีการลดลงเล็กน้อยแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.213$)

ระดับความดันโลหิตตัวล่างในกลุ่มทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีระดับความดันโลหิตตัวล่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม เท่ากับ 91.50 ± 8.70 และ 82.30 ± 6.40 มิลลิเมตรปรอท ตามลำดับ ซึ่งดีขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) กลุ่มควบคุมมีระดับความดันโลหิตตัวล่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม เท่ากับ 92.10 ± 8.30 และ 90.80 ± 7.90 มิลลิเมตรปรอท ตามลำดับ ซึ่งไม่แตกต่างจากก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.052$)

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบการรับรู้ความสามารถแห่งตน การสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมการบริโภคอาหาร และระดับความดันโลหิตก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถแห่งตน การสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมการบริโภคอาหารและระดับความดันโลหิต ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ตัวแปร			n	$\bar{x}$	SD	T-value	p-value
การรับรู้ ความสามารถ แห่งตน	ก่อน	กลุ่มทดลอง	30	26.80	4.20	0.27	0.787
	ทดลอง	กลุ่มควบคุม	30	27.10	4.50		
	หลัง	กลุ่มทดลอง	30	34.50	3.80	-6.35	<0.001*
	ทดลอง	กลุ่มควบคุม	30	27.90	4.30		
การสนับสนุน ทางสังคม	ก่อน	กลุ่มทดลอง	30	25.40	5.10	0.24	0.813
	ทดลอง	กลุ่มควบคุม	30	27.70	4.80		
	หลัง	กลุ่มทดลอง	30	32.80	4.20	-5.91	<0.001*
	ทดลอง	กลุ่มควบคุม	30	26.20	4.60		
พฤติกรรม การบริโภคอาหาร	ก่อน	กลุ่มทดลอง	30	38.20	6.80	-0.22	0.824
	ทดลอง	กลุ่มควบคุม	30	37.80	7.10		
	หลัง	กลุ่มทดลอง	30	48.90	5.40	-6.23	<0.001*
	ทดลอง	กลุ่มควบคุม	30	39.10	6.90		
		กลุ่มทดลอง	30	145.80	12.40	0.13	0.896
		กลุ่มควบคุม	30	146.20	11.90		
		กลุ่มทดลอง	30	132.60	8.90	4.46	<0.001*
		กลุ่มควบคุม	30	144.10	11.20		
		กลุ่มทดลอง	30	91.50	8.70	0.28	0.784
		กลุ่มควบคุม	30	92.10	8.30		
		กลุ่มทดลอง	30	82.30	6.40	4.65	<0.001*
		กลุ่มควบคุม	30	90.80	7.90		

*P-value<0.05

จากตารางที่ 2 เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความสามารถแห่งตนระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม พบว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนการรับรู้ความสามารถแห่งตนไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.787$) หลังจากเข้าร่วมโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามแนวทางของ DASH ร่วมกับทฤษฎีการรับรู้ความสามารถแห่งตนและแรงสนับสนุนทางสังคม พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนการรับรู้ความสามารถแห่งตนดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) เมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนการสนับสนุนทางสังคมระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม พบว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนการสนับสนุนทางสังคมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.813$) หลังจากเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนการสนับสนุนทางสังคมดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$)

เมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามแนวทาง DASH ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม พบว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามแนวทาง DASH ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.824$) หลังจากเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามแนวทาง DASH ดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$)

เมื่อเปรียบเทียบระดับความดันโลหิตตัวบนระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม พบว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีระดับความดันโลหิตตัวบนไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.896$) หลังจากเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า กลุ่มทดลองมีระดับความดันโลหิตตัวบนดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$)

เมื่อเปรียบเทียบระดับความดันโลหิตตัวล่างระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม พบว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีระดับความดันโลหิตตัวล่างไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.784$) หลังจากเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า กลุ่มทดลองมีระดับความดันโลหิตตัวล่างดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$)

อภิปรายผล

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามแนวทางของ DASH ร่วมกับทฤษฎีการรับรู้ความสามารถแห่งตนและแรงสนับสนุนทางสังคม มีคะแนนการรับรู้ความสามารถแห่งตนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจาก 26.80 ± 4.20 เป็น 34.50 ± 3.80 ($p<0.001$) และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับทฤษฎีการรับรู้ความสามารถแห่งตน (Self-Efficacy Theory) ของ Bandura (1977) ที่ระบุว่า การเสริมสร้างความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองสามารถเกิดขึ้นได้ผ่านการมี

ประสบการณ์สำเร็จ (Mastery Experience) การเรียนรู้จากการสังเกต (Vicarious Experience) การชักจูงทางคำพูด (Verbal Persuasion) และการตีความสภาวะทางสรีรวิทยา (Physiological States) โปรแกรมที่พัฒนาขึ้นมีการใช้กลยุทธ์หลากหลายเพื่อเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถแห่งตน อาทิ การให้ความรู้เรื่องโภชนาการ การสาธิตรูปแบบอาหาร การแลกเปลี่ยนประสบการณ์จากบุคคลที่ประสบความสำเร็จ และการกำหนดเป้าหมายในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเสาวลักษณ์ มูลสาร และเกษร สำเภาทอง (2559) ที่พบว่าโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามแนวทางของ DASH ร่วมด้วยทฤษฎีการรับรู้ความสามารถแห่งตนมีประสิทธิภาพในการเพิ่มความเชื่อมั่นของผู้เข้าร่วม

ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนการสนับสนุนทางสังคมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจาก 25.40 ± 5.10 เป็น 32.80 ± 4.20 ($p < 0.001$) และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ผลนี้สะท้อนความสำคัญของการสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพตามทฤษฎีของ Thoits (1995) ที่ระบุว่า การสนับสนุนทางสังคมมีบทบาทสำคัญในการเสริมสร้างความเชื่อมั่นและความมุ่งมั่นในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การเพิ่มขึ้นของคะแนนการสนับสนุนทางสังคมเป็นผลมาจากการออกแบบโปรแกรมที่เน้นการเปิดโอกาสให้มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างกลุ่มตัวอย่าง การนำเสนอต้นแบบบุคคลจริงที่มีประสบการณ์ความสำเร็จ และการกระตุ้นเตือนจากกลุ่มบุคคลที่มีอิทธิพลต่อกลุ่มเป้าหมาย ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของนริศรา คงแก้ว และคณะ (2565) ที่พบว่าการใช้แรงสนับสนุนทางสังคมร่วมกับโปรแกรม DASH มีประสิทธิภาพในการเสริมสร้างการมีส่วนร่วมของผู้เข้าร่วมโปรแกรม

การศึกษานี้พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามแนวทาง DASH เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจาก 38.20 ± 6.80 เป็น 48.90 ± 5.40 ($p < 0.001$) และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ผลการศึกษานี้ชี้ให้เห็นถึงประสิทธิภาพของการบูรณาการทฤษฎีการรับรู้ความสามารถแห่งตนและแรงสนับสนุนทางสังคมเข้ากับแนวทาง DASH การปรับปรุงพฤติกรรมการบริโภคอาหารเป็นผลมาจากการที่ผู้เข้าร่วมได้รับความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับการเลือกอาหาร มีโอกาสฝึกปฏิบัติจริงผ่านการสาธิตและการทดลองปฏิบัติ รวมทั้งได้รับการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและสมาชิกในครอบครัว ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของปิยพร ศรีพนมเขต (2565) ที่พบว่าโปรแกรม DASH ร่วมด้วยทฤษฎีการรับรู้ความสามารถแห่งตนมีประสิทธิภาพในการปรับปรุงพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง นอกจากนี้ ผลการศึกษายังสอดคล้องกับงานวิจัยของอิทัต ศรีมงคล และคณะ (2560) ที่แสดงให้เห็นว่าการใช้โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ประยุกต์แนวคิดทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคสามารถช่วยให้กลุ่มเสี่ยงสูงโรคความดันโลหิตสูงปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่ากลุ่มทดลองมีการลดลงของระดับความดันโลหิตทั้งตัวบนและตัวล่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยความดันโลหิตตัวบนลดลงจาก 145.80 ± 12.40 เป็น 132.60 ± 8.90 มิลลิเมตรปรอท

($p < 0.001$) และความดันโลหิตตัวล่างลดลงจาก 91.50 ± 8.70 เป็น 82.30 ± 6.40 มิลลิเมตรปรอท ($p < 0.001$) ซึ่งดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การลดลงของระดับความดันโลหิตนี้เป็นผลโดยตรงจากการปรับปรุงพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามแนวทาง DASH ซึ่งเน้นการลดการบริโภคโซเดียม เพิ่มการบริโภคโพแทสเซียม แมกนีเซียม และแคลเซียม ตลอดจนการเพิ่มการบริโภคผัก ผลไม้ และลดไขมันอิ่มตัว ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาพื้นฐานของ Sacks และคณะ (2001) ที่แสดงให้เห็นว่าโปรแกรม DASH สามารถลดความดันโลหิตได้อย่างมีนัยสำคัญในกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะความดันโลหิตสูง นอกจากนี้ ผลการศึกษายังสอดคล้องกับการศึกษาของพันจ่าเอก ทินณรงค์ เรทหนู (2562) ที่พบว่าการใช้โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีการเปลี่ยนพฤติกรรมสามารถช่วยลดระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 ควรมีการขยายผลโปรแกรมไปยังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และศูนย์สุขภาพชุมชนในระดับปฐมภูมิอื่นๆ โดยการฝึกอบรมบุคลากรสาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD) ให้มีความรู้และทักษะในการดำเนินโปรแกรมแบบมีส่วนร่วมตามแนวทาง DASH พร้อมทั้งปรับเนื้อหาและกิจกรรมให้เหมาะสมกับบริบท ทรัพยากร และศักยภาพของแต่ละหน่วยบริการ เพื่อให้ประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในพื้นที่ห่างไกลและชุมชนรอบนอกได้รับการดูแลป้องกันโรคอย่างมีประสิทธิภาพและทั่วถึง

1.2 ควรมีการบูรณาการโปรแกรมเข้ากับระบบบริการสุขภาพที่มีอยู่ เช่น คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โครงการหมอครอบครัว และกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพในชุมชน โดยการพัฒนาแนวทางปฏิบัติ (Clinical Practice Guideline) สำหรับการใช้โปรแกรม DASH ในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และการจัดทำเครื่องมือประเมินและติดตามผลที่เป็นมาตรฐาน เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในการดูแลและสามารถวัดผลได้อย่างเป็นระบบ

2. ข้อเสนอแนะการทบทวนวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิภาพของรูปแบบการส่งมอบโปรแกรมที่แตกต่างกัน เช่น การให้โปรแกรมแบบเข้มข้น (Intensive intervention) เทียบกับแบบไม่เข้มข้น การใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในการส่งมอบโปรแกรม เทียบกับการให้โปรแกรมแบบเผชิญหน้า และการเปรียบเทียบระยะเวลาการให้โปรแกรมที่แตกต่างกัน เพื่อหารูปแบบที่มีประสิทธิภาพสูงสุดและเหมาะสมกับบริบทของระบบสุขภาพไทย พร้อมทั้งศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสำเร็จของโปรแกรม เช่น แรงจูงใจของผู้เข้าร่วม การสนับสนุนจากครอบครัว และความพร้อมของระบบบริการสุขภาพ

2.2 ควรดำเนินการวิจัยติดตามผลในระยะยาว อย่างน้อย 1-2 ปี เพื่อศึกษาความยั่งยืนของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการบริโภคอาหารและประสิทธิผลของโปรแกรมในการป้องกันโรคแทรกซ้อนจากความ

ดันโลหิตสูง เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง และโรคไตเรื้อรัง โดยติดตามดัชนีชี้วัดสำคัญ เช่น อัตราการเกิดโรคแทรกซ้อนรายใหม่ ระดับความดันโลหิตเฉลี่ย การศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามแนวทาง DASH และคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง เพื่อให้ได้หลักฐานเชิงประจักษ์ที่แข็งแกร่งสำหรับการนำไปใช้ ในวงกว้างและพัฒนานโยบายสาธารณสุข

เอกสารอ้างอิง

กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. (2566). รายงานสถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรังประเทศไทย ปี 2565.

กรุงเทพฯ: กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.

ธีทัต ศรีมงคล, อาริวรรณ นพเกตุและ ทศนีย์ วานิชกร. (2560). ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, 11(2), 6.

ทินณรงค์ เรทหนู. (2562). ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ประยุกต์แนวคิดทฤษฎีการเปลี่ยนพฤติกรรมต่อความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. ชลบุรี: [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยบูรพา].

บุญใจ ศรีสถิตธรรมากร. (2553). ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์ (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ: ยูแอนด์ไออินเตอร์ มีเดีย.

ปิยพร ศรีพนมเขต. (2565). ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามแนวทาง DASH ร่วมกับทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเอง ต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. ขอนแก่น: [วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยขอนแก่น].

พิชามญช์ ภูเจริญ. (2550). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถตนเองในการบริโภคอาหารกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลพระพุทธรบาท จังหวัดสระบุรี. สระบุรี: [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยมหิดล].

นริศรา คงแก้ว, วิจิตรา ปานบุญและ สมพร กลัดเจริญ. (2565). ผลของแรงสนับสนุนทางสังคมร่วมกับโปรแกรม DASH ต่อการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในคลินิกโรคเรื้อรัง. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข, 32(3), 28–39.

สุนทรีย์ คำเพ็ง และอรธิรา บุญประดิษฐ์. (2551). ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงในผู้ใหญ่ตอนต้น.

วารสารสาธารณสุขและการพัฒนา, 6(2), 1–12.

เสาวลักษณ์ มูลสารและ เกษร สำเภาทอง. (2559). วารสารการพยาบาลและสุขภาพ, 10(2). ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามแนวทาง DASH ร่วมกับทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเองต่อความเชื่อมั่นในการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง, 20–31.

Albert & Bandura. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: W.H. Freeman and Company.

Bloom B. S. (1975). *Taxonomy of education*. . David McKay Company Inc.

Sacks F. M., Svetkey, L. P., Vollmer, W. M., Appel, L. J., Bray, G. A., Harsha, D., ... & Cutler, J. A.

(2001). Effects on blood pressure of reduced dietary sodium and the Dietary Approaches to Stop Hypertension (DASH) diet. *The New England Journal of Medicine*, 344(1), 3–10.

Thoits P. A. (1995). Stress, coping, and social support processes: Where are we? What next? .

Journal of Health and Social Behavior, 35(Extra Issue), , 53–79.

Whelton P. K., Carey, R. M., Aronow, W. S., Casey Jr, D. E., Collins, K. J., Dennison Himmelfarb, C.,

... & Wright Jr, J. T. (2018). Guideline for the Prevention, Detection, Evaluation, and

Management of High Blood Pressure in Adults: A Report of the American College of

Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. *Journal*

of the American College of Cardiology, 71(19), e127–e248.



ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ในคลินิกหมอครอบครัวหนองตูม อำเภอกงไกรลาศ จังหวัดสุโขทัย

นายศตวรรษ บัวจร¹

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานและเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานในคลินิกหมอครอบครัวหนองตูมอำเภอกงไกรลาศ จังหวัดสุโขทัย ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้คือผู้ป่วยโรคเบาหวานในเขตความรับผิดชอบของคลินิกหมอครอบครัวหนองตูม จำนวน 964 คน ใช้สูตรการคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างของ Yamane ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 283 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการดำเนินการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นแล้วคัดเลือกแต่ละชั้นของกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงโดยผ่านเกณฑ์การคัดเข้า เครื่องมือวิจัยเป็นแบบสอบถามเลือกตอบ ทดสอบความเชื่อมั่นอยู่ระหว่าง 0.79 - 0.88 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน การทดสอบไคสแควร์ผลการวิจัยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 70.3 กลุ่มอายุส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 61-70 ปี ร้อยละ 37.5 เฉลี่ย 63.3 ปี (SD=10.2) น้ำหนักส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 51-70 กิโลกรัม ร้อยละ 64 น้ำหนักเฉลี่ย 62.4 กิโลกรัม (SD=11.3) สถานภาพสมรสส่วนใหญ่สมรส ร้อยละ 66.8 อาชีพส่วนใหญ่ทำนาร้อยละ 41 สิทธิการรักษาพยาบาลส่วนใหญ่สิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 95.1 รายได้ต่อเดือนส่วนใหญ่น้อยกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 73.9 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ประถมศึกษา ร้อยละ 63.3 ส่วนใหญ่ระยะเวลาเป็นเบาหวานน้อยกว่า 5 ปี ร้อยละ 37.8 ระยะเวลาเป็นเบาหวานเฉลี่ย 8.5 ปี ระดับน้ำตาลสะสมในเลือดส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 5.1-7 ร้อยละ 48.4 ระดับน้ำตาลสะสมในเลือดเฉลี่ย 7.2 ปัจจัยนำอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 85.5 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวานโดยรวมอยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 3.73 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน .35) พิจารณารายด้าน พบว่าด้านยาอยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 4.77 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน .33) มีปัจจัยที่เป็นไปตามสมมติฐานปัจจัยเดียวคือปัจจัยส่วนบุคคลด้านอายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 และส่วนปัจจัยส่วนบุคคลด้าน เพศ สถานภาพสมรส อาชีพ สิทธิการรักษาพยาบาล รายได้ ระดับการศึกษาสูงสุด ระยะเวลาที่เป็นเบาหวาน HbA1C และปัจจัยนำไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน

คำสำคัญ: พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง, ผู้ป่วยเบาหวาน, คลินิกหมอครอบครัว

¹ คลินิกหมอครอบครัวหนองตูม อำเภอกงไกรลาศ จังหวัดสุโขทัย

Factor related to Self - Care Behaviors of Diabetes Patients in Nongtoom Primary Care Cluster, Kongkrailas district, Sukhothai Province

Sattawat Boujom¹

Abstract

This research is a descriptive research. The objectives are to study the self-care behavior of diabetic patients and to study the factors related to the self-care behavior of diabetic patients at Nong Tum Family Clinic, Kong Krailat District, Sukhothai Province. The population used in this research is diabetic patients in the area of responsibility of Nongtoom Primary care cluster, 964 people. The calculation formula used is Sample size of Yamane group is 283 people. The sample group was selected by stratified random sampling and each stratum of the sample group was selected purposively by passing the inclusion criteria. The research instrument is a multiple-choice questionnaire. The reliability test is between 0.79 - 0.88. Data were analyzed using descriptive statistics and Spearman correlation coefficient Chi-square test. Results Most of the research participants were female, 70.3 percent. The majority of the age group was 61-70 years old, 37.5 percent, average 63.3 years old (SD = 10.2). Most of the weight was between 51-70 kilograms, 64 percent, average weight 62.4 kilograms (SD = 11.3). Most of the marital status was married, 66.8 percent. Most occupations are rice farming (41%). Most healthcare rights are universal healthcare card (95.1%). Most monthly income is less than 5,000 baht (73.9%). Most education levels are primary (63.3%). Most have diabetes for less than 5 years (37.8%). The average duration of diabetes is 8.5 years. Most have glycemic control levels are between 5.1-7 (48.4%). The average glycemic control level is 7.2. The leading factors are at a high level (85.5%). The overall self-care behavior of diabetic patients is at a high level (mean 3.73, standard deviation .35). Considering each aspect, it was found that the medication aspect is at a high level (mean 4.77, standard deviation .33). There is only one factor that meets the hypothesis, which is the personal factor of age, which has a negative relationship with self-care behavior of diabetic patients with statistical significance at 0.05. Personal factors of gender, marital status, occupation, healthcare rights, income, highest level of education, duration of diabetes, HbA1C, and leading factors are not related to self-care behavior of diabetic patients.

