วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีนอร์ทเทิร์น

JOURNAL OF SCIENCE AND TECHNOLOGY NORTHERN

ปีที่ 7 ฉบับที่ 2 ประจำเดือน เมษายน - มิถุนายน 2569



วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีนอร์ทเทิร์น ISSN 2730-1583

Journal of Science and Technology Northern

ปีที่ 7 ฉบับที่ 2 เมษายน – มิถุนายน 2569

วัตถุประสงค์ของการจัดพิมพ์วารสาร

1. เพื่อส่งเสริมและสนับสนุนให้นักวิชาการ คณาจารย์ นิสิต นักศึกษา และบุคคลทั่วไป ได้เผยแพร่บทความทางวิชาการและบทความวิจัยที่มีคุณภาพ

2. เพื่อเป็นสื่อกลางในการแลกเปลี่ยนความรู้ ประสบการณ์ด้านวิชาการ และด้านการวิจัย

ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ไตรรัตน์	ยืนยง	อธิการบดีวิทยาลัยนอร์ทเทิร์น

บรรณาธิการ

ดร.พุฒิพงศ์	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 สฤษณ์	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	โพธิ์อ่ำ	วิทยาลัยนอร์ทเทิร์น
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เสน่ห์	แสงเงิน	มหาวิทยาลัยนเรศวร
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ฐาวรี	ขันสำโรง	มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนัญญา	จิระพรกุล	มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธนัช	กนกเทศ	มหาวิทยาลัยนเรศวร
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ภัทรพล	มากมี	มหาวิทยาลัยนเรศวร
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.มณฑา	หมีไพรพฤษย์	มหาวิทยาลัยราชภัฏกำแพงเพชร
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เสาวลักษณ์	ยอดวิญญูวงศ์	มหาวิทยาลัยราชภัฏกำแพงเพชร
ผู้ช่วยศาสตราจารย์พิเศษ ดร.สมตระกูล	ราศิริ	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ไตรรงค์	เปลี่ยนแสง	โปรแกรมวิทยาศาสตร์ทั่วไป
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนัญญา	จิระพรกุล	มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ อานนท์	วงษ์มณี	มหาวิทยาลัยราชภัฏกำแพงเพชร
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ปราณี	เลิศแก้ว	มหาวิทยาลัยราชภัฏกำแพงเพชร
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อภิศักดิ์	ขันแก้วหล้า	มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลล้านนา ตาก
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อัจฉรา	ดลวิทยาคุณ	มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลล้านนา ตาก
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จักรกฤษ	เคลือบวัง	มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลล้านนา ตาก
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.บุษบา	ชมิดท์	มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลล้านนา
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สำราญ	ขันสำโรง	ม.มหาจุฬาลงกรณ์ราชวิทยาลัย วิทยาเขตเชียงใหม่
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ เนาวรัตน์	มณีนิล	มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วีระพรรณ	จันทร์เหลือง	วิทยาลัยนอร์ทเทิร์น
อาจารย์ ดร.ยุพรัตน์	หลิมมงคล	มหาวิทยาลัยขอนแก่น
อาจารย์ ดร.กิตติพัทธ์	เอี่ยมรอด	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตาก
อาจารย์ ดร.จีระเกียรติ	ประสานธนกุล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตาก
อาจารย์ ดร.เมธี	สุทธศิลป์	วิทยาลัยนอร์ทเทิร์น
อาจารย์ ดร.รุ่งตะวัน	เมืองมูล	มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา
อาจารย์ ดร.สถาพร	สาภา	วิทยาลัยนอร์ทเทิร์น

อาจารย์ ผศ.ดร.สุพัฒน์	อาสนะ	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น
อาจารย์ จินดา	ม่วงแก่น	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโรค
อาจารย์ ดร.นพดล	ทองอร่าม	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี
ดร.ชนกนันท์	ฝากมิตร	มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลสุวรรณภูมิ

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

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ในการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดสุโขทัย 1
สุภัทรา เปี่ยมอ่อน.....

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมต่อการโรคความดันโลหิตสูง อำเภอโคกโพธิ์ จังหวัดปัตตานี 27
สุธาทิพย์ จันทคุตโต.....

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ เขตตำบลทุ่งพลา อำเภอโคกโพธิ์ จังหวัดปัตตานี 38
เพียงฤทัย พงษ์กาบ.....

ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของประชากรกลุ่มเสี่ยง เขตเทศบาลตำบลเทพกระษัตรี อำเภอถลาง จังหวัดภูเก็ต 48
อรรยา จันทร์เพ็ญ.....

ประสิทธิผลของรูปแบบการพยาบาลทางไกล (Tele-Nursing) ในการควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ เขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาจาน อำเภอนครไทย จังหวัดพิษณุโลก 66
อธิพงษ์ สุขเพ็ญ , อมรศักดิ์ โพธิ์อ่ำ.....

สารบัญ (ต่อ)

บทความวิจัย หน้า

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เขตตำบลรมณีย์ อำเภอกะปง จังหวัดพังงา 78
สุชาดา อนุกูล.....

การประเมินประสิทธิภาพและศักยภาพความยั่งยืนของระบบสุขภาพ อำเภองาว ในการลดปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 89
วสันต์ จันทร์ศักดิ์.....

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางเหรียง อำเภอทับปุด จังหวัดพังงา 111
ภัชราวลัย บำรุง.....

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคึกคัก อำเภอตะกั่วป่า จังหวัดพังงา 124
วาสนา เวชกุล.....

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านปากพู่ ตำบลท่านา อำเภอกะปง จังหวัดพังงา 136
กาญจนา เหมาะมาศ.....

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสื่อสารเรื่องเพศของผู้ปกครองเด็ก อายุ 13-18ปี เขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลถ้ำ อำเภอตะกั่วทุ่ง จังหวัดพังงา 149
ศิริพร คันธานนท์.....

สารบัญ (ต่อ)

บทความวิจัย หน้า

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มพฤฒพลัง เขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางทอง อำเภอท้ายเหมือง จังหวัดพังงา 162
อัญชลี ศักดาสาวิตร.....

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ เขตตำบลกระโสม อำเภอตะกั่วทุ่ง จังหวัดพังงา 176
สุดาวดี สินทรัพย์.....

ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง เขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคึกคัก อำเภอตะกั่วป่า จังหวัดพังงา 190
เมธยา ชูเหล็ก.....

ผลของโปรแกรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และค่าระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด ของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ในตำบลบ้านติ้ว อำเภอหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์ 202
พัณณิตา คำโสม, พัฒนาวดี พัฒนถาบุตร และธนัช กนกเทศ.....

ประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเอง เพื่อลดความเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนของความดันโลหิตสูง ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ตำบลน้ำขุม อำเภอศรีนคร จังหวัดสุโขทัย 221
สมบัติ ยาวิชัย.....

สารบัญ (ต่อ)

บทความวิจัย	หน้า
ประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลต่อเนื่องแบบบูรณาการ ต่อผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองและความพึงพอใจของผู้ดูแลผู้ป่วยประคับประคองระยะท้าย อำเภอเชียงแสน จังหวัดเชียงราย ชณิดาภา นันต๊ะแก้ว.....	239
ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ หน่วยบริการปฐมภูมิโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองกระทุ่ม ตำบลไกรใน อำเภอกงไกรลาศ จังหวัดสุโขทัย พรรณราย นาคนาค, รินันท์ นวลจันทร์ และภาณุมาศ มุกทั่ง.....	255
การพัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยในที่บ้าน โดยครอบครัวมีส่วนร่วม โรงพยาบาลบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก ปิยพร จิตทอง.....	281
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมะรุ่ย อำเภอทับปุด จังหวัดพังงา ศรัณญา บุญรักษ์.....	300

Received: 9 Apr 2026 ; Revised: 20 Apr 2026
Accepted: 10 Jun 2026

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอในการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดสุโขทัย

สุภัทรา เปี่ยมอ่อน [1]

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวางครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการปฏิบัติงานตามบทบาทและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอในการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดสุโขทัย กลุ่มตัวอย่างคือคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอในจังหวัดสุโขทัย จำนวน 267 คน ได้จากการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการปฏิบัติงานตามบทบาทคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอในการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 70.0 มีคะแนนเฉลี่ย 106.04±13.57 (คะแนนเต็ม 125) และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอในการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดสุโขทัย ได้แก่ การจัดสรรงบประมาณและทรัพยากรที่เพียงพอ (β = 0.276) เจตคติเกี่ยวกับการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิ (β = 0.264) การสนับสนุนจากผู้บริหารระดับสูง (β = 0.175) และระยะเวลาการเป็นคณะกรรมการฯ (β = 0.137) ตามลำดับ ตัวแปรพยากรณ์ทั้ง 4 ตัว ร่วมกันพยากรณ์การปฏิบัติงานตามบทบาทคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอในการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิได้ร้อยละ 80.4 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

คำสำคัญ : ปัจจัยที่มีอิทธิพล, การปฏิบัติงานตามบทบาท, คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ, หน่วยบริการปฐมภูมิ, จังหวัดสุโขทัย

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช email: nichanantp2721@gmail.com เบอร์โทร 095-6359402

Factors Influencing on the Role Performance of District Health Board in Primary Care Development in Sukhothai Province.

Supatta Piam-on [1]

Abstract

This cross-sectional descriptive study aimed to examine the role performance and factors influencing the role performance of the District Health Board (DHB) in primary care development in Sukhothai Province. The sample consisted of 267 DHB members selected by multi-stage random sampling. Data were collected using a questionnaire during November–December 2025 and analyzed using descriptive statistics and stepwise multiple linear regression.

The results revealed that the majority of respondents had a high level of role performance in primary care development (70.0%), with a mean score of 106.04±13.57 (maximum 125 points). Four factors significantly influenced DHB role performance: adequate budget and resource allocation (β = 0.276), attitude toward primary care development (β = 0.264), support from senior administrators (β = 0.175), and duration of DHB membership (β = 0.137), respectively. These four predictor variables collectively explained 80.4% of the variance in role performance at a statistically significant level of 0.05.

Keyword : Influencing factors, Role performance, District Health Board, Primary care unit, Sukhothai Province

[1] public health officer, Professional Level, Sukhothai Provincial Health Office. E-mail : am1532528@gmail.com

บทนำ

ระบบสุขภาพปฐมภูมิได้รับความสนใจอย่างกว้างขวางจากประชาคมโลก จากการที่องค์การอนามัยโลก (World Health Organization, WHO) ได้ประกาศปฏิญญาแอสตานา (Declaration of Astana) ในปี พ.ศ. 2561 ซึ่งเน้นการส่งเสริมประสิทธิภาพของการให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิใน 3 มิติหลัก ได้แก่ การขับเคลื่อนและกำหนดนโยบายที่ส่งเสริมการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน (Multi-sectoral policy and action) การส่งเสริมบทบาทหน้าที่ด้านสาธารณสุข (Public health function) และการเสริมพลังประชาชนและชุมชนในการดูแลสุขภาพตนเอง (Empowered people and community) (World Health Organization, 2015)องค์ประกอบเหล่านี้มีความสำคัญต่อการป้องกันโรคและสร้างเสริมสุขภาพที่มุ่งเน้นการมองสุขภาพแบบองค์รวมมากกว่าการรักษาโรคที่ปลายเหตุ โดยใช้พื้นที่เป็นฐานและประชาชนเป็นศูนย์กลางตามแนวคิด Integrated and People Centered Health Services (IPCHS) ซึ่งมุ่งให้เกิดการบูรณาการการให้บริการสุขภาพในทุกมิติที่สอดคล้องกับบริบทของประชาชนและชุมชนผู้รับบริการ (World Health Organization, 2015) สำหรับประเทศไทย มีความพยายามพัฒนาระบบสุขภาพระดับปฐมภูมิมาอย่างยาวนานตั้งแต่ปี พ.ศ. 2544 ซึ่งสอดคล้องกับทิศทางปฏิญญาแอสตานา ค.ศ. 2018 อย่างไรก็ตาม ความพยายามดังกล่าวยังเผชิญความท้าทายในเชิงโครงสร้างการบริหารจัดการของระบบราชการไทยที่ทำงานแบบแยกส่วน ทำให้การบูรณาการความร่วมมือระหว่างภาคสาธารณสุขและภาคส่วนอื่นของรัฐเพื่อปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมทางกายภาพและสังคมไม่ประสบความสำเร็จเท่าที่ควร (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน, 2562)