Keywords: Self-care behavior, Diabetes Mellitus, Primary care cluster

¹Nong Tum Family Doctor Clinic, Kong Krailat District, Sukhothai Province

บทนำ

โรคเบาหวาน (Diabetes Mellitus: DM) คือโรคไม่ติดต่อเรื้อรังชนิดหนึ่ง ที่ผู้ป่วยมักมีอาการปัสสาวะบ่อยและมีระดับน้ำตาลปนอยู่ในปัสสาวะสูงผิดปกติเป็นกลุ่มโรคที่เกิดจากความผิดปกติของการเผาผลาญสารอาหารในร่างกายที่ไม่ปกติ จึงทำให้เกิดระดับน้ำตาลในเลือดสูงผิดปกติ โดยตับอ่อนมีการสร้างอินซูลิน ลดลงขณะที่ประสิทธิภาพของฮอร์โมนอินซูลินที่ลดลงนั้นได้ส่งผลให้ร่างกายมีความดื้อต่ออินซูลินจึงไม่สามารถนำน้ำตาลมาใช้เป็นพลังงานได้ทำให้เกิดภาวะระดับน้ำตาลในเลือดสูงซึ่งเป็นสาเหตุของการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่ออวัยวะต่างๆ การเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดสูงเป็นเวลานานเป็นผลให้เกิดการเสื่อมสภาพ และการล้มเหลว ของอวัยวะที่สำคัญในร่างกาย ได้แก่ ภาวะแทรกซ้อนที่หลอดเลือดแดงใหญ่ (Macroangiopathy) ซึ่งทำให้เกิด เส้นเลือดในสมองตีบแตก รวมถึงภาวะแทรกซ้อนที่หลอดเลือดแดงเล็ก (Microangiopathy) ทำให้เกิดอาการจอประสาทตาเสื่อม ไตวาย ซึ่งโรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่พบในทุกประเทศโดยอัตราความชุกของโรคมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วและเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรก่อให้เกิดปัญหาสาธารณสุขของหลาย ๆ ประเทศซึ่งนับวันจะทวีความรุนแรงและส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วย ครอบครัว เศรษฐกิจและสังคมของประเทศอย่างมหาศาล ดังนั้นจึงมีความจำเป็นที่จะต้องหาวิธีการส่งเสริม สุขภาพที่ต่อเนื่องยั่งยืนสำหรับผู้ป่วยเบาหวานซึ่งการดูแลและการปฏิบัติตนของผู้ป่วยเบาหวานจะเข้ามามีบทบาทในการส่งเสริมสุขภาพด้วยตัวผู้ป่วยเองจึงจะทำให้เป็นการแก้ปัญหาที่ยั่งยืนด้วยตนเองได้ และในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่ต้องรักษาต่อเนื่องจึงได้ส่งตัวไปรักษาที่คลินิกหมอครอบครัว (Primary care cluster) ใกล้บ้านคลินิกหมอครอบครัว (Primary care cluster) หมายถึง การรวมกลุ่มหน่วยบริการปฐมภูมิให้เป็นเครือข่ายการดูแลประชาชนที่อยู่ในเขตรับผิดชอบร่วมกันเป็นการประจำต่อเนื่องด้วยทีมสหวิชาชีพ เพื่อเพิ่มคุณภาพให้มีมาตรฐานใกล้เคียงกันและให้มีการบริหารจัดการใช้ทรัพยากรร่วมกันในกลุ่มปฐมภูมิ นั้นๆ

โรงพยาบาลงาไกรลาสได้จัดตั้งคลินิกหมอครอบครัวหนองตูมเป็นอันดับแรกเมื่อปี 2563พบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานในคลินิกหมอครอบครัวหนองตูม อำเภองาไกรลาส จังหวัดสุโขทัย ในโปรแกรม HDC กลุ่ม รายงานมาตรฐานการป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อที่สำคัญ อัตราการป่วยด้วยโรคเบาหวาน ในปีงบประมาณ 2567 ข้อมูล ณ วันที่ 21 มกราคม 2567 มีจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวาน 964 คน ประกอบไปด้วยโรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบลบ้านประดู่เฒ่า จำนวน 143 คน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านน้ำเรื่อ 458 คนและ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองตูม 363 คน คิดเป็นร้อยละ 21.86 จากผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมดใน อำเภองาไกรลาส 4,410 คน ซึ่งมีจำนวนเพิ่มขึ้นจากปีงบประมาณที่ผ่านมานอกจากนี้ยังพบว่า มีแนวโน้ม อัตราการเกิดโรคแทรกซ้อนเฉียบพลันเพิ่มขึ้นอีกด้วยจากสภาพปัญหาดังกล่าวทำให้ผู้วิจัยจึงมีความสนใจ ศึกษาพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองของ ผู้ป่วยโรคเบาหวานในคลินิกหมอครอบครัวหนองตูมอำเภอ งาไกรลาสจังหวัดสุโขทัยเพื่อนำผลการศึกษามาเป็นแนวทางในการวางแผนช่วยเหลือผู้ป่วยเบาหวาน ให้มีพฤติกรรม การดูแลตนเองที่ถูกต้องซึ่งจะช่วยป้องกันหรือ

ชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานได้อย่างเหมาะสมและเพื่อเป็นการนำร่องการพัฒนาการให้ความรู้ในการปรับพฤติกรรมรายบุคคล เพื่อเป็น ต้นแบบให้กับพื้นที่อื่นในเขตความรับผิดชอบ ของอำเภอองไกรลาศ จังหวัดสุโขทัย

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานในคลินิกหมอครอบครัวหนองตุมอำเภอองไกรลาศ จังหวัดสุโขทัย
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานในคลินิกหมอครอบครัวหนองตุม อำเภอองไกรลาศ จังหวัดสุโขทัย

สมมติฐานการวิจัย

ปัจจัยส่วนบุคคลปัจจัยนำมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานในคลินิกหมอครอบครัวหนองตุม อำเภอองไกรลาศ จังหวัดสุโขทัย

วิธีการศึกษา (Method)

งานวิจัยนี้เป็นงานวิจัยเชิงพรรณนาเพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน และเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานในคลินิกหมอครอบครัวหนองตุม อำเภอองไกรลาศจังหวัดสุโขทัย พื้นที่ศึกษาคลินิกหมอครอบครัวหนองตุม(ตำบลประดู่เฒ่า, ตำบลบ้านน้ำเรียงและตำบลหนองตุม) อำเภอองไกรลาศ จังหวัดสุโขทัย เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามเป็นระยะเวลา 3 เดือน ตั้งแต่วันที่ 1 มิถุนายน 2567 ถึง 31 สิงหาคม 2567 เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามเป็นระยะเวลา 3 เดือน ตั้งแต่วันที่ 1 มิถุนายน 2567 ถึง 31 สิงหาคม 2567

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้คือผู้ป่วยโรคเบาหวานในเขตความรับผิดชอบของคลินิกหมอ ครอบครัวหนองตุม จำนวน 964 คน (ข้อมูลจากโปรแกรม HDC กลุ่มรายงานมาตรฐาน การป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อที่สำคัญ อัตราการป่วยด้วยโรคเบาหวาน ณ วันที่ 21 มกราคม 2567)

กลุ่มตัวอย่าง

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 283 คน จากผู้ป่วยโรคเบาหวานในเขตความรับผิดชอบของคลินิกหมอครอบครัวหนองตูม จำนวน 964 คนจำนวนของกลุ่มตัวอย่างคำนวณจากจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวาน ในเขตความรับผิดชอบของคลินิกหมอครอบครัวหนองตูมโดยใช้สูตร

$$\text{Yamane } n = \frac{N}{1 + Ne^2}$$

ได้ขนาดของกลุ่ม ตัวอย่างจำนวน 283 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการดำเนินการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น(Stratified random sampling) แล้วคัดเลือกแต่ละชั้นตามสัดส่วนของเขตความรับผิดชอบคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) โดยผ่าน

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria)

1. ผู้ป่วยโรคเบาหวานอายุ 20 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป
2. รักษาคลินิกครอบครัวหนองตูม อำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดสุโขทัยตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป
3. มีความรู้สึกตัวดี สามารถสื่อสารได้ดี
4. ไม่อยู่ในภาวะที่มีความเจ็บปวด ความทุกข์ทรมาน หรือมีอาการของโรคที่เป็นอุปสรรคต่อการตอบแบบสอบถาม
5. ยินดีที่จะให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

1. ไม่สามารถให้ข้อมูลได้ครบถ้วน
2. มีภาวะน้ำตาลต่ำ กว่า 60 mg% หรือน้ำตาลในเลือดมากกว่า 350 mg%
3. มีอาการและอาการแสดงภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันของโรคเบาหวาน เช่น ปวดมึน ศีรษะ ง่วงซึมลงและไม่สามารถให้ข้อมูลได้
4. ไม่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัย

การพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ได้รับการพิจารณาและรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย โครงการเลขที่ 38/2024 เอกสารรับรองโครงการวิจัยเลขที่ IRB No 45/2024 ลงวันที่ 16 พฤษภาคม 2567สิ้นสุดการรับรอง วันที่ 15 พฤษภาคม 2568 วิธีทบทวนแบบเร่งรัด (Expedited review)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถาม โดยแบ่งเป็น 3 ส่วนได้แก่ ส่วนที่1 แบบสอบถามปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยจำนวน 10 ข้อ ส่วนที่2 ปัจจัยนำจำนวน 20 ข้อใช้โครงสร้างแบบเลือกตอบแบบถูก-ผิด (True False) ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน 4 ด้านคือ1.ด้านการควบคุมอาหาร2.ด้านการออกกำลังกาย 3. ด้านการใช้ยา 4. ด้านการดูแลสุขภาพ ด้านละ 8 ข้อรวม 32 ข้อ แบบลิเคิร์ตสเกล (Likert Scale) แบ่งเป็น 5 ระดับ โดยแบบสอบถามนี้ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวน เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยแบบสอบถามผ่านการทดสอบคุณภาพ ดังนี้

3.1 ทดสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ผ่านการตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน และคำนวณค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างเครื่องมือ กับวัตถุประสงค์ (IOC) ได้ เท่ากับ 0.98 ได้ปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำและนำไปทดลองใช้

3.2 ทดสอบความเชื่อมั่น (Reliability test) โดยนำไปทดลองใช้กับกลุ่มประชากรที่มีคุณสมบัติ ใกล้เคียงกันกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาจำนวน 30 คน ทดสอบความเชื่อมั่นโดยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์ สหสัมพันธ์ แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นแบบสอบถามส่วนที่ 1 เท่ากับ 0.81 แบบสอบถามส่วนที่ 2 เท่ากับ 0.79 แบบสอบถามส่วนที่ 3 เท่ากับ 0.88

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

4.1 ข้อมูลส่วนบุคคล ปัจจัยนำ พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน 4 ด้านใช้สถิติบรรยายได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

4.2 วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล(อายุ น้ำหนัก รายได้ ระยะเวลาที่เป็นเบาหวาน (HbA1C) ปัจจัยนำกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ของผู้ป่วยโรคเบาหวานโดยใช้สถิติ สเปียร์แมน (Spearman Rank Correlation)

4.3 วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล (เพศ สถานภาพสมรส อาชีพ สถิตินิคมรักษาพยาบาลระดับการศึกษา)กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรค เบาหวาน โดยใช้ สถิติไคสแควร์ (Chi square test)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองภายหลังได้รับอนุมัติการพิจารณาจริยธรรมจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

สุโขทัย และมีขั้นตอนในการดำเนินการดังนี้ 1) ทำหนังสือถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลกับผู้ป่วยโรคเบาหวานในเขตความรับผิดชอบของคลินิกหมอครอบครัวหนองตูม อำเภอกงไกรลาศ จังหวัดสุโขทัยรวมจำนวน 283 คน 2) เข้าพบผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามและกรอกข้อมูลในหนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยก่อนทำแบบสอบถาม 3) ให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานตอบแบบสอบถาม หากไม่สะดวกในการอ่านแบบสอบถาม ผู้วิจัยจะช่วยอ่านแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามแต่ละข้อ แล้วตรวจสอบข้อมูลให้ถูกต้องครบถ้วน รวบรวมข้อมูลแบบสอบถามจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 283 ราย 4) ผู้วิจัยบันทึกข้อมูลลงในโปรแกรม Microsoft Excel ก่อนจะส่งต่อข้อมูล (Export data) ไปวิเคราะห์ทางสถิติต่อไป 5) วิเคราะห์ข้อมูลตามวัตถุประสงค์การวิจัย 6) สรุปผลการวิจัยตามสมมติฐานการวิจัย 7) เขียนรายงานการวิจัยฉบับสมบูรณ์

ผลการศึกษา (Results)

1. ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคเบาหวานในคลินิกหมอครอบครัวหนองตูมอำเภอกงไกรลาศ จังหวัดสุโขทัยพบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 70.3 เพศชายร้อยละ 29.7 อายุส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 61-70 ปี ร้อยละ 37.5 รองลงมาอยู่ในช่วงอายุ 51-60 ปี ร้อยละ 26.5 อายุพบน้อยสุด อยู่ในช่วงกลุ่มอายุ 31-40 ปี และ 81-90 เท่ากัน ร้อยละ 2.1 มีอายุเฉลี่ย 63.3 ปี (SD=10.2) อายุน้อยสุด 37 ปี อายุมากที่สุด 90 ปี น้ำหนักส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 51-70 กิโลกรัม ร้อยละ 64 รองลงมาอยู่ในช่วง 71-90 กิโลกรัม ร้อยละ 18.4 น้ำหนักช่วงที่พบน้อยสุดอยู่ในช่วง 111-130 กิโลกรัม ร้อยละ .4 น้ำหนักเฉลี่ย 62.4 กิโลกรัม (SD=11.3) น้ำหนักน้อยสุด 35 กิโลกรัม น้ำหนักมากที่สุด 130 กิโลกรัม สถานภาพสมรสส่วนใหญ่สมรส ร้อยละ 66.8 หม้าย ร้อยละ 26.5 และพบสถานภาพน้อยสุดคือ โสด ร้อยละ 6.7 อาชีพส่วนใหญ่ทำนาร้อยละ 41 รองลงมาไม่ได้ทำงาน ร้อยละ 26.5 อาชีพ พบน้อยสุดพนักงานเอกชน ร้อยละ 7 สิทธิการรักษาพยาบาลส่วนใหญ่สิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 95.1 รองลงมาสิทธิประกันสังคม ร้อยละ 1.4 น้อยสุดสิทธิต่างด้าว ร้อยละ .4 รายได้ต่อเดือนส่วนใหญ่น้อยกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 73.9 รองลงมา มีรายได้ 5,001-10,000 บาท ร้อยละ 20.1 มีรายได้มากกว่า 15,000 น้อยสุด ร้อยละ 2.1 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ประถมศึกษา ร้อยละ 63.3 รองลงมาต่ำกว่าประถมศึกษา ร้อยละ 23.7 ระดับการศึกษานุปริญญา น้อยสุด ร้อยละ .7 ส่วนใหญ่ระยะเวลาเป็นเบาหวานน้อยกว่า 5 ปี ร้อยละ 37.8 รองลงมาเป็นเบาหวานอยู่ในช่วง 10-14 ปี ร้อยละ 24 เป็นเบาหวานพบน้อยสุดอยู่ในช่วง 25-29 ปี ร้อยละ .4 ระยะเวลาเป็นเบาหวานเฉลี่ย 8.5 ปี ระยะเวลาเป็นเบาหวานน้อยสุด 3 เดือน ระยะเวลาเป็นเบาหวานมากที่สุด 74 ปี ระดับน้ำตาลสะสมในเลือดส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 5.1-7 ร้อย

ละ 48.4 รองลงมาอยู่ในช่วง 7.1-9 ร้อยละ 44.5 ระดับน้ำตาลสะสมในเลือดพบน้อยสุดอยู่ในช่วง 13.1-15 และมากกว่า 15 เท่ากันร้อยละ .4 ระดับน้ำตาลสะสมในเลือดเฉลี่ย 7.2 น้อยสุด 4.8 มากสุด 15.9

2. ปัจจัยนำด้านการรับรู้เรื่องโรคเบาหวานของผู้ป่วยโรคเบาหวานในคลินิกหออัครบวรหนองตุม อำเภอกงไกรลาศ จังหวัดสุโขทัย (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ และระดับการรับรู้เรื่องโรคเบาหวานจำแนกตามปัจจัยนำ (n= 283)

ระดับการรับรู้เรื่องโรคเบาหวาน		จำนวน	ร้อยละ
ระดับน้อย	(คะแนนเฉลี่ย 0 - 6.66)	0	0
ระดับปานกลาง	(คะแนนเฉลี่ย 6.67 - 13.32)	41	14.5
ระดับมาก	(คะแนนเฉลี่ย 13.34 - 20)	242	85.5

จากตารางที่ 1 พบว่าผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่มีระดับการรับรู้เรื่องโรคเบาหวานอยู่ในระดับมากจำนวน 242 คนร้อยละ 85.5 รองลงมาระดับการรับรู้เรื่องโรคเบาหวานอยู่ในระดับปานกลางจำนวน 41 คนร้อยละ 14.5 ไม่มีผู้ป่วยเบาหวานรับรู้เรื่องโรคเบาหวานในระดับน้อย

3. พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานของผู้ป่วยโรคเบาหวานในคลินิกหออัครบวรหนองตุม อำเภอกงไกรลาศ จังหวัดสุโขทัย (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน (n=283)

พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน	ค่าเฉลี่ย ($\bar{x}$)	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน(SD)	ระดับพฤติกรรม
ด้านการควบคุมอาหาร	2.71	.52	ปานกลาง
ด้านการออกกำลังกาย	3	.79	ปานกลาง
ด้านการใช้ยา	4.77	.33	มาก
ด้านการดูแลสุขภาพ	4.44	.56	มาก
โดยรวม	3.73	.35	มาก

จากตารางที่ 2 พบว่าพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานโดยรวมอยู่ในระดับมาก(ค่าเฉลี่ย 3.73 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน.35) พิจารณารายด้าน พบว่าด้านยาและการดูแลสุขภาพอยู่ในระดับมาก(ค่าเฉลี่ย4.77ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน..33)รองลงมาด้านการดูแลสุขภาพอยู่ในระดับมาก(ค่าเฉลี่ย 4.44 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน.56) มีพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการควบคุมอาหาร ด้านการออกกำลังกาย อยู่ในระดับปานกลางและด้านการควบคุมอาหารมีค่าเฉลี่ยน้อยกว่าด้านอื่น (ค่าเฉลี่ย 2.71 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน.52)

4. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลปัจจัยนำกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวานในคลินิกหมอครอบครัวหนองตูม อำเภอกงไกรลาศ จังหวัดสุโขทัย (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลปัจจัยนำกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน (n=283)

ปัจจัย	rs	p-value
ปัจจัยส่วนบุคคล		
อายุ	-.128*	.032
น้ำหนัก	.049	.410
รายได้	.026	.663
ระยะเวลาที่เป็นเบาหวาน	-.079	.186
HbA1C	-.080	.181
ปัจจัยนำ	.073	.221

มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 *

จากตารางที่ 3 พบว่าปัจจัยส่วนบุคคลคืออายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ($rs = -.128^*$, $p = .032$) นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนน้ำหนัก รายได้ ระยะเวลาที่เป็นเบาหวาน HbA1C และปัจจัยนำไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน (n=283)

ปัจจัย	χ^2	p-value
ปัจจัยส่วนบุคคล		
เพศ	.161	.922
สถานภาพสมรส	2.390	.663
อาชีพ	16.162	.184
สิทธิการรักษาพยาบาล	7.065	.854
ระดับการศึกษาสูงสุด	9.216	.684

จากตารางที่ 4 พบว่าปัจจัยส่วนบุคคลคือเพศ สถานภาพสมรส อาชีพ สหಿತาคารักษาพยาบาล ระดับการศึกษาสูงสุด ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

อภิปรายผล(Discussion)

1. พฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวานโดยรวมพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรม การดูแลตนเองอยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 3.73ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน.35) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าด้านยามีค่าเฉลี่ยมากที่สุดอยู่ในระดับมาก(ค่าเฉลี่ย 4.47ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน.33) รองลงมาด้านการดูแลสุขภาพอยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 4.44 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน.56) อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่รักษาที่ในคลินิกหมอครอบครัว หนองตูม อำเภอกงไกรลาศ จังหวัดสุโขทัย มีแพทย์ พยาบาล ร่วมกับเภสัชกร ได้มีการจัดการวางแผนให้ความรู้และคำแนะนำอย่างเป็นระบบในเรื่องความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับเบาหวาน การดูแลตนเองเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยา การดูแลสุขภาพตนเอง ให้ความรู้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ทั้งรายกลุ่มและรายบุคคลที่มีปัญหาแต่ละด้าน โดยติดตามผลลัพธ์จากผล HbA1Cอย่างต่อเนื่องทุกปี พบว่าHbA1C เฉลี่ย 7.2 กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง ด้านการควบคุมอาหาร ด้านการออกกำลังกาย อยู่ในระดับปานกลาง และด้านการควบคุมอาหาร มีค่าเฉลี่ยที่น้อยกว่าด้านอื่น (ค่าเฉลี่ย 2.71 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน.52) อาจเนื่องจากส่วนใหญ่มีอาชีพทำนาร้อยละ41 ซึ่งเป็นอาชีพที่ต้องใช้แรงงานทำให้ไม่ได้คุมอาหารประเภทแป้งเช่นข้าวสวยข้าวเหนียว เพื่อให้สามารถทำงานได้ สอดคล้องกับดวงรัตน์ หาญพุมและคณะ(2566) ศึกษาพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลด่านช้างพบว่าพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก (Mean = 4.03, SD =0.41) เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยรายด้านพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองด้านการรับประทานยามีค่าเฉลี่ยมากที่สุด (Mean = 4.48, SD = 1.05) รองลงมาคือด้านการดูแลรักษาต่อเนื่อง (Mean = 4.39, SD = 0.86)และด้านการจัดการกับความเครียด (Mean = 4.06, SD = 1.00) ตามลำดับ

2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานพบว่าปัจจัยส่วนบุคคลคืออายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ($r_s=-.128$, $p=.032$) นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีอายุน้อยมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองดีกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่อายุมากกว่า อาจเกิดจากอายุที่มากขึ้นมีความถดถอยในเรื่องความจำ และต้องการการพึ่งพิงมากขึ้น ซึ่งไม่สอดคล้องกับสาคร นันทโกวัฒน์และ นิลภา จิระรัตนวรรณ(2568) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบลบ้านบางอ้อ อำเภอ บ้านนา จังหวัดนครนายกผลการศึกษา พบว่าอายุ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง ของผู้ป่วย

โรคเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .369, p < .01$) กลุ่มตัวอย่างมีปัจจัยส่วนบุคคลด้านน้ำหนัก รายได้ ระยะเวลาที่เป็นเบาหวาน HbA1C เพศ สถานภาพสมรส อาชีพ สหিতค่ารักษาพยาบาลระดับการศึกษา สูงสุดและปัจจัยนำด้านความรู้ของโรคไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วย โรคเบาหวาน สอดคล้องกับ วีระศักดิ์ ดำรงพงษ์ (2565) ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย เบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลไทรงาม จังหวัดกาแพงเพชร พบว่าความรู้เรื่องโรคเบาหวาน ไม่มีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 สำหรับการรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวาน การรับรู้ โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน การรับรู้การดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ความสามารถ ของตนเองในการดูแลสุขภาพ การเข้าถึงบริการทางสุขภาพ การสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัว การสนับสนุน จากเพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงาน การสนับสนุนจากผู้ป่วยเบาหวานด้วยกัน และ การสนับสนุนจากบุคลากรด้าน สาธารณสุข ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน(r) เท่ากับ 0.678 , 0.702, 0.216, 0.126, 0.943, 0.866, 0.963, 0.921 และ 0.882 ตามลำดับ มีความสัมพันธ์ กับ พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในทิศทางบวก ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 แต่แตกต่างกับวิชญ์ เณลินนท์(2558) ปัจจัยที่มีผลต่อ พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในคลินิกเบาหวาน สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรชนาฉะบือราชนิ ต่าบลโคกสูง อำเภอดอนนาณคม จังหวัดลพบุรี พบว่า ความรู้เรื่องโรคเบาหวานมี ความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน

บทสรุป

ผลการวิจัยพบว่ามีปัจจัยส่วนบุคคลคืออายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ของผู้ป่วยโรคเบาหวาน เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ส่วนปัจจัยส่วนบุคคลเพศสถานภาพสมรส อาชีพ สหิตค่า รักษาพยาบาล รายได้ ระดับการศึกษาสูงสุด HbA1C ระยะเวลาที่เป็นเบาหวาน และปัจจัยนำไม่มีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวานในคลินิกหมอครอบครัวหนองตูม อำเภอกงไกรลาศ จังหวัด สุโขทัย ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย

ข้อเสนอแนะ

1. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานยิ่งมีอายุมากขึ้นพฤติกรรมการดูแล สุขภาพ ตนเองไม่ดีจึงควรหาวิธีส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ
2. ปัจจัยนำที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน เรื่องความรู้ด้านตัวโรคไม่เพียงพอในการ พยากรณ์พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน อาจศึกษาปัจจัยในด้านอื่นๆที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ

ขอผู้ป่วยเบาหวาน เช่นความตระหนักถึงความรุนแรงของโรค ความเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อน การสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัว การสนับสนุนจากผู้ป่วยเบาหวานด้วยกัน ความสะดวกในการเข้ารับบริการ การความพึงพอใจในการมารับบริการ เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงสาธารณสุข สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ. (2562). คู่มือแนวทางการจัดตั้ง หน่วยบริการปฐมภูมิ และเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.
- ขวัญฤทัย พันธุ์จันทร์ฉาย มณีวงศ์.ปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็น เบาหวานชนิดที่ 2 ในภาคกลาง. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมาปีที่ 22 ฉบับที่ 1 มกราคม-มิถุนายน 2559 หน้า93-107.
- เจษฎากร โนอินทร์และคณะ.พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ในเขตพื้นที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพลายชุมพล อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก.รายงานสืบเนื่องการ ประชุมสัมมนาวิชาการ (Proceedings)การนำเสนอผลงานวิจัยระดับชาติ เครือข่ายบัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏภาคเหนือ ครั้งที่ 17.
- ดวงรัตน์ หาญพุ่ม และคณะศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลด่านช้าง. วารสารสุขภาพและการพยาบาล มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี ปี ที่ 2 ฉบับที่ 2กรกฎาคม-ธันวาคม 2566 หน้า 127-138
- ดวงพร กตัญญูตานนท์ และคณะ.พฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง สถานีอนามัยแห่งหนึ่ง ในตำบลบางเมือง จังหวัดสมุทรปราการ.สมาคม สถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งประเทศไทยในพระราชูปถัมภ์ สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารีปีที่ 6 ฉบับที่ 2 เดือน กรกฎาคม-ธันวาคม 2560 หน้า 53-62.
- พรทิพย์ สมตัวและคณะ.ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2.วารสารพยาบาลสาธารณสุข.ปีที่ 30 ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน 2559.หน้า11-12.
- ฤทธิรงค์บุรพันธ์,นิรมล เมืองโสม.ปัจจัยที่มีผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ของ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลสร้างคอม จังหวัดอุดรธานี.วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.ปีที่ 6 ฉบับที่ 3 เดือนกรกฎาคม-กันยายน 2556 หน้า102-109.
- ลดาวลัย ทวดอาจ.พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่รักษาไว้ในโรงพยาบาล บริบือ.วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม.ปีที่ 7 ฉบับที่ 2 สิงหาคม -ตุลาคม 2553 หน้า 36-46.

- วิชัญ เณลินนท์.ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ใน คลินิกเบาหวาน สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี ตำบลโคกสูง อำเภอพัฒนานิคม จังหวัดลพบุรี. วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย.ปีที่ 5 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม-สิงหาคม 2558 หน้า 137-144.
- วีระศักดิ์ ดำรงพงษ์.ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลไทรงาม จังหวัดกำแพงเพชร.วารสารโรคและภัยสุขภาพสำนักงานป้องกันควบคุมโรค ที่ 3 จังหวัดนครสวรรค์.ปีที่ 16 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม-สิงหาคม 2565 หน้า51-63.
- วรวรรณ คาหล้า, ยุวรัตน์ สุขเย็น, ชลิตา เดือนฉาย และราตรี โพธิ์ระวัช.พฤติกรรมการดูแล สุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ตำบลนครชุม อำเภอเมือง จังหวัดกำแพงเพชร.รายงาน สืบเนื่องจากการประชุมวิชาการระดับชาติ ครั้งที่ 4 สถาบันวิจัย มหาวิทยาลัยราชภัฏกำแพงเพชร 2560 หน้า 1098-1105.
- ศุภรัฐ พูนกล้า,สุขสิน เอกา.ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย โรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในชุมชน.ราชวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์.ปีที่ 9 ฉบับ ที่ 1 มกราคม – มิถุนายน 2562 หน้า30-45.
- สถาพร บัวระพา.การรับรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน อำเภอนาแห้ว จังหวัดเลย.วารสารโรคและภัยสุขภาพ สำนักงานป้องกันและควบคุมโรคที่ 3 จังหวัดนครสวรรค์ ฉบับที่1ตุลาคม 2559-มกราคม 2560 หน้า 33-44.
- สุปรียา เสี่ยงดัง.พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาล ในเลือดไม่ได้. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ปีที่ 4 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2560 หน้า 191-204.
- สำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. ทีมหมอครอบครัว (Family Care Team). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด, 2557.
- สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ กระทรวงสาธารณสุข. (2566). คู่มือคุณภาพมาตรฐาน บริการสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ.2566.สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. กรุงเทพฯ:
- สาคร นันทโกวัฒน์และ นิลภา จิระรัตนวรรณ(2568)ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบลบ้านบางอ้อ อำเภอบ้านนาจังหวัดนครนายก วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชนปีที่ 10 ฉบับที่ 1 มกราคม – กุมภาพันธ์ 2568 หน้า575-586

อภิญญา บ้านกลางและคณะ.ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ใน เขตรับผิดชอบ
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลศิลา อำเภอมือง จังหวัดขอนแก่น.วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรค
ที่ 7 จังหวัดขอนแก่น.ปีที่ 23 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2559 หน้า 85-95.

อมรรัตน์ ภิรมย์ชมและคณะ.ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย โรคเบาหวานชนิดที่ 2 ใน
อำเภอหนองบัวระเหว จังหวัดชัยภูมิ.วารสารสำนักงานป้องกันควบคุม โรคที่ 6 ขอนแก่นปีที่ 19 ฉบับที่ 1
ตุลาคม 2554 - มีนาคม 2555 หน้า 1-10.

อัจฉราวดี ศรียะศักดิ์และคณะ.การพัฒนาคำรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อจัดการสุขภาพผู้สูงอายุที่มี ภาวะเบาหวาน
และความดันโลหิตสูงในบริบทคลินิกหมอครอบครัว: กรณีศึกษาในจังหวัด เพชรบุรี.วารสารวิจัยระบบ
สาธารณสุข.ปีที่15 ฉบับที่2 เมษายน-มิถุนายน 2564 หน้า 155-173.

American Diabetes Association (2017).Standards of Medical Care in Diabetes2017.Diabetes Care,
40(Suppl 1), S1-S138.



การพัฒนารูปแบบการบริหารเชิงกลยุทธ์เพื่อพัฒนาคุณภาพบริการ ของโรงพยาบาลสวรรคโลก จังหวัดสุโขทัย

เอกมล วิฑูรอนันต์¹, วรรณณีย์ บุญมั่น²

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสภาพปัจจุบัน ปัญหา และแนวทางการบริหารเชิงกลยุทธ์ เพื่อพัฒนาและตรวจสอบคุณภาพรูปแบบการบริหารเชิงกลยุทธ์ เพื่อทดลองใช้รูปแบบ และเพื่อประเมินผลการใช้รูปแบบการบริหารเชิงกลยุทธ์เพื่อพัฒนาคุณภาพบริการของโรงพยาบาลสวรรคโลก จังหวัดสุโขทัย การวิจัยเป็นการวิจัยและพัฒนาที่ดำเนินการ 4 ขั้นตอน ได้แก่ การศึกษาสภาพปัจจุบัน ปัญหา และแนวทาง การพัฒนาและตรวจสอบคุณภาพรูปแบบ การทดลองใช้รูปแบบ และการประเมินผลการใช้รูปแบบ ประชากรคือบุคลากรโรงพยาบาลสวรรคโลก จำนวน 331 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการศึกษาเอกสาร การสัมภาษณ์ การสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ และแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา สถิติเชิงพรรณนา และสถิติ t-test independent

ผลการวิจัยพบว่า สภาพปัจจุบันของการบริหารเชิงกลยุทธ์โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก โดยการกำหนดทิศทางองค์กรมีค่าเฉลี่ยสูงสุด ส่วนปัญหาโดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยการนำกลยุทธ์ไปปฏิบัติมีปัญหามากที่สุด รูปแบบที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 2 องค์ประกอบหลัก คือ กระบวนการบริหารเชิงกลยุทธ์ 6 ด้าน และปัจจัยเอื้อและสนับสนุน 5 ด้าน ผลการตรวจสอบคุณภาพโดยผู้เชี่ยวชาญพบว่ารูปแบบมีคุณภาพอยู่ในระดับมากที่สุด โดยความเหมาะสมมีค่าเฉลี่ยสูงสุด ผลการทดลองใช้รูปแบบพบว่าความพึงพอใจของผู้รับบริการหลังใช้รูปแบบสูงกว่าก่อนใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยด้านการตอบสนองมีความพึงพอใจเพิ่มขึ้นมากที่สุด ผลการประเมินคุณภาพรูปแบบตามมาตรฐานพบว่าโดยภาพรวมมีคุณภาพอยู่ในระดับมากที่สุด โดยความเป็นประโยชน์มีค่าเฉลี่ยสูงสุด และบุคลากรมีความพึงพอใจต่อรูปแบบอยู่ในระดับมาก โดยเฉพาะด้านความสามารถนำไปใช้ประโยชน์

ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่ารูปแบบการบริหารเชิงกลยุทธ์ที่พัฒนาขึ้นมีความเหมาะสม มีคุณภาพตามมาตรฐาน และมีประสิทธิผลในการพัฒนาคุณภาพบริการของโรงพยาบาล สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพบริการของโรงพยาบาลอื่นๆ ได้

คำสำคัญ: การบริหารเชิงกลยุทธ์, คุณภาพบริการ, โรงพยาบาลทั่วไป, การพัฒนารูปแบบ, ความพึงพอใจของผู้รับบริการ

¹ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ กลุ่มงานประกันสุขภาพยุทธศาสตร์ โรงพยาบาลสวรรคโลก จังหวัดสุโขทัย

² นักสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย

Development of Strategic Management Model for Service Quality Improvement at Sawankhalok Hospital, Sukhothai Province.

Ekamon Witurona¹, Thassanee Bunman²

ABSTRACT

This research aimed to study the current situation, problems, and approaches of strategic management, to develop and validate the quality of a strategic management model, to pilot the model, and to evaluate the effectiveness of the strategic management model for service quality improvement at Sawankhalok Hospital, Sukhothai Province. The research employed a research and development methodology conducted in four phases: studying the current situation, problems, and approaches; developing and validating the model quality; piloting the model; and evaluating the model implementation. The population consisted of 331 personnel at Sawankhalok Hospital. Data were collected through documentary study, interviews, expert connoisseurship, and questionnaires. Data were analyzed using content analysis, descriptive statistics, and independent t-test.

The research findings revealed that the current state of strategic management was at a high level overall, with organizational direction setting having the highest mean score. Problems were at a moderate level overall, with strategy implementation having the most issues. The developed model comprised two main components: a six-dimension strategic management process and five enabling and supporting factors. Expert validation indicated that the model quality was at the highest level, with appropriateness having the highest mean score. The pilot results showed that service users' satisfaction after model implementation was significantly higher than before implementation at the 0.05 level, with responsiveness showing the greatest increase in satisfaction. The evaluation of model quality according to standards indicated an overall quality at the highest level, with utility having the highest mean score. Personnel expressed high satisfaction with the model, particularly regarding its practical applicability.

¹Public Health Technical Officer (Professional Level), Health Insurance and Strategy Division, Sawankhalok Hospital, Sukhothai Province

²Public health officer (PROFESSIONAL Level) Sukhothai Provincial Health Office

The research findings demonstrated that the developed strategic management model was appropriate, met quality standards, and was effective in improving hospital service quality. The model can be adopted as a guideline for service quality development in other hospitals.

Keywords: Strategic Management, Service Quality, General Hospital, Model Development, Service User Satisfaction

บทนำ

ในยุคปัจจุบัน การเปลี่ยนแปลงทางด้านเทคโนโลยีและสังคมส่งผลให้ผู้รับบริการมีความต้องการในการได้รับบริการสุขภาพที่มีคุณภาพสูงขึ้น (Porter & Lee, 2023) การพัฒนาคุณภาพการให้บริการจึงเป็นปัจจัยสำคัญในการสร้างความพึงพอใจให้แก่ผู้ป่วย ซึ่งเป็นพื้นฐานในการสร้างความไว้วางใจและความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างโรงพยาบาลและผู้ป่วย (Anderson et al., 2023) จากการศึกษาของ Johnson et al. (2023) พบว่าคุณภาพการบริการมีความสัมพันธ์โดยตรงกับความสามารถในการแข่งขันของโรงพยาบาล โดยเฉพาะในสภาวะแวดล้อมที่มีการแข่งขันสูง การพัฒนารูปแบบการบริหารเชิงกลยุทธ์จึงเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่งที่จะช่วยให้โรงพยาบาลมีทิศทางการดำเนินงานที่ชัดเจน สามารถจัดสรรทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ และสามารถตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงทางด้านการบริการและเทคโนโลยีได้อย่างเหมาะสม (Thompson & Strickland, 2023) นโยบายของรัฐบาลที่มุ่งเน้นการพัฒนาคุณภาพการให้บริการด้านสาธารณสุข (กระทรวงสาธารณสุข, 2565) ยังเป็นอีกหนึ่งปัจจัยที่ผลักดันให้โรงพยาบาลต้องพัฒนาตนเองให้สอดคล้องกับทิศทางและเป้าหมายของประเทศ สอดคล้องกับแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) ที่มุ่งเน้นพัฒนาระบบบริการที่มีคุณภาพและมาตรฐาน (สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2566) การพัฒนารูปแบบการบริหารเชิงกลยุทธ์ที่ดีจึงเป็นส่วนสำคัญที่จะช่วยสนับสนุนให้โรงพยาบาลดำเนินงานตามนโยบายรัฐได้อย่างมีประสิทธิภาพ และสามารถจัดการทรัพยากรที่มีจำกัดได้อย่างคุ้มค่า (Wheelen et al., 2022) จากการศึกษาของ Wilson et al. (2023) พบว่าปัญหาคุณภาพการให้บริการในโรงพยาบาลส่วนใหญ่เกิดจากความไม่พึงพอใจของผู้รับบริการ โดยเฉพาะในประเด็นการรอคอยที่ยาวนาน การสื่อสารระหว่างบุคลากรและผู้ป่วยที่ไม่มีประสิทธิภาพ รวมถึงการให้บริการที่ไม่สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วย สอดคล้องกับผลการสำรวจความพึงพอใจของผู้รับบริการในโรงพยาบาลของรัฐ (สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล, 2566) นอกจากนี้ การศึกษาของ Brown and Davis (2023) ยังพบว่าโรงพยาบาลหลายแห่งขาดการวางแผนเชิงกลยุทธ์ที่มีประสิทธิภาพ ส่งผลให้การบริหารจัดการขาดทิศทางที่ชัดเจน และไม่สามารถจัดการทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัดได้อย่างเหมาะสม

ความก้าวหน้าอย่างรวดเร็วของเทคโนโลยีและองค์ความรู้ทางการแพทย์เป็นความท้าทายสำคัญที่โรงพยาบาลต้องเผชิญ (Taylor et al., 2023) การศึกษาของ Miller and White (2023) ชี้ให้เห็นว่าการนำเทคโนโลยีมาใช้ที่เหมาะสมในสถานะที่ทรัพยากรจำกัดเป็นความท้าทายที่สำคัญของระบบสุขภาพ สอดคล้องกับรายงานของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (2565) ที่พบว่าโรงพยาบาลในประเทศไทยกำลังเผชิญกับความท้าทายในการบริหารจัดการเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่มีต้นทุนสูงภายใต้งบประมาณที่จำกัดปัจจุบันการเปลี่ยนแปลงของสภาพแวดล้อมภายนอกส่งผลกระทบต่อให้บริการของโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญ ทั้งด้านเศรษฐกิจที่ชะลอตัวส่งผลกระทบต่องบประมาณด้านสุขภาพ (สำนักงานเศรษฐกิจการคลัง, 2566) การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรเข้าสู่สังคมสูงวัยที่มีสัดส่วนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด (สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2565) การพัฒนาเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ก้าวกระโดดทำให้ต้นทุนการรักษาสูงขึ้น (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2565) และนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่เพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2566) นอกจากนี้ การระบาดของโรคโควิด-19 ยังส่งผลให้โรงพยาบาลต้องปรับเปลี่ยนรูปแบบการให้บริการและเพิ่มมาตรการป้องกันการติดเชื้อ สอดคล้องกับรายงานของ World Health Organization [WHO] (2023) และการศึกษาของ Smith et al. (2023) ที่พบว่าสถานการณ์โควิด-19 ทำให้ต้นทุนการบริการสุขภาพเพิ่มขึ้นเฉลี่ยร้อยละ 30-40

การบริหารเชิงกลยุทธ์จึงเป็นเครื่องมือสำคัญที่จะช่วยให้องค์กรสามารถวิเคราะห์สภาพแวดล้อม กำหนดทิศทาง และวางแผนการดำเนินงานได้อย่างเป็นระบบ สอดคล้องกับแนวคิดของ Wheelen et al. (2022) ที่กล่าวว่าการบริหารเชิงกลยุทธ์ช่วยให้องค์กรสามารถรับมือกับความท้าทายและพัฒนาคุณภาพบริการได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดย Thompson and Strickland (2023) ได้เสนอว่าการพัฒนารูปแบบการบริหารเชิงกลยุทธ์ที่เหมาะสมกับบริบทขององค์กรจะช่วยยกระดับความสามารถในการแข่งขัน ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Johnson et al. (2023) ที่พบว่าโรงพยาบาลที่ใช้การบริหารเชิงกลยุทธ์มีผลลัพธ์ด้านคุณภาพบริการดีกว่าโรงพยาบาลที่ไม่ได้ใช้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ Porter and Lee (2023) ยังเสนอว่าการบริหารเชิงกลยุทธ์เป็นปัจจัยสำคัญในการสร้างคุณค่าให้แก่ระบบบริการสุขภาพ

โรงพยาบาลสุวรคโลกเป็นโรงพยาบาลทั่วไปขนาด 120 เตียง ที่ให้บริการประชาชนในเขตอำเภอสุวรคโลกและพื้นที่ใกล้เคียง ครอบคลุมประชากรกว่า 150,000 คน มีภารกิจสำคัญในการให้บริการสุขภาพแบบองค์รวมตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุข ทั้งด้านการส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟูสุขภาพ (กระทรวงสาธารณสุข, 2565) จากการวิเคราะห์สถิติย้อนหลัง 3 ปี พบว่าจำนวนผู้มารับบริการผู้ป่วยนอกเพิ่มขึ้นจาก 185,426 ครั้งในปี 2564 เป็น 246,873 ครั้งในปี 2566 คิดเป็นอัตราเพิ่มเฉลี่ยร้อยละ 15 ต่อปี ในขณะที่

อัตรากำลังบุคลากรทางการแพทย์ยังต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนด โดยเฉพาะแพทย์เฉพาะทางที่มีเพียง ร้อยละ 65 ของกรอบอัตรากำลังที่ควรมี (งานเวชระเบียน โรงพยาบาลสวรรค์โลก, 2566) สอดคล้องกับการศึกษาของ วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และคณะ (2565) ที่พบว่าโรงพยาบาลทั่วไปส่วนใหญ่ประสบปัญหาการขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์ ส่งผลให้เกิดความแออัดในแผนกผู้ป่วยนอก ระยะเวลารอคอยเฉลี่ยนานถึง 180 นาทีต่อราย ซึ่งเกินมาตรฐานที่กำหนดไว้ไม่เกิน 120 นาที และพบข้อร้องเรียนด้านพฤติกรรมบริการเพิ่มขึ้นร้อยละ 25 จากปีที่ผ่านมา (ศูนย์พัฒนาคุณภาพ โรงพยาบาลสวรรค์โลก, 2566) ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาและพัฒนากระบวนการบริหารเชิงกลยุทธ์เพื่อพัฒนาคุณภาพบริการของโรงพยาบาลสวรรค์โลก โดยบูรณาการแนวคิดการพัฒนาคุณภาพของ Donabedian (2020) ที่เน้นการพัฒนาทั้งด้านโครงสร้าง กระบวนการ และผลลัพธ์ ร่วมกับหลักการบริหารเชิงกลยุทธ์ของ David and David (2023) ที่ประกอบด้วยการวิเคราะห์สภาพแวดล้อม การกำหนดกลยุทธ์ การนำกลยุทธ์ไปปฏิบัติ และการประเมินผล สอดคล้องกับการศึกษาของ Anderson et al. (2023) ที่พบว่าการผสมผสานแนวคิดการพัฒนาคุณภาพกับการบริหารเชิงกลยุทธ์ช่วยเพิ่มประสิทธิผลในการพัฒนาองค์กร เพื่อให้ได้แนวทางการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนาคุณภาพบริการได้อย่างเป็นรูปธรรม และเป็นต้นแบบให้แก่โรงพยาบาลอื่นๆ ในการพัฒนาคุณภาพบริการอย่างยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสภาพปัจจุบัน ปัญหา และแนวทางการบริหารเชิงกลยุทธ์ในการพัฒนาคุณภาพบริการของโรงพยาบาลสวรรค์โลก จังหวัดสุโขทัย
2. เพื่อพัฒนาและตรวจสอบคุณภาพของรูปแบบการบริหารเชิงกลยุทธ์เพื่อพัฒนาคุณภาพบริการของโรงพยาบาลสวรรค์โลก จังหวัดสุโขทัย
3. เพื่อทดลองใช้รูปแบบการบริหารเชิงกลยุทธ์เพื่อพัฒนาคุณภาพบริการของโรงพยาบาลสวรรค์โลก จังหวัดสุโขทัย
4. เพื่อประเมินผลการใช้รูปแบบการบริหารเชิงกลยุทธ์เพื่อพัฒนาคุณภาพบริการของโรงพยาบาลสวรรค์โลก จังหวัดสุโขทัย