ตามที่องค์การอนามัยโลกได้เสนอแนวคิดเรื่อง “ระบบสุขภาพระดับอำเภอ (District Health System)” มุ่งเน้นระบบการทำงานร่วมกันประชาชนและภาคีเครือข่ายและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข โดยมีเป้าหมายสูงสุดในการสร้างสุขภาพที่แข็งแรงและการจัดการที่ยั่งยืนเพื่อใช้ร่วมแก้ไขปัญหาสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ มีการบูรณาการงานร่วมกับภาคีเครือข่ายเป็นแนวทางในการดูแลส่งเสริมสุขภาพ มุ่งเน้นที่ระบบการทำงานและเป้าหมาย โดยผ่านกระบวนการชื่นชมและการจัดการความรู้แบบอิงบริบทของพื้นที่ (สุรเกียรติ อาชานานุภาพ, 2554) ปี พ.ศ. 2552-2555 รัฐบาลประกาศนโยบายยกระดับสถานีอนามัยหรือศูนย์สุขภาพชุมชนให้เป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจำนวน 9,836 แห่ง (กระทรวงสาธารณสุข, 2565) เพื่อเน้นการดูแลสุขภาพประชาชนระดับปฐมภูมิ (Primary health care) โดยมีภารกิจที่สำคัญประกอบด้วย การส่งเสริมสุขภาพ การรักษาพยาบาล การป้องกันโรค การฟื้นฟูสภาพและการคุ้มครองผู้บริโภค (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข, 2553) เน้นการเข้าถึงบริการของประชาชนและการกระจายผู้รับบริการสู่การบริการระดับปฐมภูมิ โดยมีเงื่อนไขการให้บริการที่มีคุณภาพมีมาตรฐานรับรองสร้างความเชื่อมั่นแก่ผู้รับบริการ โดยการนำกรอบคุณภาพของ Malcolm Baldrige National Quality Award มาประยุกต์เป็นกรอบการพัฒนา และจัดทำเป็นเกณฑ์คุณภาพเครือข่ายบริการปฐมภูมิ

(Primary Care Award: PCA) ขึ้น เพื่อให้หน่วยบริการใช้เป็นเครื่องมือการพัฒนาและประเมินรับรองมาตรฐานการดำเนินงานให้บริการเป็นยอมรับและพึงพอใจของประชาชน (สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ, 2552)

กรอบการดำเนินงานนี้สอดคล้องกับกรอบระบบสุขภาพขององค์การอนามัยโลก ประกอบด้วย ระบบบริการ (Service delivery) กำลังคนด้านสุขภาพ (Health workforce) ระบบสารสนเทศด้านสุขภาพ (Health information system) การเข้าถึงยาและเวชภัณฑ์จำเป็น (Assess to essential medicines) กลไกการคลังด้านสุขภาพ (Financing) และภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล (Leadership/government) (WHO, 2007) ในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ และการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนนั้นต้องดำเนินการตามรูปแบบบูรณาการด้วยความร่วมมือจากทุกภาคส่วนโดยเฉพาะภาคประชาชน ส่วนราชการต่าง ๆ การปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน อาสาสมัคร ผู้เกี่ยวข้อง โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ รวมเป็นคณะกรรมการระบบสุขภาพในการดำเนินการขับเคลื่อนเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพและคุณภาพบริการ มีการเชื่อมโยงการรักษาการส่งเสริมสุขภาพจากทีมสหวิชาชีพโดยมีการพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอ (District Health System : DHS) เชื่อมโยงระบบบริการแบบผสมผสานทั้งทางด้านการบริหารจัดการ การบริการและการขับเคลื่อนชุมชนในการพัฒนาสุขภาพของชุมชน (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์, 2553) กระทรวงสาธารณสุขได้ประกาศนโยบาย “ระบบสุขภาพระดับอำเภอ (District Health System)” ในปี พ.ศ.2556 คือระบบการทำงานด้านสุขภาพระดับอำเภอร่วมกันของทุกภาคส่วนบูรณา การทรัพยากรภายใต้บริบทของพื้นที่ผ่านกระบวนการชื่นชมและการจัดการความรู้ ส่งเสริมประชาชน ให้ชุมชนพึ่งตนเองได้และไม่ทอดทิ้งกันโดยมีเป้าหมายร่วมกันเพื่อสร้างสุขภาวะของประชาชนสามารถจะประสานเชื่อมโยง สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (สสอ.) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) โรงพยาบาลชุมชน (รพช.) องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) วัด โรงเรียน ส่วนราชการที่เกี่ยวข้อง หน่วยงานเอกชน และภาคประชาสังคม เพราะระดับอำเภอสามารถเชื่อมต่อการดำเนินงานสุขภาพ

จากนโยบายสู่การปฏิบัติที่มีการรับรู้ถึงปัญหาความต้องการและความจำเป็นในพื้นที่ (local needs) สามารถวางแผนพัฒนาได้อย่างเหมาะสม สามารถประสานงาน และจัดสรรทรัพยากรในส่วนบุคลากร งบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ การสนับสนุนทางวิชาการ การจัดการข้อมูลร่วมกับภาคีเครือข่ายสอดคล้อง กับบริบทพื้นที่ สามารถจัดการให้บริการสุขภาพอย่างเป็นระบบ (สำนักบริหารการสาธารณสุข, 2557) คือ มีสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป็นกลไกสำคัญในการขับเคลื่อน เพื่อทำให้คุณภาพชีวิตของประชาชนดีขึ้น สามารถพึ่งตนเอง และดูแลสุขภาพ ตนเองได้ดีเพิ่มมากขึ้นและชุมชนไม่ทอดทิ้งกัน สถานะสุขภาพ (health status) ดีขึ้น สามารถจัดการปัญหาสุขภาพด้วยตนเอง เผชิญกับปัญหาสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไป ลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล เกิดเครือข่ายการจัดการสุขภาพที่เข้มแข็ง สามารถขับเคลื่อนการสร้างสุขภาวะในอำเภอ พร้อมรับการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ และทำให้การบริการสุขภาพมีคุณภาพได้มาตรฐาน ผู้รับบริการมีความ