ขอบเขตของการวิจัย

ขอบเขตด้านการศึกษา การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development)

ขอบเขตด้านพื้นที่ โรงพยาบาลสวรรค์โลก จังหวัดสุโขทัย

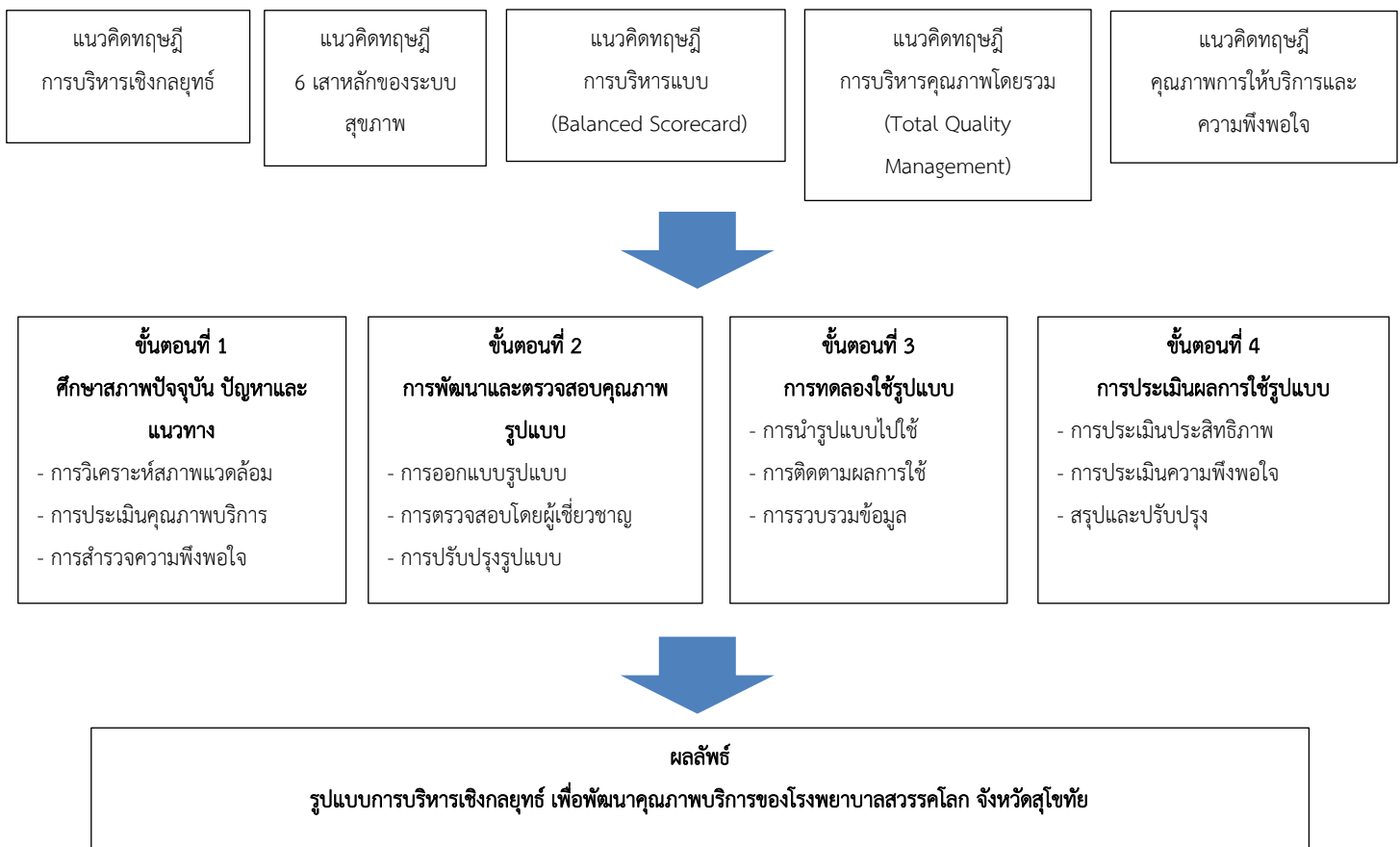
ขอบเขตด้านประชากร บุคลากรโรงพยาบาลสวรรคโลก ประกอบด้วย บุคลากรด้านการแพทย์และ
สาธารณสุข และเจ้าหน้าที่อื่นๆ จำนวน 331 คน

ขอบเขตด้านระยะเวลา

ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย มกราคม พ.ศ. 2568 ถึง พฤศจิกายน พ.ศ. 2568

ระยะเวลาในการเก็บข้อมูล มีนาคม พ.ศ. 2568 ถึง ตุลาคม พ.ศ. 2568

กรอบแนวคิดการวิจัย



วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) โดยมีขั้นตอนการดำเนินการวิจัย 4 ขั้นตอน

ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาสภาพปัจจุบัน ปัญหา และแนวทางการบริหารเชิงกลยุทธ์ เพื่อพัฒนาคุณภาพบริการของโรงพยาบาลสวรรคโลก จังหวัดสุโขทัย

การศึกษาสภาพ ปัญหา และแนวทางการบริหารเชิงกลยุทธ์เพื่อพัฒนาคุณภาพบริการของโรงพยาบาลสวรรคโลก จังหวัดสุโขทัย จากการศึกษาเอกสาร ซึ่งผลที่ได้จากการศึกษาจะได้ข้อมูลสภาพปัจจุบัน ปัญหา และแนวทางการบริหารเชิงกลยุทธ์ เพื่อพัฒนาคุณภาพบริการของโรงพยาบาลสวรรคโลก จังหวัดสุโขทัย

แหล่งข้อมูล

- 1) เอกสารสรุปผลการดำเนินงานเครือข่ายสุขภาพอำเภอสวรรคโลก ประจำปี 2565 – 2567
- 2) เอกสารแผนปฏิบัติงานด้านสาธารณสุข (Action Plan) เครือข่ายสุขภาพอำเภอสวรรคโลก ประจำปี 2565 – 2567
- 3) ผลการประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการในโรงพยาบาลสวรรคโลก ประจำปี 2565 – 2567
- 4) ผู้บริหารโรงพยาบาลสวรรคโลก ประกอบด้วย ผู้อำนวยการโรงพยาบาล, รองผู้อำนวยการโรงพยาบาล, ผู้ช่วยผู้อำนวยการโรงพยาบาล และหัวหน้ากลุ่มงานโรงพยาบาล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ตารางวิเคราะห์เนื้อหา ประกอบด้วย หลักการแนวคิด ปัญหาและเทคนิควิธีการในการบริหารเชิงกลยุทธ์ และแบบสัมภาษณ์ เกี่ยวกับปัญหา และแนวทางการบริหารเชิงกลยุทธ์

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ทำการเก็บรวบรวมข้อมูล จากเอกสารตามแหล่งข้อมูลเพื่อศึกษาสภาพ ปัญหาและแนวทางการบริหารเชิงกลยุทธ์ โดยใช้วิธีการวิเคราะห์เอกสาร (Documentary Analysis) และการสัมภาษณ์ผู้บริหารโรงพยาบาล

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยใช้การตรวจสอบความสอดคล้องของข้อมูลแบบสามเส้า (Triangulation) ทำการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) ด้วยวิธีการ Coding คำสัมภาษณ์ผสมผสานกับผลการศึกษาเอกสาร

ขั้นตอนที่ 2 การพัฒนา และตรวจสอบคุณภาพรูปแบบการบริหารเชิงกลยุทธ์ เพื่อพัฒนาคุณภาพบริการของโรงพยาบาลสวรรคโลก จังหวัดสุโขทัย แบ่งออกเป็น 2 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 2.1 การออกแบบและสร้างรูปแบบการบริหารเชิงกลยุทธ์ เพื่อพัฒนาคุณภาพบริการของโรงพยาบาลสวรรค์โลก จังหวัดสุโขทัย เป็นการออกแบบและสร้างรูปแบบการบริหารเชิงกลยุทธ์ เป็นการนำผลการสังเคราะห์แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องมาออกแบบ “รูปแบบการบริหารเชิงกลยุทธ์ เพื่อพัฒนาคุณภาพบริการของโรงพยาบาลสวรรค์โลก จังหวัดสุโขทัย” และนำผลของการศึกษาในขั้นตอนที่ 1 ผลการศึกษาสภาพปัจจุบัน ปัญหา และแนวทางการบริหารเชิงกลยุทธ์ เพื่อพัฒนาคุณภาพบริการของโรงพยาบาลสวรรค์โลก จังหวัดสุโขทัย จากการศึกษาเอกสาร และการสัมภาษณ์ผู้บริหารโรงพยาบาล มายกร่าง “รูปแบบการบริหารเชิงกลยุทธ์ เพื่อพัฒนาคุณภาพบริการของโรงพยาบาลสวรรค์โลก จังหวัดสุโขทัย” เพื่อเป็นร่างรูปแบบและคู่มือการใช้รูปแบบการบริหารเชิงกลยุทธ์

ขั้นตอนที่ 2.2 การตรวจสอบร่างรูปแบบและคู่มือการใช้รูปแบบการบริหารเชิงกลยุทธ์ เพื่อพัฒนาคุณภาพบริการของโรงพยาบาลสวรรค์โลก จังหวัดสุโขทัย เป็นการตรวจสอบร่างรูปแบบและคู่มือการใช้รูปแบบการบริหารเชิงกลยุทธ์ เพื่อพัฒนาคุณภาพบริการของโรงพยาบาลสวรรค์โลก จังหวัดสุโขทัย โดยการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ (Connoisseurship) จำนวน 6 คน ได้มาโดยการเลือกแบบเจาะจง ด้วยการกำหนดคุณสมบัติของผู้ทรงคุณวุฒิ เพื่อประเมินความถูกต้อง ครอบคลุม และความเหมาะสมของรูปแบบ และคู่มือการใช้รูปแบบการบริหารเชิงกลยุทธ์ เพื่อพัฒนาคุณภาพบริการของโรงพยาบาลสวรรค์โลก จังหวัดสุโขทัย เพื่อช่วยในการตรวจสอบคุณภาพรูปแบบและคู่มือการใช้รูปแบบการบริหารเชิงกลยุทธ์ เพื่อพัฒนาคุณภาพบริการของโรงพยาบาลสวรรค์โลก จังหวัดสุโขทัย ให้มีความถูกต้องครอบคลุมและความเหมาะสม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญด้านการบริหารเชิงกลยุทธ์โรงพยาบาล

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ให้ข้อมูลหลัก (Participants) จำนวนผู้ให้ข้อมูลหลักจะทำการเก็บข้อมูลจนข้อมูลอิ่มตัว จำนวน 6 คน โดยคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลหลักแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ดังนี้

- 1) ผู้บริหารที่มีความเชี่ยวชาญด้านการบริหารเชิงกลยุทธ์ และมีประสบการณ์ในการบริหาร จำนวน 3 คน
- 2) อาจารย์สถาบันอุดมศึกษาที่มีความเชี่ยวชาญด้านการบริหาร และการวิจัย จำนวน 1 คน
- 3) ผู้บริหารในสถานพยาบาลที่มีประสบการณ์ด้านการบริหาร จำนวน 2 คน

เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria)

- 1) ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการบริหารเชิงกลยุทธ์โรงพยาบาล อย่างน้อย 1 ปีขึ้นไป
- 2) ยินดีให้ข้อมูลด้วยความสมัครใจ

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

- 1) เกิดภาวะเจ็บป่วยจนไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้
- 2) เกิดความรู้สึกอึดอัดในระหว่างการเข้าร่วมการวิจัย
- 3) ถอนตัวระหว่างการสัมภาษณ์

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ร่างรูปแบบการบริหารเชิงกลยุทธ์ เพื่อพัฒนาคุณภาพบริการของโรงพยาบาลสวรรคโลก จังหวัดสุโขทัย ประเด็นในการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ และแบบประเมินความถูกต้องสอดคล้อง และความเหมาะสมของรูปแบบการบริหารเชิงกลยุทธ์ เพื่อพัฒนาคุณภาพบริการของโรงพยาบาลสวรรคโลก จังหวัดสุโขทัย เสนอผู้เชี่ยวชาญพิจารณา ตรวจสอบความถูกต้องเหมาะสม และการใช้ภาษา

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล โดยการจัดสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ (Connoisseurship) ของผู้เชี่ยวชาญ และแบบประเมินความถูกต้องสอดคล้อง และความเหมาะสมของรูปแบบการบริหารเชิงกลยุทธ์ เพื่อพัฒนาคุณภาพบริการของโรงพยาบาลสวรรคโลก จังหวัดสุโขทัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ผู้วิจัยนำผลที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ มาจัดกระทำกับข้อมูลและสรุปข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) และการวิเคราะห์สรุปอุปนัย (Analytic Induction) อีกทั้งนำข้อเสนอแนะต่างๆ ของผู้เชี่ยวชาญมาพิจารณาหาฉันทามติ (Consensus)
2. ผู้วิจัยนำผลของการประเมินร่างรูปแบบและคู่มือการใช้รูปแบบการบริหารเชิงกลยุทธ์ เพื่อพัฒนาคุณภาพบริการของโรงพยาบาลสวรรคโลก จังหวัดสุโขทัย ในประเด็นความถูกต้อง ครบคลุม และความเหมาะสม ที่ผู้เชี่ยวชาญได้ประเมิน โดยการวิเคราะห์ความถี่ ร้อยละ

ขั้นตอนที่ 3 การทดลองใช้รูปแบบการบริหารเชิงกลยุทธ์ เพื่อพัฒนาคุณภาพบริการของ โรงพยาบาลสวรรคโลก จังหวัดสุโขทัย

เป็นการทดลองใช้รูปแบบการบริหารเชิงกลยุทธ์ เพื่อพัฒนาคุณภาพบริการของโรงพยาบาลสวรรคโลก จังหวัดสุโขทัย ไปใช้ทดลองกับกลุ่มตัวอย่าง โดยมีการดำเนินการตามกระบวนการของรูปแบบฯ ดังนี้

1. ขั้นการเตรียมการ (Prepare) ได้แก่ 1.1) การกำหนดปฏิทิน 1.2) การจัดอบรมทักษะ
2. ขั้นการดำเนินการ ได้แก่ 2.1) การวางแผนกลยุทธ์ (Strategic Management) 2.2) การนำกลยุทธ์ไปปฏิบัติ (Strategic Implementation) 2.3) การควบคุมและประเมินกลยุทธ์ (Controlling and Evaluation)

ซึ่งผลการทดลองใช้รูปแบบการบริหารเชิงกลยุทธ์ เพื่อพัฒนาคุณภาพบริการของโรงพยาบาลสวรรคโลก จังหวัดสุโขทัย จำแนกเป็น 2 ประเด็น ดังนี้ 1) ผลการดำเนินการตามขั้นตอนและการสะท้อนการเรียนรู้หลังปฏิบัติ (After Action Review) ในประเด็นความรู้สึกรู้ใหม่ และแนวทางการพัฒนา (Gaps) 2) ผลความพึงพอใจในด้านคุณภาพบริการต่อผู้มารับบริการ ซึ่งเป็นผลที่เกิดจากการนำรูปแบบการบริหารเชิงกลยุทธ์ เพื่อพัฒนาคุณภาพบริการของโรงพยาบาลสวรรคโลก จังหวัดสุโขทัย สู่การปฏิบัติ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ บุคลากรโรงพยาบาลสวรรคโลก ประกอบด้วย บุคลากรด้านการแพทย์และสาธารณสุข และเจ้าหน้าที่อื่นๆ จำนวน 331 คน

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ กลุ่มใช้รูปแบบ ได้แก่ บุคลากรโรงพยาบาลสวรรคโลก จำนวน 30 คน กลุ่มใช้รูปแบบเดิม ได้แก่ บุคลากรโรงพยาบาลสวรรคโลก จำนวน 30 คน คัดเลือกแบบสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (Simple Random Sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ถูกใช้เป็นเครื่องมือที่ใช้วัดและประเมินผลจำแนกเป็น 2 ประเด็น คือ 1) ผลการดำเนินการตามขั้นตอนและการสะท้อนการเรียนรู้หลังปฏิบัติ (After Action Review) ในประเด็น ความรู้สึกรู้ใหม่ และแนวทางการพัฒนา (Gaps) และ 2) ผลความพึงพอใจในด้านคุณภาพบริการต่อผู้มารับบริการ ซึ่งเป็นผลที่เกิดจากการนำรูปแบบการบริหารเชิงกลยุทธ์ เพื่อพัฒนาคุณภาพบริการของโรงพยาบาลสวรรคโลก จังหวัดสุโขทัย สู่การปฏิบัติ ซึ่งประกอบด้วยเครื่องมือ ดังต่อไปนี้

1. แบบประเมินผลการดำเนินการตามขั้นตอน จากการสะท้อนการเรียนรู้หลังปฏิบัติ (After Action Review) หลังเสร็จสิ้นทั้ง 3 ประเด็น ความรู้สึกรู้ใหม่ และแนวทางการพัฒนา (Gaps)
2. แบบประเมินความพึงพอใจในด้านคุณภาพบริการต่อผู้มารับบริการ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ดำเนินการตามกระบวนการของขั้นการเตรียมการ และเริ่มกระบวนการในขั้นดำเนินการตามกระบวนการของรูปแบบ ได้แก่ ขั้นการวางแผนกลยุทธ์ ขั้นการนำกลยุทธ์ไปปฏิบัติ และขั้นการควบคุมและประเมินกลยุทธ์ จากนั้นนำเครื่องมือที่สร้างขึ้นมาประเมินผลตามกลยุทธ์/โครงการ/กิจกรรม ที่สะท้อนถึงคุณภาพบริการ หลังสิ้นสุดการดำเนินแต่ละขั้นตอนจะมีการให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมประเมินตนเองเพื่อสะท้อนการเรียนรู้

(AAR) ในประเด็น ความรู้สึก การเรียนรู้ใหม่ และแนวทางการพัฒนา (Gaps) รวมไปถึงการให้ผู้มารับบริการทำแบบประเมินความพึงพอใจในด้านคุณภาพบริการต่อผู้มารับบริการ และผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูล โดยการสังเกตแบบมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนการทำงานตามกระบวนการของกลุ่มทดลอง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูล จำแนกตามวิธีการประเมิน ดังนี้

1. ผลการดำเนินการตามขั้นตอน ทำการวิเคราะห์ความถี่ และผลจากการสะท้อนการเรียนรู้หลังปฏิบัติ (After Action Review) หลังเสร็จสิ้นทั้ง 3 กระบวนการ ทำการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) จำแนกประเด็นตามความรู้สึก การเรียนรู้ใหม่ และแนวทางการพัฒนา (Gaps)

2. ผลความพึงพอใจในด้านคุณภาพบริการต่อผู้มารับบริการ ซึ่งเป็นการเปรียบเทียบผลความพึงพอใจก่อน - หลัง โดยการวิเคราะห์ด้วยค่าสถิติ t-test independent

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) และการวิเคราะห์ความพึงพอใจก่อน - หลังด้วยค่าสถิติ t-test independent

ขั้นตอนที่ 4 การประเมินผลการใช้รูปแบบการบริหารเชิงกลยุทธ์ เพื่อพัฒนาคุณภาพบริการของโรงพยาบาลสวรรคโลก จังหวัดสุโขทัย

เป็นการประเมินรูปแบบการบริหารเชิงกลยุทธ์ เพื่อพัฒนาคุณภาพบริการของโรงพยาบาลสวรรคโลก จังหวัดสุโขทัย เป็นการการประเมินผลคุณภาพตามมาตรฐานของรูปแบบฯ หลังการใช้รูปแบบการบริหารเชิงกลยุทธ์ เพื่อพัฒนาคุณภาพบริการของโรงพยาบาลสวรรคโลก จังหวัดสุโขทัย ในสถานการณ์จริง โดยผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการนำรูปแบบไปใช้ ในด้านคุณภาพตามมาตรฐานด้านความเป็นไปได้ มาตรฐานด้านความเป็นประโยชน์ มาตรฐานด้านความเหมาะสม และ มาตรฐานด้านความถูกต้องครอบคลุม ตามแบบมาตรฐานการประเมินของ McMillan and Schumacher (2001)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ บุคลากรโรงพยาบาลสวรรคโลก ประกอบด้วย บุคลากรด้านการแพทย์และสาธารณสุข และเจ้าหน้าที่อื่นๆ จำนวน 331 คน

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ บุคลากรโรงพยาบาลสวรรคโลก ประกอบด้วย บุคลากรด้านการแพทย์และสาธารณสุข และเจ้าหน้าที่อื่นๆ จำนวน 48 คน ประกอบไปด้วย ดังนี้

1. ผู้บริหารโรงพยาบาล จำนวน 8 คน
2. หัวหน้ากลุ่มงาน จำนวน 11 คน
3. หัวหน้างาน จำนวน 29 คน

สิ่งที่ได้จากการประเมินคือ คุณภาพตามมาตรฐานด้านความเป็นไปได้มาตรฐานด้านความเป็นประโยชน์ มาตรฐานด้านความเหมาะสมและมาตรฐานด้านความถูกต้องครอบคลุมของรูปแบบการบริหารเชิงกลยุทธ์ เพื่อพัฒนาคุณภาพบริการของโรงพยาบาลสวรรคโลก จังหวัดสุโขทัย และผลความพึงพอใจในด้านคุณภาพบริการต่อผู้มารับบริการ