มีความสุขในการทำงาน (สำนักบริหารการสาธารณสุข, 2557) มีการทำงานร่วมกันในระดับอำเภอ (Unity District Health Team) การมีส่วนร่วมของเครือข่ายและชุมชน (Community participation) การทำงานจนเกิดคุณค่าทั้งกับตัวผู้รับบริการ และตัวผู้ให้บริการเอง (Appreciation) การแบ่งปันทรัพยากรและการ พัฒนาบุคลากร (Resource sharing and development) การให้บริการสุขภาพตามบริบทที่จำเป็น (Essential care) (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพและสำนักงานหลักประกันสุขภาพ แห่งชาติ, 2556) เป็นการทำงานหลัก UCCARE และคุณภาพบริการเครือข่ายปฐมภูมิ และการปฏิบัติงานของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ซึ่งเป็นองค์ประกอบที่สำคัญของระบบสุขภาพ ในการจะขับเคลื่อนนโยบายสู่เป้าหมาย ความสำเร็จของการดำเนินงาน โดยกรอบแนวคิดที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานตามบทบาทคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ คือแนวคิดกรอบระบบสุขภาพ WHO Framework (WHO, 2007) ได้แก่ ระบบบริการ กำลังคนด้านสุขภาพ ระบบสารสนเทศด้านสุขภาพ การเข้าถึงยาและเวชภัณฑ์จำเป็น กลไกการคลังด้านสุขภาพ (FINANCING) และภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล

การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอเป็นกลไกสำคัญในการขับเคลื่อนระบบสุขภาพของประเทศไทยให้เข้าถึงประชาชนในระดับพื้นที่อย่างมีประสิทธิภาพ จากการที่รัฐบาลได้กำหนดให้การป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) เป็นวาระแห่งชาติ เนื่องจากโรคกลุ่มนี้เป็นสาเหตุการตายอันดับต้นของประชากรไทยและสร้างภาระทางเศรษฐกิจให้กับประเทศอย่างมหาศาล คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอจึงมีบทบาทสำคัญในการเป็นกลไกการขับเคลื่อนนโยบายดังกล่าวให้เกิดผลในทางปฏิบัติ จากข้อมูลการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ตามบริบทของพื้นที่จังหวัดสุโขทัย ประกอบด้วย 9 อำเภอ มีโรงพยาบาลทั่วไป 2 แห่ง โรงพยาบาลชุมชน 7 แห่ง สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ 9 แห่ง มีหน่วยบริการและเครือข่ายบริการสุขภาพปฐมภูมิ (PCU/NPCU) รวม 100 แห่ง สถานบริการปฐมภูมิ (สถานีอนามัยและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล) สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย จำนวน 100 แห่ง และถ่ายโอนภารกิจไปองค์การบริหารส่วนจังหวัดจำนวน 18 แห่ง (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย, 2568) ทั้ง 9 อำเภอ มีการพัฒนาคุณภาพชีวิตครอบคลุมทั้ง 9 อำเภอในจังหวัดสุโขทัย ได้แก่ อำเภอเมืองสุโขทัย กงไกรลาศ ศรีนคร บ้านด่านลานหอย ทุ่งเสลี่ยม สวรรคโลก ศรีสำโรง คีรีมาศ และศรีสัชนาลัย เพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตในระดับพื้นที่ ที่อยู่ใกล้ชิดกับประชาชนเกิดการบูรณาการ เป้าหมาย ทิศทาง และยุทธศาสตร์ร่วมกันระหว่างหน่วยงานของรัฐและภาคประชาชนอย่างเป็นองค์รวม เน้นการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน โดยมีพื้นที่เป็นฐานและประชาชนเป็นศูนย์กลาง (รายงานการตรวจราชการกรณีปกติ รอบที่ 2 ปีงบประมาณ 2568 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย, 2568) ประเด็นในการขับเคลื่อน ได้แก่ การดำเนินงานควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) การป้องกันแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตและยาเสพติด การป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนน เกษตรปลอดสารและอาหารปลอดภัย การดูแลคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ และการจัดการขยะและสิ่งแวดล้อม ในปีงบประมาณ 2568 ได้รับการคัดเลือก และรับรางวัล

จังหวัดสุโขทัย ได้รับการยกย่องในการดำเนินงาน พชอ. ดีเด่น ได้แก่ การป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) อำเภอคีรีมาศ และประเด็นปัญหายาเสพติดและสุขภาพจิต อำเภอกงไกรลาศ

จังหวัดสุโขทัย ขับเคลื่อนประเด็นที่ยังคงเป็นปัญหาของพื้นที่และยังแก้ไขปัญหายังไม่ประสบความสำเร็จ โดยยึดพื้นที่เป็นฐานประชาชนเป็นศูนย์กลาง ภายใต้การมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน ทั้งด้านการวิเคราะห์ปัญหา การวางแผน การดำเนินงานร่วม การประเมินและปรับแผนร่วมเชื่อมโยง การดำเนินงานระดับอำเภอ (พชอ.) และยังคงมีความจำเป็นที่จะต้องศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานของคณะกรรมการ เนื่องจากความสำเร็จของการดำเนินงานในแต่ละอำเภออาจมีปัจจัยสนับสนุนที่แตกต่างกัน การศึกษาปัจจัยเหล่านี้จะช่วยให้เข้าใจถึงกลไกการทำงานที่มีประสิทธิภาพ ปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้น และแนวทางการพัฒนาที่เหมาะสมสำหรับแต่ละพื้นที่ ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการยกระดับการดำเนินงานให้มีความยั่งยืนและสามารถขยายผลไปสู่จังหวัดอื่นๆ ได้อย่างมีประสิทธิผล ดังนั้น การศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอในการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดสุโขทัย จึงมีความสำคัญและจำเป็นเพื่อสร้างองค์ความรู้ที่สามารถนำไปใช้ในการพัฒนาและปรับปรุงการดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาการปฏิบัติงานตามบทบาทคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอในการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดสุโขทัย
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอในการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดสุโขทัย

สมมติฐานการวิจัย

1. การปฏิบัติงานตามบทบาทคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอในการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดสุโขทัยอยู่ในระดับปานกลาง
2. เพศ อายุ รายได้ ระดับการศึกษา ความรู้เกี่ยวกับการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิ เจตคติเกี่ยวกับการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิ ตำแหน่งหน้าที่ในชุมชน/สังคม ระยะเวลาการเป็นคณะกรรมการฯ ตำแหน่งหน้าที่ในคณะกรรมการฯ การรับทราบประเด็นปัญหาสุขภาพ การสนับสนุนจากผู้บริหารระดับสูง การประสานความร่วมมือจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง การจัดสรรงบประมาณและทรัพยากรที่เพียงพอ มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอในการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดสุโขทัย

ขอบเขตของการวิจัย

ขอบเขตด้านการศึกษา การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive study) มีวัตถุประสงค์เพื่อปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอในการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดสุโขทัย โดยใช้ระยะเวลาในการเก็บข้อมูลระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2568 ถึง ธันวาคม 2568

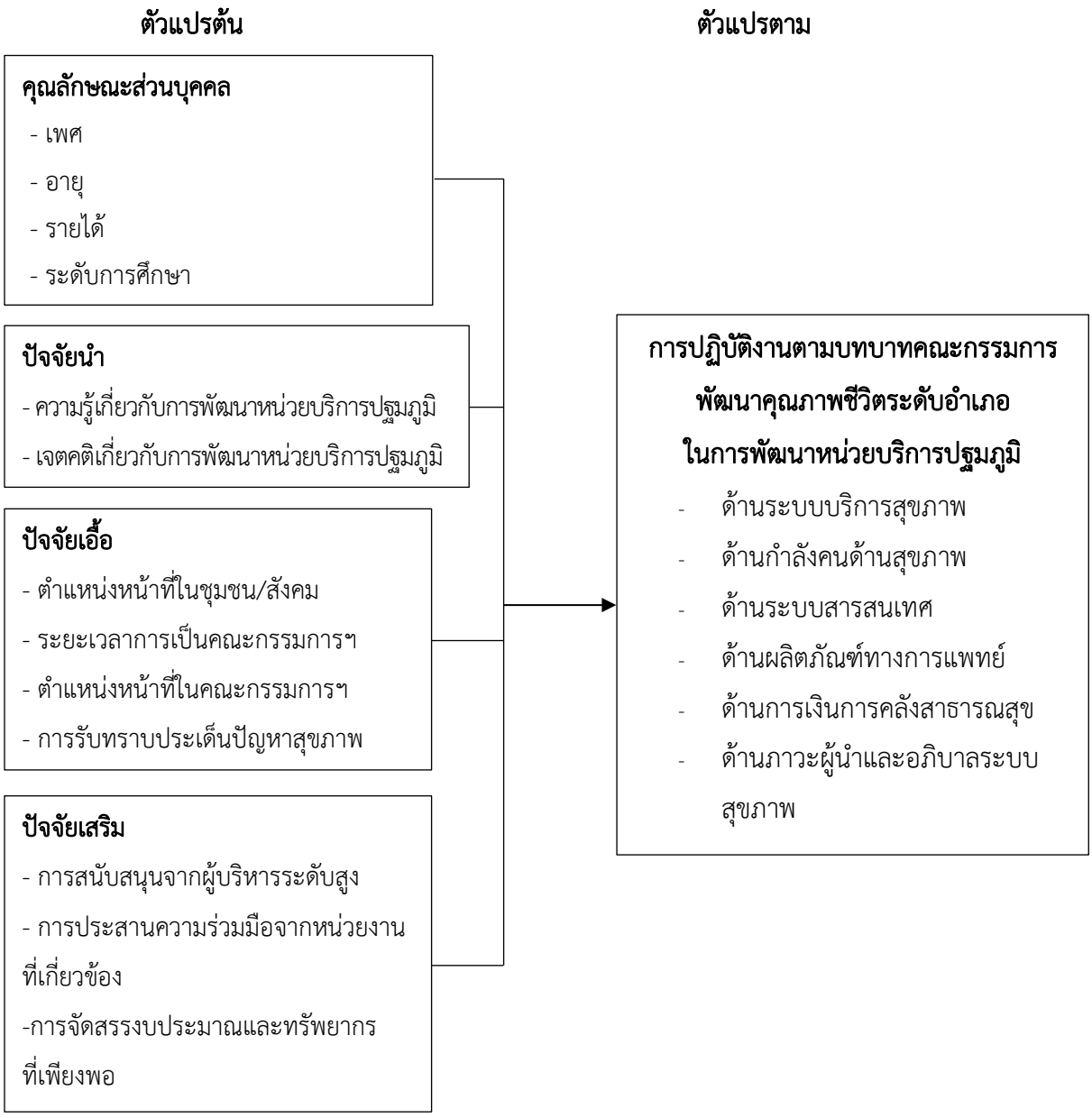
ขอบเขตด้านพื้นที่ จังหวัดสุโขทัย

ขอบเขตด้านประชากร คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ในจังหวัดสุโขทัย ตามคำสั่งเรื่องการแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) และการแต่งตั้งคณะอนุกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) จำนวน 631 คน

ขอบเขตด้านระยะเวลา

ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย พฤศจิกายน พ.ศ. 2568 - มกราคม พ.ศ. 2569

กรอบแนวคิดการวิจัย



วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ใช้รูปแบบการวิจัยภาคตัดขวาง (Cross-sectional analytical study) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอในการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดสุโขทัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ในจังหวัดสุโขทัย จำนวน 631 คน ตามคำสั่ง เรื่องการแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)และการแต่งตั้งคณะอนุกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)

กลุ่มตัวอย่าง คือ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ในจังหวัดสุโขทัย ตามคำสั่ง เรื่องการแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)และการแต่งตั้งคณะอนุกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้าและคัดออก

โดยคำนวณจำนวนกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรการประมาณค่าเฉลี่ยของประชากรที่แน่นอน จากสูตรการหาขนาดตัวอย่างของแดเนียล (Daniel, 1995) ดังนี้

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

n = ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ให้ศึกษาในงานวิจัยครั้งนี้

N = ขนาดของประชากร (631 คน)

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

σ = ค่าความแปรปรวน ซึ่งผู้วิจัยได้นำผลการศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อบทบาทของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอในการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิจังหวัดบึงกาฬ โดยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นต่อบทบาทของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอเฉลี่ย 4.04 และมีค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.89 (ประเสริฐ ด้วงพันลำ, 2565)

d = ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้เท่ากับ ร้อยละ 10 ของค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ดังนั้น ค่าความคาดเคลื่อนที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เท่ากับ 0.089

Alpha (α) = 0.05

จากสูตร $$n = \frac{631 \times (0.89^2)(1.96^2)}{[(0.089^2)(631-1)] + [(0.89^2)(1.96^2)]}$$

$$n = 239.02 \text{ คน}$$

ดังนั้น ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณได้จากสูตร เท่ากับ 240 คน

เพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนในขณะเก็บรวบรวมข้อมูลและลดปัญหาการตอบกลับของแบบสอบถามที่ไม่สมบูรณ์หรือน้อยกว่าที่กำหนด หรือมีข้อมูลสูญหาย (Missing data) ซึ่งคาดว่าจะเกิดขึ้นร้อยละ 10 ผู้วิจัยจึงปรับขนาดตัวอย่างใหม่เป็น

$n_{adjusted}$ = n/1-r

= 240/1-0.1

= 266.67

ดังนั้น ในการศึกษาครั้งนี้เก็บรวบรวมข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างไม่ต่ำกว่า 267 คน

วิธีเลือกกลุ่มตัวอย่าง ในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ เพื่อให้ได้ ตัวอย่างที่เป็นตัวแทนที่ของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ในจังหวัดสุโขทัยโดยใช้การสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage random sampling) ผู้วิจัยเก็บตัวอย่างจากคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอในจังหวัดสุโขทัย โดยกำหนดขนาดตัวอย่างตามสัดส่วนของคณะกรรมการและคณะอนุกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ แต่ละอำเภอ ใช้สูตรกำหนดสัดส่วนดังนี้

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

โดยกำหนดให้ ni = ขนาดของกลุ่มตัวอย่างในแต่ละชั้นภูมิ

n = ขนาดตัวอย่าง

Ni = สมาชิกของประชากรในแต่ละชั้นภูมิ

N = จำนวนสมาชิกของประชากรทั้งหมด

กำหนดขนาดตัวอย่างในแต่ละอำเภอ จังหวัดสุโขทัย โดยใช้การสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) นำรายชื่อของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ในจังหวัดสุโขทัยแต่ละอำเภอมาสุ่มอย่างง่าย โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ในการสุ่มตามรายชื่อ จนได้ตัวอย่างครบทุกรายอำเภอ รวมทั้งสิ้น 267 ราย

ตาราง 1 แสดงกลุ่มตัวอย่างที่เป็นตัวแทนในแต่ละอำเภอคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง

ลำดับ	โรงพยาบาล	ประชากร (คน)	กลุ่มตัวอย่าง (คน)
1	กงไกรลาศ	47	20
2	คีรีมาศ	70	30
3	ทุ่งเสลี่ยม	69	29
4	บ้านด่านลานหอย	81	34
5	เมืองสุโขทัย	104	44
6	ศรีนคร	89	38
7	ศรีสัชนาลัย	64	27

ลำดับ	โรงพยาบาล	ประชากร (คน)	กลุ่มตัวอย่าง (คน)
8	ศรีสำโรง	68	29
9	สวรรคโลก	39	17
	รวม	**631**	**267**

เกณฑ์การคัดเข้าศึกษา (Inclusion criteria)

1) คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ในจังหวัดสุโขทัย หรือคณะอนุกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ตามคำสั่ง ที่มีอายุตั้งแต่ 20 ปี ขึ้นไป

2) มีประสบการณ์ทำงานร่วมกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) อย่างน้อย 1 ปี

3) ยินดีให้ความร่วมมือ ในการศึกษาโดยลงนามในใบยินยอม

เกณฑ์การคัดออกจากการศึกษา (Exclusion criteria)

1) คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ในจังหวัดสุโขทัยที่มีภารกิจ และไม่อยู่ในจังหวัดสุโขทัย ในช่วงที่มีการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถาม (Questionnaire) ซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนาข้อคำถามโดยการปรับปรุงดัดแปลงจากเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง (รัชนิกร อินทเชื้อ ,2563) (ฤทธี เพ็ชรนิล, 2560) ประกอบด้วยข้อคำถาม 5 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ รายได้ ระดับการศึกษา จำนวน 4 ข้อ เป็นคำถามแบบเลือกตอบและเติมคำในช่องว่าง

ส่วนที่ 2 ปัจจัยนำ

2.1 ความรู้เกี่ยวกับการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิ จำนวน 13 ข้อ ข้อคำถามคือ ตอบถูก และตอบไม่ถูก

เกณฑ์การให้คะแนน

ตอบถูกต้อง	มีค่าคะแนน	1
ตอบไม่ถูกต้อง	ค่าคะแนน	0

การแปลผลโดยแบ่งระดับความรู้เกี่ยวกับการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิ พิจารณาจากเกณฑ์เฉลี่ยของระดับความรู้ใช้แบ่งออกเป็น 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์ของบลูม (Bloom, 1975) ดังนี้

ความรู้ระดับสูง ร้อยละ 80 ขึ้นไป (10 คะแนนขึ้นไป)

ความรู้ระดับปานกลาง ร้อยละ 60-79 (7-9 คะแนน)

ความรู้ระดับต่ำ น้อยกว่าร้อยละ 60 (น้อยกว่า 7 คะแนน)

2.2 เจตคติเกี่ยวกับการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิ จำนวน 10 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) ประกอบด้วยด้านบวกและด้านลบ มีมาตรวัด 5 หน่วย เพื่อให้ทราบข้อมูลที่แสดงปริมาณและทิศทาง คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