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. แบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับคุณภาพมาตรฐานของรูปแบบการบริหารเชิงกลยุทธ์ เพื่อพัฒนาคุณภาพบริการของโรงพยาบาลสวรรคโลก จังหวัดสุโขทัย ตามแบบมาตรฐานการประเมินของ McMillan and Schumacher (2001) ได้เสนอการตรวจสอบรูปแบบ ซึ่งประกอบด้วยมาตรฐาน 4 ด้าน คือ มาตรฐานด้านความเป็นไปได้ (Feasibility Standards) มาตรฐานด้านความเป็นประโยชน์ (Utility Standards) มาตรฐานด้านความเหมาะสม (Propriety Standards) และมาตรฐานด้านความถูกต้องครอบคลุม (Accuracy Standards) ของโครงสร้างและองค์ประกอบของรูปแบบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale)

2. แบบการสัมภาษณ์กลุ่ม เพื่อนำมาสังเคราะห์สรุปรวมเป็นความคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ การใช้รูปแบบฯ บทเรียนที่เกิดขึ้นจากการประเมินการใช้รูปแบบ การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น และผ่านการพิจารณาตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ของแบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับคุณภาพมาตรฐานของรูปแบบฯ หลังการใช้รูปแบบการบริหารเชิงกลยุทธ์ เพื่อพัฒนาคุณภาพบริการของโรงพยาบาลสวรรคโลก จังหวัดสุโขทัย

3. แบบประเมินความพึงพอใจในด้านคุณภาพบริการต่อผู้มารับบริการ ซึ่งเป็นการเปรียบเทียบผลความพึงพอใจก่อน – หลัง

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลที่ได้เป็นแบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับคุณภาพมาตรฐานของรูปแบบตามแบบมาตรฐานการประเมินของ McMillan and Schumacher (2001) ในการใช้รูปแบบฯ โดยคำนวณค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ส่วนข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์กลุ่มนำมาสังเคราะห์ สรุปรวมเป็นความคิดเห็นเกี่ยวกับผลสำเร็จที่เกิดขึ้น ปัญหาอุปสรรค ข้อเสนอแนะและบทเรียนที่เกิดขึ้นจากการประเมินการใช้รูปแบบด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) และผลความพึงพอใจในด้านคุณภาพบริการต่อผู้มารับบริการ ซึ่งเป็นการเปรียบเทียบผลความพึงพอใจก่อน – หลัง โดยการวิเคราะห์ด้วยค่าสถิติ t-test independent

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลจากแบบสอบถาม คือ ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) วิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) และการวิเคราะห์ความพึงพอใจก่อน - หลังด้วยค่าสถิติ t-test independent

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการพิจารณาการศึกษาวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย ใบรับรองเลขที่ COA 13/2025 IRB No.22/2025 ประเภทการรับรองแบบเร่งรัด (Expedited Review) รับรองเมื่อวันที่ 19 มีนาคม 2568

สรุปผลการวิจัย

ผลการวิจัย

ขั้นตอนที่ 1 สภาพปัจจุบัน ปัญหา และแนวทางการบริหารเชิงกลยุทธ์

จากการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้บริหารโรงพยาบาลสวรรคโลก พบว่าผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 62.5) มีอายุเฉลี่ย 48.3 ปี (SD = 6.2) มีวุฒิการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไป (ร้อยละ 87.5) และมีประสบการณ์ในการทำงานในตำแหน่งปัจจุบันเฉลี่ย 12.6 ปี (SD = 5.8)

ตารางที่ 1 สภาพปัจจุบันของการบริหารเชิงกลยุทธ์เพื่อพัฒนาคุณภาพบริการ (n = 16)

ด้านการบริหารเชิงกลยุทธ์	$\bar{X}$	SD	ระดับ
1. การวิเคราะห์สภาพแวดล้อม	3.82	0.48	มาก
2. การกำหนดทิศทางองค์กร	3.91	0.45	มาก
3. การกำหนดกลยุทธ์	3.76	0.51	มาก
4. การนำกลยุทธ์ไปปฏิบัติ	3.42	0.58	ปานกลาง

5. การควบคุมและประเมินผลกลยุทธ์	3.55	0.54	มาก
6. การพัฒนาคุณภาพบริการ	3.63	0.49	มาก
รวม	3.68	0.52	มาก

จากตารางที่ 2 พบว่า สภาพปัจจุบันของการบริหารเชิงกลยุทธ์เพื่อพัฒนาคุณภาพบริการของโรงพยาบาลสวรรค์โลก พบว่า โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.68$, $SD = 0.52$) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ การกำหนดทิศทางองค์กร ($\bar{X} = 3.91$, $SD = 0.45$) รองลงมา คือ การวิเคราะห์สภาพแวดล้อม ($\bar{X} = 3.82$, $SD = 0.48$) และการกำหนดกลยุทธ์ ($\bar{X} = 3.76$, $SD = 0.51$) ตามลำดับ ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ การนำกลยุทธ์ไปปฏิบัติ ($\bar{X} = 3.42$, $SD = 0.58$) ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง

ตารางที่ 2 ปัญหาของการบริหารเชิงกลยุทธ์เพื่อพัฒนาคุณภาพบริการ (n = 16)

ปัญหาด้านการบริหารเชิงกลยุทธ์	$\bar{X}$	SD	ระดับ
1. ปัญหาด้านการวิเคราะห์สภาพแวดล้อม	2.68	0.58	ปานกลาง
2. ปัญหาด้านการกำหนดทิศทางองค์กร	2.45	0.62	น้อย
3. ปัญหาด้านการกำหนดกลยุทธ์	2.73	0.59	ปานกลาง
4. ปัญหาด้านการนำกลยุทธ์ไปปฏิบัติ	3.42	0.54	ปานกลาง
5. ปัญหาด้านการควบคุมและประเมินผลกลยุทธ์	3.18	0.57	ปานกลาง
6. ปัญหาด้านการพัฒนาคุณภาพบริการ	2.95	0.63	ปานกลาง
รวม	2.85	0.61	ปานกลาง

จากตารางที่ 2 ปัญหาของการบริหารเชิงกลยุทธ์เพื่อพัฒนาคุณภาพบริการของโรงพยาบาลสวรรค์โลก โดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.85$, $SD = 0.61$) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านที่มีปัญหามากที่สุด คือ ปัญหาด้านการนำกลยุทธ์ไปปฏิบัติ ($\bar{X} = 3.42$, $SD = 0.54$) ซึ่งสอดคล้องกับสภาพปัจจุบันที่พบว่าการนำกลยุทธ์ไปปฏิบัติยังอยู่ในระดับปานกลาง รองลงมา คือ ปัญหาด้านการควบคุมและประเมินผลกลยุทธ์ ($\bar{X} = 3.18$, $SD = 0.57$) และปัญหาด้านการพัฒนาคุณภาพบริการ ($\bar{X} = 2.95$, $SD = 0.63$) ตามลำดับ ส่วนด้านที่มีปัญหาน้อยที่สุด คือ ปัญหาด้านการกำหนดทิศทางองค์กร ($\bar{X} = 2.45$, $SD = 0.62$) ซึ่งอยู่ในระดับน้อย

ขั้นตอนที่ 2 การพัฒนาและตรวจสอบคุณภาพรูปแบบ

2.1 รูปแบบการบริหารเชิงกลยุทธ์ที่พัฒนาขึ้น

Strategic Management Model for Service Quality Development of Sawankalok Hospital



ภาพที่ 1 รูปแบบการบริหารเชิงกลยุทธ์เพื่อพัฒนาคุณภาพบริการของโรงพยาบาลสวรรคโลก

ภาพที่ 1 จากการศึกษาเอกสาร การสังเคราะห์แนวคิดทฤษฎี และข้อมูลจากขั้นตอนที่ 1 ผู้วิจัยได้พัฒนารูปแบบการบริหารเชิงกลยุทธ์เพื่อพัฒนาคุณภาพบริการของโรงพยาบาลสวรรคโลก ซึ่งประกอบด้วย 2

องค์ประกอบหลัก องค์ประกอบที่ 1: กระบวนการบริหารเชิงกลยุทธ์ ประกอบด้วย 6 ด้านที่เชื่อมโยงกันอย่างเป็นระบบ เริ่มจากการวิเคราะห์สภาพแวดล้อมทั้งภายในและภายนอก รวมถึงความต้องการของผู้รับบริการและทรัพยากรที่มีอยู่ ตามด้วยการกำหนดทิศทางองค์กรผ่านวิสัยทัศน์ พันธกิจ ค่านิยม และเป้าประสงค์ที่ชัดเจน จากนั้นเป็นการกำหนดกลยุทธ์โดยกำหนดประเด็นยุทธศาสตร์ เป้าประสงค์เชิงกลยุทธ์ ตัวชี้วัด และจัดทำแผนที่ยุทธศาสตร์ ขึ้นต่อมาเป็นการนำกลยุทธ์ไปปฏิบัติผ่านการจัดทำแผนปฏิบัติการ การสื่อสาร การจัดสรรทรัพยากร และการสร้างแรงจูงใจ ด้านที่ห้าเป็นการควบคุมและประเมินผลกลยุทธ์อย่างต่อเนื่อง และด้านสุดท้ายเป็นการพัฒนาคุณภาพบริการในทุกมิติทั้งโครงสร้างพื้นฐาน บุคลากร กระบวนการ และเทคโนโลยี

องค์ประกอบที่ 2 ปัจจัยเอื้อและสนับสนุน ประกอบด้วย 5 ด้าน ได้แก่ นโยบายขององค์กร สมรรถนะของผู้บริหาร การปฏิบัติตามหลักจริยธรรม ทรัพยากรที่เพียงพอ และความพึงพอใจของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ซึ่งเป็นปัจจัยสนับสนุนความสำเร็จของการบริหารเชิงกลยุทธ์ รูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีลักษณะเป็นวงจรต่อเนื่องและมีการป้อนกลับ โดยบูรณาการแนวคิดการบริหารเชิงกลยุทธ์เข้ากับหลักการพัฒนาคุณภาพของ Donabedian แนวคิด Balanced Scorecard และการบริหารคุณภาพโดยรวม ทำให้รูปแบบมีความครอบคลุม เหมาะสม และสามารถนำไปใช้ปฏิบัติได้จริง

ผลการตรวจสอบคุณภาพรูปแบบโดยผู้เชี่ยวชาญ ผลการตรวจสอบคุณภาพรูปแบบการบริหารเชิงกลยุทธ์ โดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 6 คน พบว่า โดยภาพรวมมีคุณภาพอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.62$, $SD = 0.49$) เมื่อพิจารณารายประเด็นพบว่า ความเหมาะสมมีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{X} = 4.83$, $SD = 0.41$) รองลงมา คือ ความเป็นประโยชน์ ($\bar{X} = 4.75$, $SD = 0.45$) และความถูกต้อง ($\bar{X} = 4.67$, $SD = 0.52$) ตามลำดับ แสดงให้เห็นว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีความเหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาล มีประโยชน์ต่อการพัฒนาคุณภาพบริการ และมีความถูกต้องตามหลักการทางวิชาการ

ขั้นตอนที่ 3 การทดลองใช้รูปแบบ

3.1 ผลการดำเนินการตามรูปแบบ

การทดลองใช้รูปแบบการบริหารเชิงกลยุทธ์เพื่อพัฒนาคุณภาพบริการกับกลุ่มทดลอง จำนวน 30 คน เป็นระยะเวลา 6 เดือน มีผลดังนี้

ผลการทดลองใช้รูปแบบการบริหารเชิงกลยุทธ์เพื่อพัฒนาคุณภาพบริการ พบว่า กลุ่มทดลองมีความพึงพอใจในคุณภาพบริการหลังใช้รูปแบบ ($\bar{X} = 4.18$, $SD = 0.49$) สูงวก่อก่อนใช้รูปแบบ ($\bar{X} = 3.45$, $SD = 0.61$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($t = 10.56$, $p < .001$) แสดงให้เห็นว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นส่งผลให้คุณภาพบริการของโรงพยาบาลดีขึ้นอย่างเห็นได้ชัด

เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านที่มีความพึงพอใจเพิ่มขึ้นมากที่สุด คือ ด้านการตอบสนอง (เพิ่มขึ้น 0.87 คะแนน) รองลงมา คือ ด้านความเอาใจใส่ (เพิ่มขึ้น 0.80 คะแนน) และด้านความเป็นรูปธรรม (เพิ่มขึ้น 0.67 คะแนน) ตามลำดับ ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าการนำรูปแบบการบริหารเชิงกลยุทธ์ไปใช้ทำให้เกิดการพัฒนาคุณภาพบริการที่เป็นรูปธรรม โดยเฉพาะในด้านการตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการที่รวดเร็วและตรงจุด การให้ความเอาใจใส่เป็นรายบุคคล และการมีโครงสร้างพื้นฐานและสิ่งอำนวยความสะดวกที่ดีขึ้น

จากการสะท้อนการเรียนรู้หลังปฏิบัติ พบว่า ผู้เข้าร่วมกลุ่มทดลองส่วนใหญ่ (ร้อยละ 93.3) มีความมั่นใจในการปฏิบัติงานมากขึ้น รู้สีกว่ามีความรู้ทางในการทำงานที่ชัดเจน (ร้อยละ 90.0) และเกิดแรงจูงใจในการพัฒนาคุณภาพ (ร้อยละ 86.7) นอกจากนี้ยังได้เรียนรู้การวิเคราะห์สภาพแวดล้อมอย่างเป็นระบบ เข้าใจความเชื่อมโยงระหว่างกลยุทธ์กับคุณภาพบริการ และได้เรียนรู้เครื่องมือในการติดตามประเมินผลที่สามารถนำไปใช้ในการปฏิบัติงานได้จริง

ขั้นตอนที่ 4 การประเมินผลการใช้รูปแบบ

จากการประเมินคุณภาพรูปแบบตามมาตรฐานการประเมินของ McMillan and Schumacher (2001) โดยผู้บริหารโรงพยาบาล หัวหน้ากลุ่มงานและหัวหน้างาน จำนวน 48 คน พบว่า ผลการประเมินคุณภาพรูปแบบการบริหารเชิงกลยุทธ์เพื่อพัฒนาคุณภาพบริการของโรงพยาบาลสวรรค์โลกตามมาตรฐานการประเมิน พบว่า โดยภาพรวมมีคุณภาพอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.58$, $SD = 0.47$) แสดงให้เห็นว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีคุณภาพตามมาตรฐานที่กำหนด

เมื่อพิจารณารายมาตรฐาน พบว่า ความเป็นประโยชน์มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{X} = 4.68$, $SD = 0.42$) แสดงให้เห็นว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีประโยชน์ต่อโรงพยาบาลในการพัฒนาคุณภาพบริการอย่างเป็นรูปธรรม สามารถนำไปใช้ในการแก้ไขปัญหาและพัฒนาองค์กรได้จริง รองลงมา คือ ความเหมาะสม ($\bar{X} = 4.65$, $SD = 0.45$) แสดงว่ารูปแบบมีความเหมาะสมกับบริบท ภารกิจ และทรัพยากรของโรงพยาบาล สอดคล้องกับนโยบายและแผนยุทธศาสตร์ของกระทรวงสาธารณสุข

ด้านความเป็นไปได้ มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมากที่สุดเช่นกัน ($\bar{X} = 4.52$, $SD = 0.48$) สะท้อนให้เห็นว่ารูปแบบมีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ปฏิบัติจริง ไม่ซับซ้อนเกินไป มีความเป็นจริงและสามารถบูรณาการเข้ากับระบบการทำงานปัจจุบันได้ ส่วนความถูกต้องครอบคลุม แม้จะอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.48$, $SD = 0.51$) แต่ก็แสดงให้เห็นว่ารูปแบบมีความถูกต้องตามหลักวิชาการ ครอบคลุมองค์ประกอบที่สำคัญของการบริหารเชิงกลยุทธ์ และสามารถนำไปใช้ในการพัฒนาคุณภาพบริการได้อย่างรอบด้าน

ผลการประเมินความพึงพอใจของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องต่อรูปแบบการบริหารเชิงกลยุทธ์ กับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลสวรรค์โลก จำนวน 331 คน พบว่า ผู้รับบริการมีความพึงพอใจต่อคุณภาพบริการหลังใช้รูปแบบ ($\bar{X} =$

4.26, SD = 0.52) สูงกว่าก่อนใช้รูปแบบ ($\bar{X}$ = 3.42, SD = 0.65) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (t = 12.45, p < .001) แสดงให้เห็นว่าการนำรูปแบบไปใช้ส่งผลให้คุณภาพบริการที่ผู้รับบริการได้รับดีขึ้นอย่างชัดเจน

สำหรับบุคลากรของโรงพยาบาล มีความพึงพอใจต่อรูปแบบการบริหารเชิงกลยุทธ์โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 4.44, SD = 0.52) โดยมีความพึงพอใจมากที่สุดในด้านความสามารถนำไปใช้ประโยชน์ ($\bar{X}$ = 4.56, SD = 0.48) แสดงให้เห็นว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีความเป็นประโยชน์จริงและสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงานได้ นอกจากนี้บุคลากรยังมีความพึงพอใจในด้านความเหมาะสมของเครื่องมือ การได้รับการสนับสนุน และความชัดเจนของกระบวนการในระดับมาก ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่ารูปแบบมีความสมบูรณ์และเหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาล

อภิปรายผล

ผลการศึกษาพบว่า สภาพปัจจุบันของการบริหารเชิงกลยุทธ์เพื่อพัฒนาคุณภาพบริการของโรงพยาบาลสวรรค์โลกโดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก (M = 3.68, SD = 0.52) โดยด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือการกำหนดทิศทางองค์กร (M = 3.91, SD = 0.45) ขณะที่ด้านการนำกลยุทธ์ไปปฏิบัติมีค่าเฉลี่ยต่ำสุดอยู่ในระดับปานกลาง (M = 3.42, SD = 0.58) ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของสินีนาวุ ทิพย์มุสิก และคณะ (2561) ที่พบว่าการบริหารเชิงกลยุทธ์ของหอผู้ป่วยโรงพยาบาลระดับตติยภูมิประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ โดยการนำแผนปฏิบัติการไปปฏิบัติเป็นส่วนสำคัญที่ต้องมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้ การที่โรงพยาบาลสวรรค์โลกมีการกำหนดทิศทางองค์กรที่ชัดเจนแต่การนำไปปฏิบัติยังอยู่ในระดับปานกลางนั้น สะท้อนให้เห็นถึงช่องว่างระหว่างการวางแผนกับการปฏิบัติ ซึ่งเป็นปัญหาที่พบได้บ่อยในองค์กรสาธารณสุข สำหรับปัญหาของการบริหารเชิงกลยุทธ์ ผลการศึกษพบว่าโดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง (M = 2.85, SD = 0.61) โดยปัญหาที่มีความรุนแรงมากที่สุดคือการนำกลยุทธ์ไปปฏิบัติ (M = 3.42, SD = 0.54) ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของบุญเลิศ พิมศักดิ์ และคณะ (2562) ที่พบว่าการนำกลยุทธ์ไปสู่การปฏิบัติของเครือข่ายสุขภาพระดับปฐมภูมิต้องมีการกระบวนการที่ชัดเจนและมีการควบคุมกำกับติดตามอย่างต่อเนื่อง การที่โรงพยาบาลสวรรค์โลกประสบปัญหาในการนำกลยุทธ์ไปปฏิบัตินั้น อาจเกิดจากการขาดแคลนบุคลากร โดยเฉพาะแพทย์เฉพาะทางที่มีเพียงร้อยละ 65 ของกรอบอัตรากำลัง ประกอบกับจำนวนผู้มารับบริการที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้การขับเคลื่อนกลยุทธ์ไปสู่การปฏิบัติเป็นไปอย่างไม่เต็มประสิทธิภาพ

รูปแบบการบริหารเชิงกลยุทธ์ที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 2 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ กระบวนการบริหารเชิงกลยุทธ์ 6 ด้าน และปัจจัยเอื้อและสนับสนุน 5 ด้าน ผลการตรวจสอบคุณภาพโดยผู้เชี่ยวชาญพบว่า รูปแบบมีคุณภาพอยู่ในระดับมากที่สุด (M = 4.62, SD = 0.49) โดยความเหมาะสมมีค่าเฉลี่ยสูงสุด (M = 4.83, SD = 0.41)

ผลการศึกษาที่สอดคล้องกับการศึกษาของปัญญากร เวชศาสตร์ และคณะ (2565) ที่พบว่ารูปแบบการบริหารเชิงกลยุทธ์ที่ดีต้องมีความเหมาะสมกับบริบทขององค์กร มีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ และมีประโยชน์ต่อการพัฒนาองค์กร รูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีลักษณะเป็นวงจรต่อเนื่องและมีการป้อนกลับ โดยบูรณาการแนวคิดการบริหารเชิงกลยุทธ์เข้ากับหลักการพัฒนาคุณภาพของ Donabedian (2020) แนวคิด Balanced Scorecard และการบริหารคุณภาพโดยรวม การบูรณาการแนวคิดหลายทฤษฎีนี้สอดคล้องกับการศึกษาของมะลิวรรณ อังคณิตย์ และคณะ (2563) ที่พบว่ารูปแบบการพัฒนาคุณภาพระบบบริการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพต้องประกอบด้วยกลยุทธ์หลายด้านที่เชื่อมโยงกัน ทั้งการสร้างระบบงานและทีมงาน การปฏิบัติภารกิจตามความเชี่ยวชาญ และการสร้างงานวิจัยและวิชาการ ความครอบคลุมและเป็นระบบของรูปแบบที่พัฒนาขึ้นจึงเป็นจุดแข็งสำคัญที่ทำให้สามารถนำไปใช้ในการพัฒนาคุณภาพบริการได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ผลการทดลองใช้รูปแบบพบว่า ความพึงพอใจของผู้รับบริการหลังใช้รูปแบบ ($M = 4.18$, $SD = 0.49$) สูงกว่าก่อนใช้รูปแบบ ($M = 3.45$, $SD = 0.61$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($t = 10.56$, $p < .001$) โดยด้านที่มีความพึงพอใจเพิ่มขึ้นมากที่สุดคือด้านการตอบสนอง (เพิ่มขึ้น 0.87 คะแนน) ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Anderson และคณะ (2023) ที่พบว่าคุณภาพการบริการมีความสัมพันธ์โดยตรงกับความสามารถในการแข่งขันของโรงพยาบาล และสอดคล้องกับการศึกษาของ Porter และ Lee (2023) ที่เน้นว่าการพัฒนาคุณภาพการให้บริการเป็นปัจจัยสำคัญในการสร้างความพึงพอใจให้แก่ผู้ป่วย การที่ผู้รับบริการมีความพึงพอใจเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญนั้น แสดงให้เห็นว่ารูปแบบการบริหารเชิงกลยุทธ์ที่พัฒนาขึ้นสามารถนำไปสู่การปรับปรุงคุณภาพบริการได้อย่างเป็นรูปธรรม โดยเฉพาะในด้านการตอบสนองที่รวดเร็วและตรงจุด ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญของโรงพยาบาลประสบอยู่ก่อนหน้า โดยมียะเวลารอคอยเฉลี่ย 180 นาทีต่อราย ซึ่งเกินมาตรฐานที่กำหนด การที่รูปแบบสามารถแก้ไขปัญหานี้ได้นั้น เกิดจากการมีกระบวนการวางแผนกลยุทธ์ที่ชัดเจน การจัดสรรทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ และการมีระบบควบคุมติดตามที่ต่อเนื่องจากการสะท้อนการเรียนรู้หลังปฏิบัติ พบว่าผู้เข้าร่วมกลุ่มทดลองส่วนใหญ่ (ร้อยละ 93.3) มีความมั่นใจในการปฏิบัติงานมากขึ้น รู้สึกว่ามีทิศทางในการทำงานที่ชัดเจน (ร้อยละ 90.0) และเกิดแรงจูงใจในการพัฒนาคุณภาพ (ร้อยละ 86.7) ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับ Thompson และ Strickland (2023) ที่กล่าวว่ารูปแบบการบริหารเชิงกลยุทธ์ที่เหมาะสมกับบริบทขององค์กรจะช่วยยกระดับความสามารถในการแข่งขัน และสอดคล้องกับการศึกษาของ Johnson และคณะ (2023) ที่พบว่าโรงพยาบาลที่ใช้การบริหารเชิงกลยุทธ์มีผลลัพธ์ด้านคุณภาพการบริการดีกว่าโรงพยาบาลที่ไม่ได้ใช้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การที่บุคลากรมีความมั่นใจและแรงจูงใจเพิ่มขึ้นนั้น เป็นปัจจัยสำคัญที่จะนำไปสู่ความยั่งยืนในการพัฒนาคุณภาพบริการในระยะยาว

ผลการประเมินคุณภาพรูปแบบตามมาตรฐานของ McMillan และ Schumacher (2001) พบว่า โดยภาพรวมมีคุณภาพอยู่ในระดับมากที่สุด ($M = 4.58$, $SD = 0.47$) โดยความเป็นประโยชน์มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($M = 4.68$, $SD = 0.42$) รองลงมาคือความเหมาะสม ($M = 4.65$, $SD = 0.45$) และความเป็นไปได้ ($M = 4.52$, $SD = 0.48$) ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของบุญเลิศ พิมศักดิ์ และคณะ (2562) ที่พบว่ารูปแบบการนำกลยุทธ์ไปสู่การปฏิบัติที่มีความเหมาะสมและความเป็นไปได้อยู่ในระดับมากที่สุด ($M = 4.68$, $SD = 0.64$) การที่รูปแบบมีความเป็นประโยชน์สูงนั้น แสดงให้เห็นว่ารูปแบบสามารถตอบสนองความต้องการของโรงพยาบาลในการพัฒนาคุณภาพบริการได้อย่างเป็นรูปธรรม ความถูกต้องครอบคลุมแม้จะมีค่าเฉลี่ยเป็นลำดับสุดท้าย ($M = 4.48$, $SD = 0.51$) แต่ก็ยังอยู่ในระดับมากที่สุด แสดงให้เห็นว่ารูปแบบมีความถูกต้องตามหลักวิชาการและครอบคลุมองค์ประกอบที่สำคัญของการบริหารเชิงกลยุทธ์ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของมะลิวรรณ อังคณิตย์ และคณะ (2563) ที่พบว่ารูปแบบการพัฒนาคุณภาพระบบบริการพยาบาลต้องมีความเป็นไปได้ เหมาะสม ถูกต้อง และเป็นประโยชน์ตามมาตรฐานการประเมิน

ผลการประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการพบว่า หลังใช้รูปแบบมีความพึงพอใจ ($M = 4.26$, $SD = 0.52$) สูงกว่าก่อนใช้รูปแบบ ($M = 3.42$, $SD = 0.65$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($t = 12.45$, $p < .001$) ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของปัญญากร เวชศาสตร์ และคณะ (2565) ที่พบว่าผู้มีความพึงพอใจต่อรูปแบบการบริหารเชิงกลยุทธ์โดยรวมอยู่ในระดับมาก และรูปแบบมีความเป็นไปได้และความเป็นประโยชน์อยู่ในระดับมากที่สุด สำหรับบุคลากรของโรงพยาบาล มีความพึงพอใจต่อรูปแบบการบริหารเชิงกลยุทธ์โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 4.44$, $SD = 0.52$) โดยมีความพึงพอใจมากที่สุดในด้านความสามารถนำไปใช้ประโยชน์ ($M = 4.56$, $SD = 0.48$) ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Wheelen และคณะ (2022) ที่กล่าวว่าการบริหารเชิงกลยุทธ์ช่วยให้องค์กรสามารถรับมือกับความท้าทายและพัฒนาคุณภาพบริการได้อย่างมีประสิทธิภาพ การที่บุคลากรมีความพึงพอใจในด้านความสามารถนำไปใช้ประโยชน์สูงนั้น แสดงให้เห็นว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นไม่ได้เป็นเพียงทฤษฎีที่ซับซ้อน แต่เป็นเครื่องมือที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงานจริงได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 ควรขยายผลการใช้รูปแบบไปยังทุกหน่วยงานอย่างเป็นระบบ โดยเฉพาะการพัฒนาศักยภาพบุคลากรในด้านการนำกลยุทธ์ไปปฏิบัติซึ่งยังอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้ควรจัดอบรมเชิงปฏิบัติการ จัดตั้งคณะทำงานเป็นพี่เลี้ยง สร้างกลไกการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ และมีระบบให้รางวัลเพื่อสร้างแรงจูงใจแก่บุคลากร

1.2 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัยควรส่งเสริมให้โรงพยาบาลอื่นนำรูปแบบไปปรับใช้ตามบริบทของแต่ละแห่ง โดยจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้และนำเสนอแนวปฏิบัติที่ดี ส่วนกระทรวงสาธารณสุขควรพิจารณารูปแบบนี้เป็นแนวทางการพัฒนาคุณภาพบริการของโรงพยาบาลทั่วไปทั้งระบบ พร้อมจัดสรรงบประมาณสนับสนุนการพัฒนาศักยภาพบุคลากร ระบบสารสนเทศ และการจัดหาแพทย์เฉพาะทางที่ขาดแคลน เพื่อแก้ไขปัญหาที่รากเหง้าและสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพบริการอย่างยั่งยืน

2. ข้อเสนอแนะการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาติดตามผลการใช้รูปแบบในระยะยาวอย่างน้อย 2-3 ปี เพื่อประเมินความยั่งยืนและผลกระทบระยะยาวต่อคุณภาพบริการ ความพึงพอใจของผู้รับบริการ และวัฒนธรรมองค์กร รวมทั้งควรศึกษาเชิงลึกเกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการนำรูปแบบไปใช้ เช่น ภาวะผู้นำ วัฒนธรรมองค์กร และความพร้อมของบุคลากร โดยใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ เช่น การศึกษากรณีศึกษาเชิงลึกหรือการวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา เพื่อทำความเข้าใจประสบการณ์ของบุคลากรอย่างลึกซึ้ง

เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงสาธารณสุข. (2565). นโยบายการพัฒนาคุณภาพการให้บริการด้านสาธารณสุข. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.
- งานเวชระเบียน โรงพยาบาลสวรรคโลก. (2566). รายงานสถิติการให้บริการผู้ป่วยนอก ปี 2564–2566. สุโขทัย: โรงพยาบาลสวรรคโลก.
- บุญเลิศ พิมศักดิ์, ปิติทั้งไพศาล และเสถียรพงษ์ ศิวินา. (2562). การพัฒนารูปแบบการนำกลยุทธ์ไปสู่การปฏิบัติของเครือข่ายสุขภาพ ระดับปฐมภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารวิชาการ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 15(2), 24-32.
- ปัญญากร เวชศาสตร์, ภารดี อนันต์นาวิ และมนสิข สิริสมบุญ. (2565). รูปแบบการบริหารเชิงกลยุทธ์เพื่อพัฒนาสถานศึกษาสู่ความเป็นเลิศ สังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดปทุมธานี. วารสารครุศาสตร์ปริทรรศน์ฯ, 29(1), 231-248.
- มะลิวรรณ อังคณิตย์, เรวดี สมทรัพย์ และบุษบา วงศ์พิมล. (2563). รูปแบบการพัฒนาคุณภาพระบบบริการพยาบาลโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของกลุ่มงานวิจัยและพัฒนาการพยาบาล โรงพยาบาลร้อยเอ็ด. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ, 38(1), 107-116.
- โรงพยาบาลสวรรคโลก. (2566). รายงานผลการดำเนินงานด้านคุณภาพบริการ ประจำปี 2566. สุโขทัย: โรงพยาบาลสวรรคโลก.

- วรรณ วิทยาพิภพสกุล, วิชา พานิชเกรียงไกร, วลัยพร พัทธณมุล และแอนน์ มิลส์ วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร.
(2561). การพัฒนาระบบสุขภาพในประเทศไทย: รากฐานสำคัญของการบรรลุหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. กรุงเทพฯ: สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ.
- สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). (2566). รายงานผลการสำรวจความพึงพอใจของผู้รับบริการในโรงพยาบาลของรัฐ. กรุงเทพฯ: สรพ.
- สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. (2565). รายงานการบริหารจัดการเทคโนโลยีทางการแพทย์ในโรงพยาบาลของประเทศไทย. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2566). แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2566. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.
- สำนักงานเศรษฐกิจการคลัง. (2566). รายงานภาวะเศรษฐกิจการคลังปี 2566. กรุงเทพฯ: กระทรวงการคลัง.
- สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2565). รายงานประชากรและสังคมไทย ปี 2565. กรุงเทพฯ: สศช.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2566). รายงานผลการดำเนินงานระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566. กรุงเทพฯ: สปสช.
- สินีนากู ทิพย์มุสิก, สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ และนงลักษณ์ จินตนาดีลก. (2561). การบริหารเชิงกลยุทธ์ของหอผู้ป่วย โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข. วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ, 12(1), 117-126.
- Anderson R., Brown, L., & Smith, J. (2023). Patient satisfaction and quality improvement in healthcare organizations. *Journal of Health Management*, 45(2), 134–150.
- Brown T., & Davis, M. (2023). Strategic planning challenges in hospital management. *International Journal of Healthcare Strategy*, 12(3), 210–225.
- David F. R., & David, F. R. (2023). *Strategic management: Concepts and cases* (18th ed.). Pearson Education.
- Donabedian A. (2020). *An introduction to quality assurance in health care*. Oxford University Press.
- Johnson P., Williams, S., & Clark, D. (2023). Competitive advantage and service quality in hospitals. *Healthcare Economics Review*, 39(1), 45–60.
- McMillan J. H., & Schumacher, S. (2001). *Research in education: A conceptual introduction* (5th ed.). New York: NY: Longman.



- Miller J., & White, K. (2023). Technology adoption and resource management in health systems. *Journal of Medical Systems*, 47(4), 301–320.
- Porter M. E., & Lee, T. H. (2023). The strategy that will fix health care. *Harvard Business Review*, 101(2), 50–70.
- Thompson A. A., & Strickland, A. J. (2023). *Strategic management: Concepts and cases* (23rd ed.). McGraw-Hill Education.
- Taylor B., Wilson, R., & Harris, P. (2023). Healthcare innovation and technological advancement. *Medical Technology Today*, 28(1), 11–25.
- Wilson J., Taylor, R., & Cooper, L. (2023). Patient experience and healthcare quality outcomes. *Journal of Hospital Administration*, 40(3), 199–214.
- Wheelen T. L., Hunger, J. D., Hoffman, A. N., & Bamford, C. E. (2022). *Strategic management and business policy: Globalization, innovation, and sustainability* (16th ed.). Pearson.
- World Health Organization. (2023). *Global report on health system resilience post-COVID-19*. WHO Press.



ประสิทธิผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ ต่อการป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

สมพงษ์ นาคพรม¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดซ้ำมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจต่อการป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุ จำนวน 60 คนแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 30 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วยโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดความซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale: TGDS มีความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.93 แบบประเมินพลังสุขภาพจิต (RQ ฉบับ 20 ข้อ) มีความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.749 และแบบสอบถามการเห็นคุณค่าในตนเอง (Self-Esteem) สำหรับผู้สูงอายุ มีความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.82 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Repeated Measure ANOVA

ผลการวิจัยพบว่า ความเข้มแข็งทางใจ ก่อนการทดลอง หลังการทดลองและการติดตามผล 4 สัปดาห์ โดยมีค่าเฉลี่ย 48.20, 58.70 และ 60.10 ตามลำดับ เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) การเห็นคุณค่าในตนเอง ก่อนการทดลอง, หลังการทดลองและการติดตามผล 4 สัปดาห์ โดยมีค่าเฉลี่ย จาก 3.73, 4.20 และ 4.60 ตามลำดับ เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ภาวะซึมเศร้า ก่อนการทดลอง, หลังการทดลองและการติดตามผล 4 สัปดาห์ โดยมีค่าเฉลี่ย จาก 17.40, 12.10 และ 10.8 ตามลำดับ ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

การศึกษานี้แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจมีประสิทธิภาพจริงต่อการป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ และสามารถใช้เป็นแนวทางในการบูรณาการงานสุขภาพจิตผู้สูงอายุในระบบบริการปฐมภูมิ เพื่อส่งเสริมป้องกันปัญหาสุขภาพจิตและภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

คำสำคัญ : โปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ, ภาวะซึมเศร้า, ผู้สูงอายุ

¹นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ ศูนย์สุขภาพจิตที่ 3 กรมสุขภาพจิต, sompong06279@gmail.com

Effectiveness of a mental strengthening program for depression prevention among elderly people

Sompong Nakprom¹

ABSTRACT

This quasi-experimental research with a two-group pretest-posttest design aimed to study the Effectiveness of a mental strengthening program for depression prevention among elderly people. Participants were 60 elderly people. Participants were randomized to the experimental group (n=30) and the control group (n=30). The research instruments comprised the mental strengthening program, the personal information questionnaire, Thai Geriatric Depression Scale: TGDS with reliability as .93, the Resilience Quotient Questionnaire (RQ 20 items) with reliability as .749, and the self-esteem questionnaire for elderly people with reliability as .82. Data were analyzed by frequency, percentage, mean, standard deviation and Repeated Measure ANOVA.

The research results revealed that. Resilience before the experiment, after the experiment, and at the 4-week follow-up, showed a statistically significant increase ($p < .001$) with mean scores of 48.20, 58.70, and 60.10, respectively. Self-esteem before the experiment, after the experiment, and at the 4-week follow-up, showed a statistically significant increase ($p < .001$) with mean scores of 3.73, 4.20 and 4.60, respectively. Depression before the experiment, after the experiment, and at the 4-week follow-up, showed a statistically significant decrease ($p < .001$) with mean scores of 17.40, 12.10, and 10.80, respectively.

This study suggested that mental strengthening program are effective in preventing depression in elderly people and can be used as a guideline for integrating Mental Health of the Elderly services into primary care systems to more effectively promote and prevent mental health problems and depression in elderly people.

Keywords : mental strengthening program, depression, elderly

¹Public Health Technical Officer (Professional Level) Mental Health Center 3 Department of Mental Health, sompong06279@gmail.com

บทนำ

โรคซึมเศร้าเป็นปัญหาด้านสาธารณสุขที่มีความสำคัญและมีแนวโน้มรุนแรงมากขึ้น โดยในปี 2020 องค์การอนามัยโลก (world health Organization: WHO) คาดการณ์ว่าโรคซึมเศร้าจะเป็นปัญหาสาธารณสุขอันดับที่ 2 รองลงมาจากโรคหัวใจหลอดเลือด และคาดว่าในปี พ.ศ. 2573 โรคซึมเศร้าจะก่อให้เกิดการสูญเสียปีสุขภาวะ (disability adjusted life years, DALYs) เป็นอันดับ 1 เมื่อพิจารณาเฉพาะกลุ่มโรคทางจิตเวช จากสถิติประชากรทั่วโลกมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 3.80 หรือประมาณ 280 ล้านคน สำหรับสถานการณ์โรคซึมเศร้าในประเทศไทย สถิติจากกรมสุขภาพจิตพบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้ารับบริการในปี พ.ศ. 2560 - 2562 จำนวน 1,430,563 ราย, 1,439,710 ราย, และ 1,212,684 ราย ตามลำดับ (กรมสุขภาพจิต, 2563; World Health Organization, 2018) สถิติภาวะซึมเศร้าในผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป พบได้มากถึงร้อยละ 10 และยังมีอายุมากความเสี่ยงยิ่งเพิ่มมากขึ้น โรคซึมเศร้าที่เกิดในผู้สูงอายุ ช่วงอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป แบ่งเป็น 2 แบบ คือ อาการซึมเศร้าที่เป็นมาก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุและที่เกิดในช่วงที่เข้าสู่วัยสูงอายุแล้ว ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุพบมากถึงร้อยละ 10-20 ของประชากร และส่วนใหญ่เป็นผู้หญิงมากกว่าผู้ชาย โดยเฉพาะผู้ที่หย่าร้าง อยู่ตัวคนเดียว หรือสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักจะมีความเสี่ยงกับภาวะนี้มากขึ้น อาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุมักไม่ค่อยตรงไปตรงมา มีตั้งแต่เศร้าเล็กน้อย อารมณ์ไม่แจ่มใสไปจนถึงรุนแรงมากจนกระทั่งเป็นโรคหรือมีอาการจิตเวชร่วมด้วย อาจมีอาการหลงทางจิต หรือขนาดคิดฆ่าตัวตาย ซึ่งกลุ่มคนที่มีอาการซึมเศร้าแต่ไม่แสดงออก อาจมีเพียงจิตใจไม่แจ่มใส ความสามารถในการดำเนินชีวิตลดลง ซึ่งส่วนใหญ่ไม่สามารถสังเกตได้อย่างชัดเจน จะถูกปล่อยปละละเลยจนกลายเป็นอันตรายในที่สุด (Siriphanich, 2016)

ภาวะซึมเศร้าเป็นปฏิกิริยาจากการสูญเสีย ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และความคิด โดยอาการเหล่านี้จะส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตในแต่ละวันอย่างมาก เช่น รับประทานอาหารได้น้อยลง เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ สิ้นหวัง หดหู่ รู้สึกว่าตัวเองไม่มีความสุขกับชีวิต วิตกกังวลตลอดเวลา และที่สำคัญคือ ผู้ป่วยจะไม่สามารถรับมือกับปัญหาต่าง ๆ ที่ต้องเผชิญได้ดีพอทำให้เกิดความรู้สึกมีดมน เหนื่อยหน่าย หดหู่จิตใจอ่อนเพลีย ท้อแท้ สิ้นหวัง รู้สึกไร้คุณค่า อาจเกิดความรู้สึกไม่อยากมีชีวิตอยู่ต่อไป และทำร้ายตนเองเองในที่สุด (Phongto & Lueboonthawatchai, 2014) เป็นกลุ่มอาการที่มีองค์ประกอบหลักของการแสดงออก 4 ด้าน ได้แก่ ด้านอารมณ์ (Emotional) ความคิด (Cognitive) ร่างกาย (Physical) และพฤติกรรม (Behavioral) ซึ่งอาการแสดงออกแต่ละด้านมีความเชื่อมโยงสัมพันธ์ระหว่างกัน การประเมินภาวะซึมเศร้าจึงต้องประเมินให้ครอบคลุมทั้ง 4 องค์ประกอบหลักดังกล่าว คือ มีอาการรู้สึกเศร้าใจ ห่มหมอง หงุดหงิด หรือรู้สึกกังวลใจ ไม่สบายใจ ขาดความสนใจต่อสิ่งแวดล้อมรอบข้าง หรือสิ่งที่เคยให้ความสนุกสนานในอดีต น้ำหนักลดลง หรือเพิ่มขึ้น ความอยากอาหารเปลี่ยนแปลงไป นอนไม่หลับ หรือนอนมากเกินไป การแสดงออกทางพฤติกรรมโดยมีความสัมพันธ์กับคนอื่นแย่งลง เข้าร่วมกิจกรรม

ทางสังคมลดลง หากปล่อยให้เรื้อรังจนกระทั่งส่งผลเสียต่อร่างกายจิตใจ สังคม เกิดเป็นการเจ็บป่วยโรคซึมเศร้า เป็นโรคทางจิตเวชในกลุ่มโรคที่มีความผิดปกติทางอารมณ์การเจ็บป่วยของโรคนี้ทำให้เกิดความบกพร่องในการดำเนินชีวิตประจำวันสร้างความเสียหาย ต่อคุณภาพชีวิตได้สูงกว่าโรคอื่น ๆ (Pliendkerd, 2014)

ความเข้มแข็งทางใจเป็นความสามารถในการปรับตัวและฟื้นตัวคืนสู่สภาพเดิม เปรียบได้กับสิ่งที่มีความยืดหยุ่นที่ถึงแม้ว่าจะมีแรงกดดันไปแต่ก็สามารถคืนตัวและกลับมาเหมือนเดิมได้ ความสามารถในการปรับตัวของบุคคลเมื่อต้องประสบกับสถานการณ์วิกฤต เป็นพลังที่ช่วยให้สามารถจัดการกับปัญหาผ่านพ้นภาวะวิกฤตหรือเหตุการณ์ร้าย ๆ ไปได้ รวมถึงสามารถฟื้นฟูสภาพอารมณ์และจิตใจให้กลับสู่ภาวะปกติได้อย่างรวดเร็วไม่จมอยู่กับความทุกข์ เรียกได้ว่าการปรับตัวได้ดี จนสามารถกลับมาดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุขอีกครั้ง (Grotberg, 1999) บุคคลเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ เกิดขึ้นมากมายทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และสิ่งแวดล้อม เช่น การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก การสูญเสียทางด้านสังคมและเศรษฐกิจส่งผลให้ ผู้สูงอายุที่ไม่สามารถปรับตัวได้จึงมีโอกาสดังกล่าวซึมเศร้าได้มากกว่าบุคคลวัยอื่น โดยมีรายงานว่าประมาณร้อยละ 30 ของผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป เคยมีประสบการณ์ของการมีภาวะซึมเศร้าที่รุนแรงอย่างน้อยหนึ่งครั้ง ซึ่งส่งผลต่อสุขภาวะของผู้สูงอายุเป็นอย่างมาก ซึ่งหากไม่สามารถผ่านพ้นวิกฤตนี้ไปได้จะส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้ากลับเป็นซ้ำหรือเกิดอาการรุนแรงถึงขั้นฆ่าตัวตายได้ (Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1979) การเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจในตนเอง ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกภาคภูมิใจและ ส่งผลให้ผู้สูงอายุตระหนักในความสามารถที่ตนเองมีนั้นก่อให้เกิดประโยชน์ในสังคม (Khuannet, Dangdomyout, & Upasen, 2018)

พลังสุขภาพจิตหรือความเข้มแข็งทางใจ คือ ความสามารถของบุคคลที่ส่งเสริมให้บุคคลมีการปรับตัวที่ดี เมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์ความยากลำบากในชีวิต (Luthar, Cicchetti, & Becker, 2000; Grotberg, 2003; Wagnild & Young, 1993) ซึ่งแนวคิดพลังสุขภาพจิตได้มีนักวิชาการนำไปประยุกต์ใช้ในการศึกษาหลากหลายกลุ่มอายุ สำหรับผู้สูงอายุ พบว่า แนวคิดพลังสุขภาพจิตของ Wagnild and Young (1993) ได้รับการยอมรับ และถูกนำไปประยุกต์ใช้ในการศึกษามากที่สุด ซึ่งมีองค์ประกอบสำคัญ 5 ประการคือ 1) การมีจิตใจที่สงบและมั่นคง 2) การมีความเพียรและอดทน 3) การเชื่อมั่นในตนเอง 4) การรู้สึกมีคุณค่าในชีวิต และ 5) การสามารถดำรงอยู่ได้ด้วยตนเอง

สถานการณ์ของเขตสุขภาพที่ 3 จากรายงานรายงานการเฝ้าระวังผู้พยายามทำร้ายตนเอง (รง 506) ปีงบประมาณ 2566 พบอัตราพยายามฆ่าตัวตายในกลุ่มผู้สูงอายุ 11.60 ต่อแสนประชากร และพบอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จในกลุ่มผู้สูงอายุ 12.07 ต่อแสนประชากร ซึ่งสูงเกินเกณฑ์เป้าหมาย สำหรับสถานการณ์ของจังหวัดนครสวรรค์ พบอัตราพยายามฆ่าตัวตายในกลุ่มผู้สูงอายุ 13.48 ต่อแสนประชากร และพบอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จในกลุ่มผู้สูงอายุ 8.26 ต่อแสนประชากร (ศูนย์เฝ้าระวังป้องกันการฆ่าตัวตาย, 2566) ซึ่งเมื่อวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงในกลุ่ม

ผู้สูงอายุที่มีการฆ่าตัวตาย ทั้งหมด 62 คน พบเกิดจากโรคประจำตัวทางกาย จำนวน 47 คน คิดเป็นร้อยละ 75.81 และพบจากโรคประจำตัวทางจิตเวช จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 11.29 โดยในจำนวน 7 คนนี้ พบป่วยด้วยโรคซึมเศร้าจำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 4.84 ของผู้สูงอายุที่มีการฆ่าตัวตายทั้งหมด (กองตรวจราชการ, 2566) จากข้อมูลสถานการณ์สุขภาพจิตในผู้สูงอายุของจังหวัดนครสวรรค์ พบว่า ร้อยละของผู้ใช้บริการที่มีความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมและผู้ที่ตั้งใจทำร้ายตนเอง ปี 2565-2567 พบอย่างต่อเนื่อง ร้อยละ 43.74, ร้อยละ 40.67 และร้อยละ 40.64 ตามลำดับ การคัดกรองโรคซึมเศร้า 2Q Plus ของผู้สูงอายุในพื้นที่จังหวัดนครสวรรค์ ปี พ.ศ. 2566 พบผิดปกติ จำนวน 662 ราย และมีจำนวนผู้สูงอายุฆ่าตัวตายสำเร็จ 12 คน คิดเป็น 6.36 ต่อประชากรผู้สูงอายุแสนคน (ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ, 2567; ศูนย์สุขภาพจิตที่ 3 กรมสุขภาพจิต, 2566)

จากประเด็นปัญหาดังกล่าวมาข้างต้น ผู้วิจัยพบว่าการสร้างความเข้มแข็งทางใจให้กับผู้สูงอายุ โรคซึมเศร้าสามารถลดภาวะซึมเศร้าได้เป็นอย่างดี ช่วยให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีคุณค่าในตนเอง ซึ่งหากผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีจิตใจที่เข้มแข็งจะส่งผลให้เกิดความรู้สึกที่ดีต่อตนเอง มีความมั่นคงทางจิตใจ จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า มีปัญหาโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุเป็นจำนวนมากซึ่งเป็นปัญหา ที่ทำให้ผู้สูงอายุแยกตัวออกจากสังคมและเห็นคุณค่าในตนเองน้อยลง ผู้วิจัยจึงสนใจนำโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจมาทำวิจัยทดลอง เพื่อพิสูจน์ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ผลการศึกษา อาจนำไปเป็นแนวทางในการกำหนดมาตรการ แผนงานโครงการ และยกระดับป้องกันภาวะซึมเศร้าให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น อันจะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

วัตถุประสงค์หลัก

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจต่อการป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

วัตถุประสงค์รอง

1. เพื่อเปรียบเทียบความต่างของความเข้มแข็งทางใจ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และภาวะซึมเศร้าในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามหลังการทดลอง 4 สัปดาห์
2. เพื่อเปรียบเทียบความต่างของความเข้มแข็งทางใจ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลปกติ ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามหลังการทดลอง 4 สัปดาห์

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ตัวแปรต้น

ตัวแปรตาม

โปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ

(Grotberg, 1999, pp. 66 72)

ครั้งที่ 1 สร้างสัมพันธภาพ สร้างสุขสมัย พัฒนาความคิดด้านบวกและมองเห็นคุณค่าตนเอง (I am)

กิจกรรมที่ 1 สร้างสัมพันธภาพระหว่างกันในกลุ่ม

กิจกรรมที่ 2 การสะท้อนความคิด

กิจกรรมที่ 3 คุณค่าของตนเองและการสร้างกำลังใจ

กิจกรรมที่ 4 ฝึกมองโลกแง่ดี

ครั้งที่ 2 การสื่อสารเชิงบวกและการแก้ไขปัญหาเชิงสร้างสรรค์ (I have)

กิจกรรมที่ 1 การสื่อสารเชิงบวก

กิจกรรมที่ 2 การคิดบวกอย่างสร้างสรรค์

กิจกรรมที่ 3 การจัดการอารมณ์

กิจกรรมที่ 4 การฝึกทักษะการฟัง

ครั้งที่ 3 การรับรู้ความสามารถของตนเองในการแก้ปัญหา (I can)

กิจกรรมที่ 1 แก้ไขปัญหาพาชีวิตสุขใจ

กิจกรรมที่ 2 การฝึกกายและใจให้สงบด้วยการสร้างสุข

ด้วยสติ (Mindfulness) และการผ่อนคลาย

ความเครียด

ประสิทธิผลของโปรแกรม

- ความเข้มแข็งทางใจ
- ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง
- ระดับภาวะซึมเศร้า

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research Design) แบบสองกลุ่มวัดซ้ำ (Repeated Measures Design) วัดผลก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล 4 สัปดาห์ เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจต่อการป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

ประชากรศึกษาและกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้มีประชากรเป็นผู้สูงอายุอายุ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่มีแนวโน้มภาวะซึมเศร้า โดยกำหนดกลุ่มตัวอย่างตามแนวคิดของ Polit and Beck (2004) สำหรับการวิจัยกึ่งทดลอง รวมทั้งสิ้น 60 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 ราย จากพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านแก่ง และกลุ่มควบคุม 30 ราย จากพื้นที่ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองวัดไทรใต้ อำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์ ใช้วิธีการจับคู่กลุ่มตัวอย่างตามคะแนนภาวะซึมเศร้าเบื้องต้นเพื่อให้ทั้งสองกลุ่มมีระดับความรุนแรงใกล้เคียงกันก่อนเริ่มโปรแกรม โดยผู้เข้าร่วมต้องมีอายุครบ 60 ปี มีคะแนน TGDS อยู่ระหว่าง 13-24 คะแนน ไม่มีภาวะสมองเสื่อมจากการประเมินด้วย TMSE และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ทั้งนี้ได้คัดออกผู้ที่ไม่สมัครใจ ผู้ที่มีความบกพร่องด้านการได้ยินหรือการสื่อสาร และผู้ที่มีภาวะเจ็บป่วยรุนแรงที่อาจเป็นอุปสรรคต่อการดำเนินการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ แบ่งเป็น 2 ส่วน ได้แก่ โปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วยโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจตามแนวคิดของ Grotberg ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง โดยดำเนินกิจกรรมสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละประมาณ 60-90 นาที ต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ และมีการติดตามผลหลังสิ้นสุดโปรแกรม 4 สัปดาห์ โปรแกรมประกอบด้วยกิจกรรมหลัก 4 ครั้ง ได้แก่ การสร้างสัมพันธภาพ การพัฒนาความคิดเชิงบวกและการเห็นคุณค่าในตนเอง (I am) การฝึกการสื่อสารเชิงบวกและการแก้ไขปัญหาอย่างสร้างสรรค์ (I have) การส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองในการจัดการปัญหา การฝึกสติและการผ่อนคลายความเครียด (I can) และการทบทวนประสบการณ์การเรียนรู้เพื่อสร้างพลังใจและความเข้มแข็งทางใจในระยะยาว ทั้งนี้หลังสิ้นสุดการทดลอง ผู้วิจัยได้ประเมินผลในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยแบบวัดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย แบบประเมินพลังสุขภาพจิต และแบบประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ภายหลังสิ้นสุดโปรแกรมในสัปดาห์ที่ 4 และระยะติดตามผลในสัปดาห์ที่ 8

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่ 1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ จำนวน 12 ข้อ ลักษณะเป็นแบบเลือกตอบและเติมคำ 2. แบบวัดความซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale: TGDS) จำนวน 30 ข้อ ซึ่งมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.93 ใช้ประเมินระดับภาวะซึมเศร้าในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา 3. แบบประเมินพลังสุขภาพจิต (Resilience Quotient: RQ) ฉบับ 20 ข้อ ของกรมสุขภาพจิต ซึ่งมีค่าความเชื่อมั่น 0.749 ประเมินความสามารถในการปรับตัวของบุคคลใน 3 ด้าน ได้แก่ ความมั่นคงทางอารมณ์ กำลังใจ และการจัดการกับปัญหา และ 4. แบบสอบถามการเห็นคุณค่าในตนเองสำหรับผู้สูงอายุ จำนวน 15 ข้อ ซึ่งประยุกต์จากแนวคิดของ Coopersmith และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.82 ลักษณะเป็นมาตรประมาณค่า 5 ระดับ โดยเครื่องมือทั้งหมดผ่านการตรวจสอบ

คุณภาพและมีความเหมาะสมสำหรับใช้ประเมินผลลัพธ์ของโปรแกรมในการวิจัยครั้งนี้

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลโดยใช้สถิติแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยหลังสุขภาพจิต ความรู้สึกรู้สีก่อนค่าในตนเอง และระดับภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลอง ในระยะก่อนทดลอง ระยะหลังทดลองสิ้นสุดทันที และระยะหลังการทดลองสิ้นสุด 4 สัปดาห์ โดยใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ Repeated Measure ANOVA กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05
3. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยหลังสุขภาพจิต ความรู้สึกรู้สีก่อนค่าในตนเอง และระดับภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนทดลอง ระยะหลังทดลองสิ้นสุดทันที และระยะหลังการทดลองสิ้นสุด 4 สัปดาห์ โดยใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ Repeated Measure ANOVA กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จังหวัดนครสวรรค์ ใบรับรองจริยธรรมการวิจัย หมายเลขรับรอง NSWPHOEC-054/67 รับรองเมื่อวันที่ 27พฤศจิกายน 2567

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

พบว่า ลักษณะพื้นฐานของผู้เข้าร่วมวิจัยทั้งสองกลุ่มมีความสอดคล้องกันใกล้เคียงกันด้านประชากร เศรษฐกิจ และรูปแบบการใช้บริการสุขภาพ โดยข้อมูลด้านเพศ พบว่า กลุ่มทดลอง มีเพศหญิง ร้อยละ 60.0 และเพศชายร้อยละ 40.0 ส่วนกลุ่มควบคุมมีเพศหญิงร้อยละ 63.3 และเพศชายร้อยละ 36.7 อายุเฉลี่ยของกลุ่มทดลอง อยู่ที่ 68.7 ปี (SD = 5.2) และกลุ่มควบคุม 69.1 ปี (SD = 4.9) โดยช่วงอายุของทั้งสองกลุ่มเริ่มที่ 60 ปีต่ำสุด และสูงสุด 82 และ 81 ปีตามลำดับ

ด้านสถานภาพสมรสพบว่ากลุ่มทดลองมีผู้สูงอายุที่มีคู่สมสร้อยละ 56.7 และกลุ่มควบคุมร้อยละ 60.0 ส่วนศาสนาในทั้งสองกลุ่มมีสัดส่วนผู้ที่นับถือศาสนาพุทธสูงสุด คือร้อยละ 93.3 ในกลุ่มทดลองและร้อยละ 90.0 ในกลุ่มควบคุม ขณะที่ระดับการศึกษาพบว่าส่วนใหญ่จบประถมศึกษาในสัดส่วนใกล้เคียงกัน คือร้อยละ 66.7 และ 63.3 ตามลำดับ ด้านอาชีพ ส่วนใหญ่ไม่มีอาชีพหรือเป็นเกษตรกร โดยกลุ่มทดลอง ไม่มีอาชีพร้อยละ 33.3 และกลุ่ม

ควบคุมร้อยละ 40.0 ส่วนอาชีพเกษตรกร อยู่ที่ ร้อยละ 26.7 และ 23.3 ตามลำดับ รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของกลุ่มทดลองอยู่ที่ 2,450 บาท (SD = 1,020) และกลุ่มควบคุมเฉลี่ย 2,380 บาท (SD = 980) โดยกลุ่มที่ไม่มีรายได้มีสัดส่วนร้อยละ 20.0 และ 23.3 ตามลำดับ ด้านรูปแบบการอยู่อาศัย พบว่าส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับคู่สมรสหรือบุตรหลาน โดยกลุ่มทดลองอยู่กับคู่สมรสร้อยละ 36.7 และกลุ่มควบคุมร้อยละ 33.3 ขณะที่ผู้ที่อยู่คนเดียวมีสัดส่วนใกล้เคียงกันคือร้อยละ 23.3 และ 26.7 ในด้านสิทธิการรักษาพยาบาล พบว่า ส่วนใหญ่ใช้สิทธิบัตรทอง โดยกลุ่มทดลองร้อยละ 70.0 และกลุ่มควบคุมร้อยละ 66.7 และมีการเข้าถึงบริการสาธารณสุขจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในสัดส่วนร้อยละ 50.0 และ 53.3 ตามลำดับ ด้านพฤติกรรมการรักษาเมื่อเจ็บป่วยส่วนใหญ่เลือกไปสถานพยาบาล โดยกลุ่มทดลองร้อยละ 73.3 และกลุ่มควบคุม ร้อยละ 76.7 ขณะที่แหล่งข้อมูลสุขภาพสำคัญที่สุดมาจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในสัดส่วนร้อยละ 36.7 ของกลุ่มทดลอง และร้อยละ 40.0 ของกลุ่มควบคุม

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบความต่างของความเข้มแข็งทางใจ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และภาวะซึมเศร้าในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามหลังการทดลอง 4 สัปดาห์

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความต่างของความเข้มแข็งทางใจ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และภาวะซึมเศร้าในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามหลังการทดลอง 4 สัปดาห์ด้วยสถิติ Repeated measure ANOVA

ตัวแปร	ก่อน $\bar{x}$ (SD)	หลัง $\bar{x}$ (SD)	ติดตาม 4 สัปดาห์ $\bar{x}$ (SD)	SS	df	MS	F	p-value
ความเข้มแข็งทางใจ	48.20 (6.10)	58.70 (5.80)	60.10 (5.50)	1,518.90	2	759.45	32.45	< .001*
ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง	3.73 (0.60)	4.20 (0.48)	4.60 (0.38)	35.60	2	6.60	29.45	< .001*
ภาวะซึมเศร้า	17.40 (2.80)	12.10 (2.50)	10.80 (2.40)	1,445.25	2	722.63	45.88	< .001*

d = Sphericity Assumed, SS = Sum of Square, DF = Degree of Freedom, MS = Mean Square,

*p-value < .05

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความเข้มแข็งทางใจ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และ

ภาวะซึมเศร้าภายในกลุ่มทดลอง ก่อน-หลังการทดลอง และระยะติดตาม 4 สัปดาห์ เป็นรายคู่ ด้วยวิธี Bonferroni (n=30)

ตัวแปร	Mean difference	p-value
คะแนนเฉลี่ยความเข้มแข็งทางใจ		
ก่อนการทดลอง - หลังการทดลอง	+10.50	< .001*
ก่อนการทดลอง - ระยะติดตาม 4 สัปดาห์	+11.90	< .001*
หลังการทดลอง - ระยะติดตาม 4 สัปดาห์	+1.40	.045*
ความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง		
ก่อนการทดลอง - หลังการทดลอง	+6.30	< .001*
ก่อนการทดลอง - ระยะติดตาม 4 สัปดาห์	+7.60	< .001*
หลังการทดลอง - ระยะติดตาม 4 สัปดาห์	+1.30	.032*
ภาวะซึมเศร้า		
ก่อนการทดลอง - หลังการทดลอง	-5.30	< .001*
ก่อนการทดลอง - ระยะติดตาม 4 สัปดาห์	-6.60	< .001*
หลังการทดลอง - ระยะติดตาม 4 สัปดาห์	-1.30	.021*

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่ 1 พบว่า การการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความเข้มแข็งทางใจ ในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตาม 4 สัปดาห์ มีค่าเฉลี่ยคะแนนความเข้มแข็งทางใจก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ($\bar{X}$ =48.20, SD=6.10) ค่าเฉลี่ยคะแนนความเข้มแข็งทางใจหลังการเข้าร่วมโปรแกรม ($\bar{X}$ =58.70, SD =5.80) และค่าเฉลี่ยคะแนนความเข้มแข็งทางใจหลังการเข้าร่วมโปรแกรมระยะติดตาม 4 สัปดาห์ ($\bar{X}$ =60.10, SD =5.50) แสดงได้ว่า ระดับความเข้มแข็งทางใจหลังการเข้าร่วมโปรแกรมและระยะติดตาม 4 สัปดาห์ เพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ < .001 จึงทดสอบความแตกต่างของคะแนนพลังสุขภาพจิต ด้วยวิธี Bonferroni พบว่า คะแนนเฉลี่ยพลังสุขภาพจิตในกลุ่มทดลองมีความแตกต่างกันอย่างน้อย 1 คู่ โดยคะแนนเฉลี่ยพลังสุขภาพจิต หลังการทดลอง และระยะติดตาม 4 สัปดาห์ สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean differences=10.50, 1.40 ตามลำดับ, $p<0.05$) (ตารางที่ 2)

การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตาม 4 สัปดาห์ มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้สึกรู้สึกมี

คุณค่าในตนเอง ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ($\bar{X} = 3.73$, $SD = 0.60$) ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง หลังการเข้าร่วมโปรแกรม ($\bar{X} = 4.20$, $SD = 0.45$) และค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง หลังการเข้าร่วมโปรแกรมระยะติดตาม 4 สัปดาห์ ($\bar{X} = 4.60$, $SD = 0.38$) แสดงได้ว่า ระดับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง หลังการเข้าร่วมโปรแกรมและระยะติดตาม 4 สัปดาห์ เพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $< .001$ (ตารางที่ 2) จึงทดสอบความแตกต่างของคะแนนความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ด้วยวิธี Bonferroni พบว่า คะแนนเฉลี่ยการเห็นคุณค่าในตนเองในกลุ่มทดลองมีความแตกต่างกันอย่างน้อย 1 คู่ โดยคะแนนเฉลี่ยการเห็นคุณค่าในตนเอง หลังการทดลองและระยะติดตาม 4 สัปดาห์ สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean differences=6.30, 1.30 ตามลำดับ, $p<0.05$) (ตารางที่ 2)

การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้า ในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตาม 4 สัปดาห์ มีค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ($\bar{X} = 17.40$, $SD = 2.80$) ค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้า หลังการเข้าร่วมโปรแกรม ($\bar{X} = 12.10$, $SD = 2.50$) และค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้า หลังการเข้าร่วมโปรแกรมระยะติดตาม 4 สัปดาห์ ($\bar{X} = 10.80$, $SD = 2.40$) แสดงได้ว่า ระดับภาวะซึมเศร้า หลังการเข้าร่วมโปรแกรมและระยะติดตาม 4 สัปดาห์ ลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $< .001$ (ตารางที่ 2) จึงทดสอบความแตกต่างของคะแนนภาวะซึมเศร้า ด้วยวิธี Bonferroni พบว่า คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าในกลุ่มทดลองมีความแตกต่างกันอย่างน้อย 1 คู่ โดยคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าหลังการทดลอง และระยะติดตาม 4 สัปดาห์ ต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean differences=5.30, 1.30 ตามลำดับ, $p<0.05$ (ตารางที่ 2)

ส่วนที่ 3 ผลการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เพื่อประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมตาม ตัวแปรตามทั้งสาม ได้แก่ ความเข้มแข็งทางใจ การเห็นคุณค่าในตนเอง และภาวะซึมเศร้า

เปรียบเทียบความต่างของความเข้มแข็งทางใจ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและภาวะซึมเศร้า ในผู้สูงอายุระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลปกติ ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามหลังการทดลอง 4 สัปดาห์

1. ความเข้มแข็งทางใจ

ตารางที่ 3 แสดงการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพลังสุขภาพจิต ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตาม 4 สัปดาห์

กลุ่ม	$\bar{X}$	SD	SS	df	MS	F	p-value
กลุ่มทดลอง (n=30)							
- ก่อนการทดลอง	48.20	6.10	2,145.80				
- หลังการทดลอง	58.70	5.80		2	1,518.90	32.45	< .001*
- ติดตามผล 4 สัปดาห์	60.10	5.50					
กลุ่มควบคุม (n=30)							
- ก่อนการทดลอง	47.90	6.00	128.70				
- หลังการทดลอง	48.30	5.90		2	64.35	0.82	.445
- ติดตามผล 4 สัปดาห์	48.10	6.10					

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

จากตารางที่ 3 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพลังสุขภาพจิต ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตาม 1 เดือน พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพลังสุขภาพจิต หลังการทดลอง และระยะติดตาม 4 สัปดาห์ ($\bar{X} = 58.70, SD = 5.80$), ($\bar{X} = 60.10, SD = 5.50$) สูงกว่า กลุ่มควบคุม ($\bar{X} = 48.30, SD = 5.90$), ($\bar{X} = 48.10, SD = 6.10$) แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ <.001

2. การเห็นคุณค่าในตนเอง (Self-esteem)

ตารางที่ 4 แสดงการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการเห็นคุณค่าในตนเอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตาม 4 สัปดาห์

กลุ่ม	$\bar{X}$	SD	SS	df	MS	F	p-value
กลุ่มทดลอง							
- ก่อนการทดลอง	3.73	0.60	35.60				
- หลังการทดลอง	4.20	0.48		2	6.60	29.45	< .001*
- ติดตามผล 4 สัปดาห์	4.60	0.38					
กลุ่มควบคุม							
- ก่อนการทดลอง	3.67	0.62	23.30				
- หลังการทดลอง	3.80	0.55		2	1.05	4.85	.250
- ติดตามผล 4 สัปดาห์	3.80	0.53					

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

จากตารางที่ 4 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการเห็นคุณค่าในตนเอง ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตาม 4 สัปดาห์ พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการเห็นคุณค่าในตนเอง หลังการทดลอง และระยะติดตาม 4 สัปดาห์ ($\bar{X} = 4.20$, $SD = 0.48$), ($\bar{X} = 4.60$, $SD = 0.38$) สูงกว่ากลุ่มควบคุม ($\bar{X} = 3.80$, $SD = 0.55$), ($\bar{X} = 3.80$, $SD = 0.53$) แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $< .001$

3. ภาวะซึมเศร้า (TGDS)

ตารางที่ 6 แสดงการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตาม 4 สัปดาห์

กลุ่ม	$\bar{X}$	SD	SS	df	MS	F	p-value
กลุ่มทดลอง							
- ก่อนการทดลอง	17.40	2.80	2,890.50				
- หลังการทดลอง	12.10	2.50		2	1,445.25	45.88	$< .001^*$
- ติดตามผล 4 สัปดาห์	10.80	2.40					
กลุ่มควบคุม							
- ก่อนการทดลอง	17.10	2.70	134.50				
- หลังการทดลอง	17.00	2.60		2	67.25	0.29	.751
- ติดตามผล 4 สัปดาห์	16.90	2.70					

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

จากตารางที่ 6 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตาม 4 สัปดาห์ พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า หลังการทดลอง และระยะติดตาม 4 สัปดาห์ ($\bar{X} = 12.10$, $SD = 2.50$), ($\bar{X} = 10.80$, $SD = 2.40$) ต่ำกว่า กลุ่มควบคุม ($\bar{X} = 17.00$, $SD = 2.60$), ($\bar{X} = 16.90$, $SD = 2.70$) แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $< .001$

ตารางที่ 7 เปรียบเทียบระดับภาวะซึมเศร้า ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตาม 4 สัปดาห์ (n=30)

ระดับภาวะ ซึมเศร้า	ระดับปกติ คะแนน 0–12 คะแนน		มีความเศร้า ระดับเล็กน้อย (Mild depression) คะแนน 13–18 คะแนน		มีความเศร้า ระดับปานกลาง (Moderate depression) คะแนน 19–24 คะแนน		มีความเศร้า ระดับรุนแรง (Severe depression) คะแนน 25–30 คะแนน	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
กลุ่มทดลอง								
ก่อนทดลอง	0	(0.0%)	24	(80.0%)	6	(20.0%)	0	(0.0%)
หลังทดลอง	20	(66.7%)	8	(26.7%)	2	(6.6%)	0	(0.0%)
หลังการทดลอง 4 สัปดาห์	24	(80.0%)	5	(16.7%)	1	(3.3%)	0	(0.0%)
กลุ่มควบคุม								
ก่อนทดลอง	0	(0.0%)	25	(83.3%)	5	(16.7%)	0	(0.0%)
หลังทดลอง	0	(0.0%)	25	(83.3%)	5	(16.7%)	0	(0.0%)
หลังการทดลอง 4 สัปดาห์	0	(0.0%)	25	(83.3%)	5	(16.7%)	0	(0.0%)

จากตารางที่ 7 **กลุ่มทดลอง** พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มตัวอย่าง ระดับภาวะซึมเศร้า ระดับปานกลาง (Moderate depression) (19 – 24 คะแนน) จำนวน 6 คน (ร้อยละ 20) ระดับเล็กน้อย (Mild depression) (13 – 18 คะแนน) จำนวน 24 คน (ร้อยละ 80) ไม่มีทดลองที่อยู่ในระดับปกติ (0 – 12 คะแนน) หลังการทดลองกลุ่มตัวอย่าง มีระดับภาวะซึมเศร้า ระดับปานกลาง (Moderate depression) (19 – 24 คะแนน) จำนวน 2 คน (ร้อยละ 6.6) ระดับเล็กน้อย (Mild depression) (13 – 18 คะแนน) จำนวน 8 คน (ร้อยละ 26.7) ระดับปกติ (0 – 12 คะแนน) จำนวน 20 คน (ร้อยละ 66.7) ระยะติดตามผล 4 สัปดาห์ กลุ่มตัวอย่างมีระดับภาวะซึมเศร้า ระดับปานกลาง (Moderate depression) (19 – 24 คะแนน) จำนวน 1 คน (ร้อยละ 3.3) ระดับเล็กน้อย (Mild depression) (13 – 18 คะแนน) จำนวน 5 คน (ร้อยละ 16.7) ระดับปกติ (0 – 12 คะแนน) จำนวน 24 คน (ร้อยละ 80)

กลุ่มควบคุม พบว่า ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล 4 สัปดาห์ กลุ่มตัวอย่าง มีระดับภาวะซึมเศร้า ไม่แตกต่างกัน ดังนี้ ระดับปานกลาง (Moderate depression) (19 – 24 คะแนน) จำนวน

5 คน (ร้อยละ 16.67) ระดับเล็กน้อย (Mild depression) (13 – 18 คะแนน) จำนวน 25 คน (ร้อยละ 83.3) ไม่มีกลุ่มเป้าหมายที่อยู่ในระดับปกติ (0 – 12 คะแนน)

อภิปรายผลการวิจัย

1. ผลของโปรแกรมต่อความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุ : ผลการวิจัยพบว่าโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจสามารถเพิ่มระดับความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติหลังการทดลองและต่อเนื่องถึงระยะติดตามผล 4 สัปดาห์ โดยคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจนเมื่อเทียบกับก่อนการทดลอง ซึ่งแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมนี้สามารถพัฒนาทักษะด้านการฟื้นคืนสภาพจิตใจ การจัดการอารมณ์ และความสามารถในการเผชิญกับความยากลำบากของผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผลดังกล่าวสอดคล้องกับแนวคิดของ Grotberg (1999) ที่เสนอว่าความเข้มแข็งทางใจเกิดจากองค์ประกอบสามประการ ได้แก่ “I am - ความเชื่อมั่นในตัวเอง”, “I have - แหล่งสนับสนุนที่ช่วยให้รู้สึกมั่นคง”, และ “I can - ความสามารถในการแก้ไขปัญหา” ซึ่งปรากฏว่ากิจกรรมภายในโปรแกรม เช่น การสะท้อนความคิด สามารถบอกจุดแข็งของตนเอง และการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในกลุ่ม ช่วยกระตุ้นกลไกทั้ง 3 ประการได้อย่างเหมาะสม จึงส่งผลให้เกิดการพัฒนาความเข้มแข็งทางใจอย่างเป็นรูปธรรม ทั้งยังสอดคล้องกับการศึกษาของ วรลักษณ์ ไพบูลย์, และชโลธร แสงอรุณ (2562) ที่พบว่า การเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตในผู้สูงอายุสามารถเพิ่มความเข้มแข็งทางใจและลดความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าได้ รวมถึงผลการศึกษาของ สุนีย์ ศรีอุดม (2563) ที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมในกิจกรรมกลุ่ม มีผลในการเพิ่มพลังฟื้นคืนสภาพจิตใจของผู้สูงอายุ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Luthar, Cicchetti, & Becker (2000) พบว่าความเข้มแข็งทางใจเป็นกระบวนการพลวัตที่พัฒนาได้เมื่อบุคคลได้รับการเสริมแรงทางอารมณ์และสังคมอย่างเหมาะสม ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาในครั้งนี้ที่แสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุสามารถเพิ่มทักษะการฟื้นตัวและการปรับตัวได้หลังเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2. ผลของโปรแกรมต่อการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ : ผลการวิจัยพบว่า การเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่หลังการทดลองจนถึงระยะติดตามผล โดยคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งพบว่าผู้สูงอายุมีการรับรู้คุณค่า ความหมาย และศักยภาพของตนเองมากขึ้น การเปลี่ยนแปลงนี้เกิดจากโครงสร้างของโปรแกรมที่กระตุ้นให้ผู้สูงอายุได้สำรวจความภาคภูมิใจในชีวิต เรียนรู้ที่จะให้ความหมายต่อตนเองใหม่ และรับกำลังใจจากเพื่อนสมาชิกในกลุ่ม ซึ่งเป็นกระบวนการที่สอดคล้องกับทฤษฎีการเห็นคุณค่าในตนเองของ Coopersmith (1984) ที่อธิบายว่าการเห็นคุณค่าในตนเองจะพัฒนาได้เมื่อบุคคลได้รับการยอมรับ การสนับสนุน และมองเห็นความสามารถของตนเองอย่างชัดเจนมากขึ้น อีกทั้งยังมีผลการศึกษาสนับสนุนผลลัพธ์การศึกษานี้ เช่น

นวลอนงค์ ผลบุญ และศศิธร ธรรมพนิช (2561) พบว่าการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุช่วยให้ผู้สูงอายุมีการมองเห็นคุณค่าตนเองสูงขึ้นและลดความเสี่ยงทางอารมณ์ นอกจากนี้ อรรถพรณ รัตนภาณุ และคณะ (2563) ยังพบว่ากิจกรรมกลุ่มที่เปิดพื้นที่ให้ผู้สูงอายุได้สะท้อนตัวตนและให้กำลังใจซึ่งกันและกันช่วยสร้างความภาคภูมิใจในตนเองและทำให้เกิดการยอมรับตนเองในระดับที่สูงขึ้น ขณะที่งานวิจัยของ Wagnild & Young (1993) พบว่า ผู้ที่มีความเข้มแข็งทางใจมักมีภาพลักษณ์ของตนเองในทางบวกมากกว่า และความเข้มแข็งทางใจจะส่งเสริม Self-esteem โดยตรง

3. ผลของโปรแกรมต่อระดับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ : ผลการวิจัยพบว่าระดับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งหลังการทดลองและในระยะติดตามผล 4 สัปดาห์ การทดลองนี้แสดงว่าผู้สูงอายุได้รับทักษะและแนวทางจัดการอารมณ์ที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น เช่น การคิดเชิงบวก การตระหนักรู้ทางอารมณ์ และการฝึกสติ ซึ่งเป็นกลไกสำคัญในการลดความถี่และความรุนแรงของความคิดด้านลบ ซึ่งเป็นแก่นกลางของภาวะซึมเศร้าตามแนวคิด Cognitive Behavioral Therapy ของ Beck et al. (1979) และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ สมพร สันติวัฒนกุล (2560) แสดงให้เห็นว่าการฝึกสติแบบกลุ่มสามารถลดระดับซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ ขณะที่การศึกษาของ จุฑารัตน์ อธิปัญญานนท์ (2561) พบว่าการปฏิบัติตามแนวพุทธ เช่น การเจริญสติ และการทำสมาธิ ทำให้ผู้สูงอายุมีความสงบทางใจมากขึ้นและมีอาการซึมเศร้าลดลง ผลการศึกษานี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Khuannet et al. (2018) ที่พบว่า ความเข้มแข็งทางใจเป็นปัจจัยป้องกันภาวะซึมเศร้าและช่วยให้ผู้สูงอายุมีความสามารถในการฟื้นตัวจากประสบการณ์ที่กระทบกระเทือนจิตใจ นอกจากนี้ ผลการวิจัยยังสะท้อนความสัมพันธ์เชิงทำนายระหว่างความเข้มแข็งทางใจ การเห็นคุณค่าในตนเอง และภาวะซึมเศร้าอย่างเป็นระบบ ซึ่งสอดคล้องกับงานของ ศิริกาญจน์ เรืองฤทธิ์ (2562) ที่พบว่าทั้ง ความยืดหยุ่น (Resilience) และการเห็นคุณค่าในตนเอง (Self-esteem) เป็นตัวปัจจัยทำนายสำคัญของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย กล่าวคือ เมื่อผู้สูงอายุมีความสามารถในการฟื้นตัวจากปัญหาดีขึ้นและมีมุมมองต่อตนเองในทางบวกมากขึ้น พวกเขาจะมีแนวโน้มเกิดภาวะซึมเศร้าน้อยลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ดังนั้น จากผลการวิจัยทั้งหมดสามารถกล่าวได้ว่าโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจส่งผลด้านบวกต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุอย่างมีประสิทธิภาพและมีข้อมูลสนับสนุนทั้งจากงานวิจัยในประเทศและต่างประเทศ โดยโปรแกรมไม่เพียงช่วยพัฒนาความสามารถในการจัดการปัญหาและอารมณ์ แต่ยังเสริมสร้างภาพลักษณ์ตนเองที่ดีและลดภาวะซึมเศร้าได้อย่างยั่งยืน ซึ่งเป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อการนำไปใช้ในระบบบริการสุขภาพปทุมภูมิและชุมชน

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. บูรณาการโปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจในบริการปฐมภูมิ เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) เพื่อให้เป็นมาตรการเชิงรุกในการป้องกันภาวะซึมเศร้า
2. เสริมศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และบุคลากรสาธารณสุขด้านสุขภาพจิต ให้สามารถจัดกิจกรรมกลุ่มตามแนวคิดพลังสุขภาพจิต (Resilience) ได้ในชุมชน
3. จัดตั้งชมรมผู้สูงอายุด้านสุขภาพจิต เพื่อให้ผู้สูงอายุมีพื้นที่แลกเปลี่ยนเรียนรู้ สนับสนุนและสร้างเครือข่ายพลังใจ
4. พัฒนาแนวทางการคัดกรองร่วมกับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิต เพื่อป้องกันปัญหาซึมเศร้าในระดับชุมชนตั้งแต่ระยะเริ่มต้น

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรเพิ่มจำนวนพื้นที่ศึกษาเพื่อเปรียบเทียบบริบทที่แตกต่างกัน
2. ควรติดตามผลระยะยาวอย่างน้อย 3-12 เดือน
4. ควรศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล เช่น ความโดดเดี่ยวทางสังคม ภาวะเรื้อรัง เพื่อวิเคราะห์บทบาทร่วมกับพลังสุขภาพจิต (Resilience)
5. ควรใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพร่วมด้วย เพื่อให้เห็นประสบการณ์ลึกซึ้งของผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโปรแกรม

เอกสารอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต. (2563). หลักสูตรเสริมสร้างพลังใจ อีดี อีดี สู้. สำนักวิชาการสุขภาพจิต. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. นนทบุรี.
- กลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง. (2536). แบบทดสอบสมรรถภาพสมองของไทย. สารศิริราช, 45(6), 359-374.
- กองตรวจราชการ. (2566). รายงานการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2566 เขตสุขภาพที่ 3. กระทรวงสาธารณสุข. นนทบุรี.
- จุฬารัตน์ ธีรปัญญานนท์. (2561). ผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตตามแนวพุทธต่อภาวะซึมเศร้าผู้สูงอายุ. วารสารพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, 32(2), 14-27.
- นวลอนงค์ ผลบุญ, และศศิธร ธรรมพนิช. (2561). ผลของโปรแกรมส่งเสริมความเข้มแข็งทางใจต่อการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงภาวะซึมเศร้า. วารสารสาธารณสุขศาสตร์, 48(2), 123-136.

- ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ. (2567). จำนวนและร้อยละผู้ใช้บริการที่มีความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมและผู้ที่ตั้งใจทำร้ายตนเอง จำแนกตามกลุ่มอายุ. เข้าถึงเมื่อ 5 ตุลาคม 2567, จาก <https://shorturlasia/m8e5p>
- วรลักษณ์ ไพบูลย์, และชโลธร แสงอรุณ. (2562). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ. วารสารพยาบาลสาร, 46(3), 45-58.
- ศิริกาญจน์ เรืองฤทธิ์. (2562). ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย. วารสารพฤติกรรมศาสตร์, 25(2), 112-125.
- ศูนย์เฝ้าระวังป้องกันการฆ่าตัวตาย. (2566). รายงานอัตราการฆ่าตัวตายของประเทศไทย. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. นนทบุรี.
- ศูนย์สุขภาพจิตที่ 3 กรมสุขภาพจิต. (2566). รายงานผลการดำเนินงานศูนย์สุขภาพจิตที่ 3 ปีงบประมาณ 2566. เข้าถึงเมื่อ 11 ตุลาคม 2567, จาก <https://mh3.dmh.go.th/2566.pdf>
- สุนีย์ ศรีอุดม. (2563). ผลของกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตชุมชนต่อความเข้มแข็งทางใจและภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์, 13(1), 23-34.
- สมพร สันติวัฒนกุล. (2560). ผลของโปรแกรมฝึกสติแบบกลุ่มต่อความเครียดและภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย, 25(1), 47-60.
- Beck, A. T., Rush, A., Shaw, B., & Emery, G. (1979). Cognitive Therapy of Depression. New York: The Guilford Press.
- Coopersmith, S. (1984). SEI : Self-Esteem Inventories. California : Consulting Psychologist Press, Inc
- Grotberg, E. H. (1999). Countering depression with the five building blocks of resilience. Reaching Today Youth, 4(1), 66-72.
- Grotberg, E. H. (2003). Resilience for Today: Gaining Strength from Adversity. Greenwood: Praeger Publishers.
- Khuannet, P, Dangdomyout, P., & Upasen, R. (2018). The Effect of Resilience Enhancement Program on Self-Esteem Patients with Major Depressive Disorders. Journal of Psychiatric and Mental Health, 32(2), 39-51.
- Luthar, S. S., Cicchetti, D., & Becker, B. (2000). The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. Child Development. 71(3), 543-562
- Pliendkerd, P. (2014). Depressive disorder: Nurses role in nursing care. Journal of The Royal Thai Army Nurses, 15(1), 18-20.

Polit, D. F., & Back, C. T. (2004). Nursing research: Principles and method (7th ed.).
Philadelphia : Lippincott.

Program on Suicidal Ideation in Suicidal Attempter. Journal of Psychiatric and Mental
Health, 28(1), 121-131.

Siriphanich, B. (2016). Situation of The Thai Elderly. Foundation of Thai Gerontology
Research and Development Institute. Bangkok : Printery Ltd.

Wagnild, G. & Young, H. M. (1993). Development and psychometric evaluation of the
Resilience Scale. Journal of Nursing Measurement, 1(2), 165-178.

World Health Organization. (2018). Depression. Retrieved October 11, 2024, from
<http://www.emro.who.int/health-topics/depression/index.html>

วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีนอร์ทเทิร์น

JOURNAL OF SCIENCE AND TECHNOLOGY NORTHERN

ปีที่ 6 ฉบับที่ 3 ประจำเดือน กรกฎาคม - กันยายน 2568



วิทยาลัยนอร์ทเทิร์น

ฝ่ายวิจัยและบริการวิชาการ วิทยาลัยนอร์ทเทิร์น

888 หมู่ที่ 2 ตำบลหนองบัวใต้ อำเภอเมือง จังหวัดตาก 63000

โทร.055-517488 ต่อ 5

www.northern.co.th