แปลผลโดย

ข้อความที่เป็นลักษณะทางบวก มีการให้คะแนนดังนี้

ตอบเห็นด้วยอย่างยิ่ง ให้ 5 คะแนน

ตอบเห็นด้วย ให้ 4 คะแนน

ตอบไม่แน่ใจ ให้ 3 คะแนน

ตอบไม่เห็นด้วย ให้ 2 คะแนน

ตอบไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ให้ 1 คะแนน

ข้อความที่เป็นลักษณะทางลบ มีการให้คะแนนดังนี้

ตอบเห็นด้วยอย่างยิ่ง ให้ 1 คะแนน

ตอบเห็นด้วย ให้ 2 คะแนน

ตอบไม่แน่ใจ ให้ 3 คะแนน

ตอบไม่เห็นด้วย ให้ 4 คะแนน

ตอบไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ให้ 5 คะแนน

การแปลผลโดยแบ่งระดับเจตคติเกี่ยวกับการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิ พิจารณาจากเกณฑ์เฉลี่ยของระดับเจตคติ แบ่งออกเป็น 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์ของบลูม (Bloom, 1975) ดังนี้

เจตคติระดับสูง ร้อยละ 80 ขึ้นไป (40 คะแนนขึ้นไป)

เจตคติระดับปานกลาง ร้อยละ 60-79 (30-39 คะแนน)

เจตคติระดับต่ำ น้อยกว่าร้อยละ 60 (น้อยกว่า 30 คะแนน)

ส่วนที่ 3 ปัจจัยเอื้อ จำนวน 5 ข้อ ประกอบด้วย ตำแหน่งงานหรือหน้าที่ทางสังคมในชุมชน ระยะเวลาการเป็นคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ หน้าที่คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ การรับทราบประเด็นการขับเคลื่อน รับทราบประเด็นการขับเคลื่อน เป็นคำถามแบบเลือกตอบและเติมคำในช่องว่าง

ส่วนที่ 4 ปัจจัยเสริม ประกอบด้วย การสนับสนุนจากผู้บริหารระดับสูง จำนวน 4 ข้อ การประสานความร่วมมือจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง จำนวน 4 ข้อ การจัดสรรงบประมาณและทรัพยากรที่เพียงพอ จำนวน 4 ข้อ เป็นมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) ตามวิธีของลิเคอร์ท (Likert Scale) มี 5 ระดับได้แก่ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด

แปลผลโดย

ข้อคำถามเชิงบวก				ข้อคำถามเชิงลบ
มากที่สุด	5	คะแนน	1	คะแนน
มาก	4	คะแนน	2	คะแนน
ปานกลาง	3	คะแนน	3	คะแนน
น้อย	2	คะแนน	4	คะแนน
น้อยที่สุด	1	คะแนน	5	คะแนน

การแปลผลปัจจัยเสริมโดยรวม และรายด้านมีเกณฑ์ในการจัดกลุ่มแบ่งเป็น 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์ของบลูม (Bloom, 1975) ดังนี้

ปัจจัยเสริมระดับสูง	ร้อยละ 80 ขึ้นไป (48 คะแนนขึ้นไป)
ปัจจัยเสริมระดับปานกลาง	ร้อยละ 60-79 (36-47 คะแนน)
ปัจจัยเสริมระดับต่ำ	น้อยกว่าร้อยละ 60 (น้อยกว่า 36 คะแนน)

ส่วนที่ 5 การปฏิบัติงานตามบทบาทคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอในการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิ จำนวน 25 ข้อ ประกอบด้วย ด้านระบบบริการสุขภาพ 5 ข้อ ด้านกำลังคนด้านสุขภาพ 5 ข้อ ด้านระบบสารสนเทศ 5 ข้อ ด้านผลิตภัณฑ์ทางการแพทย์ 2 ข้อ ด้านการเงินการคลังสาธารณสุข 4 ข้อ ด้านภาวะผู้นำและอภิบาลระบบสุขภาพ 4 ข้อ เป็นมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) ตามวิธีของลิเคอร์ท (Likert Scale) มี 5 ระดับได้แก่ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด

ข้อคำถามเชิงบวก				ข้อคำถามเชิงลบ
มากที่สุด	5	คะแนน	1	คะแนน
มาก	4	คะแนน	2	คะแนน
ปานกลาง	3	คะแนน	3	คะแนน
น้อย	2	คะแนน	4	คะแนน
น้อยที่สุด	1	คะแนน	5	คะแนน

การแปลผลสำหรับการปฏิบัติงานตามบทบาทฯโดยรวม และรายด้านมีเกณฑ์ในการจัดกลุ่มแบ่งเป็น 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์ของบลูม (Bloom, 1975) ดังนี้

การปฏิบัติงานตามบทบาทระดับสูง ร้อยละ 80 ขึ้นไป (100 คะแนนขึ้นไป)

การปฏิบัติงานตามบทบาทระดับปานกลาง ร้อยละ 60-79 (75-99 คะแนน)

การปฏิบัติงานตามบทบาทระดับต่ำ น้อยกว่าร้อยละ 60 (น้อยกว่า 75 คะแนน)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Validity)

เพื่อตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือด้านความตรงของเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่สร้างเสร็จเรียบร้อยแล้วเสนออาจารย์ที่ปรึกษา และผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 คน ได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญด้านการพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอ ผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัยทางสาธารณสุข และผู้เชี่ยวชาญด้านการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิ ทำการตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหาครอบคลุม ความครบถ้วนของเนื้อหา ความชัดเจน ความเหมาะสมของภาษา และความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์การวิจัย จากนั้นนำข้อเสนอแนะต่าง ๆ มาเป็นแนวทางในการปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือ และพัฒนาเครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูลเพื่อการทำวิจัยต่อไป โดยวิเคราะห์ความตรงของเนื้อหาด้วยการหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objective Congruence: IOC) ตามวิธีของ Rovinelli และ Hambleton (1977) โดยกำหนดเกณฑ์การผ่านที่ค่า IOC ตั้งแต่ 0.50 ขึ้นไป ผลการตรวจสอบพบว่าข้อคำถามทุกข้อมีค่า IOC อยู่ในช่วง 0.67 - 1.00 ผ่านเกณฑ์ที่กำหนดทุกข้อ แสดงว่าเครื่องมือมีความตรงของเนื้อหาอยู่ในระดับที่ยอมรับได้

2. การตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability)

นำแบบสอบถามที่ผ่านการปรับปรุงแก้ไขจากผู้เชี่ยวชาญและอาจารย์ที่ปรึกษาแล้ว นำไปทดลองใช้ (Pilot test) กับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ในจังหวัดอุตรดิตถ์ ซึ่งมีบริบทใกล้เคียงกับพื้นที่ศึกษา จำนวน 30 คน วิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) กำหนดเกณฑ์ค่าความเชื่อมั่นตั้งแต่ 0.80 ขึ้นไป โดยพบว่า เจตคติเกี่ยวกับการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิ ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟา เท่ากับ 0.82 ปัจจัยเสริม ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟา เท่ากับ 0.87 การปฏิบัติงานตามบทบาทคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟา เท่ากับ 0.91 ความรู้เกี่ยวกับการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิ วิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตร Kuder-Richardson 20 (KR-20) ได้ค่า 0.82

ขั้นดำเนินการ

1. ผู้วิจัยประสานงานกับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จังหวัดสุโขทัย จำนวน 9 อำเภอ

2. ผู้วิจัยทำการชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับความเป็นมาและวัตถุประสงค์ในการทำวิจัยให้กลุ่มอาสาสมัครวิจัยได้รับทราบ และหนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยของอาสาสมัครวิจัย

3. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองดำเนินการส่งมอบแบบสอบถามให้แก่คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ จังหวัดสุโขทัย จำนวน 267 คน

4. นำข้อมูลไปตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วน ความสมบูรณ์ ของแบบสอบถามและบันทึกผลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป

การวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้ได้ทำการวิเคราะห์ข้อมูลและประมวลผล โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป

1. วิเคราะห์คุณลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ รายได้ ระดับการศึกษา ปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิ เจตคติเกี่ยวกับการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิ ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ ตำแหน่งหน้าที่ในชุมชน/สังคม ระยะเวลาการเป็นคณะกรรมการฯ ตำแหน่งหน้าที่ในคณะกรรมการฯ การรับทราบประเด็นปัญหาสุขภาพ ปัจจัยเสริม ได้แก่ การสนับสนุนจากผู้บริหารระดับสูง การประสานความร่วมมือจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง การจัดสรรงบประมาณและทรัพยากรที่เพียงพอ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) เพื่อสรุปข้อมูลที่ได้จากการศึกษาอธิบาย ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างและปัจจัยต่างๆ โดยหา จำนวน ค่าความถี่ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด และส่วน เบี่ยงเบนมาตรฐาน แล้วนำเสนอข้อมูลในรูปแบบตาราง

2. วิเคราะห์หาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอในการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดสุโขทัย โดยใช้สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics) โดยใช้สถิติถดถอยพหุคูณเชิงเส้น (Multiple Linear Regression) กำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการพิจารณาการศึกษาวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย โครงการเลขที่ COA No.86/2025 เอกสารรับรองโครงการวิจัยเลขที่ IRB No.87/2025 ประเภทการรับรองแบบเร่งรัด (Expedited Review) รับรองเมื่อวันที่ 9 ตุลาคม 2568

สรุปผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ตาราง 2 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามคุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (N = 267)

คุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	111	41.6
หญิง	156	58.4
อายุ (ปี)		
≤30	3	1.1
31-40	49	18.4
41-50	119	44.6
51 ปีขึ้นไป	96	36.0
(Mean = 47.93 SD = 6.82, Median = 49.0, Min = 28.0, Max = 59.0)		
ระดับรายได้รวมต่อเดือน		
ต่ำกว่า 10,000 บาท	20	7.5
10,001-20,000 บาท	28	10.5
20,001-30,000 บาท	94	35.3
30,001-40,000 บาท	34	12.6
40,001 บาทขึ้นไป	91	34.1
(Mean = 39,903.63 SD = 18,403.33, Median = 40,000, Min = 1,100, Max = 100,000)		
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	3	1.1
มัธยมศึกษาตอนต้น /ปวช.	28	10.5
อนุปริญญา/ปวส.	13	4.9
ปริญญาตรีขึ้นไป	223	83.5

จากตาราง 2 กลุ่มตัวอย่างจำนวน 267 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 58.4 มีอายุเฉลี่ย 47.93±6.82 ปี อายุสูงสุด 59 ปี อายุต่ำสุด 28 ปี ส่วนใหญ่มีอายุ 41–50 ปี ร้อยละ 44.6 รองลงมาคืออายุ 51 ปีขึ้นไป ร้อยละ 36.0 จบการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไป ร้อยละ 83.5 รองลงมาคือมัธยมศึกษาตอนต้น/ปวช. ร้อยละ 10.5 มีรายได้เฉลี่ย 39,903.63±18,403.33 บาทต่อเดือน รายได้สูงสุด 100,000 บาท รายได้ต่ำสุด 1,100 บาท ส่วนใหญ่มีรายได้ 20,001–30,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 35.3 รองลงมาคือ 40,001 บาทขึ้นไป ร้อยละ 34.1

ส่วนที่ 2 ปัจจัยนำ

2.1 ความรู้เกี่ยวกับการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิ

ตาราง 3 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับความรู้เกี่ยวกับการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิของกลุ่มตัวอย่าง (n = 267)

ความรู้เกี่ยวกับการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิ	จำนวน	ร้อยละ
ความรู้ระดับสูง (10 คะแนนขึ้นไป)	49	18.4
ความรู้ระดับปานกลาง (7-9 คะแนน)	195	73.0
ความรู้ระดับต่ำ (น้อยกว่า 7 คะแนน)	23	8.6
(Mean = 8.64 S.D. = 1.79, Median = 8.0, Min = 6.0, Max = 13.0)		

จากตาราง 3 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 73.0 มีความรู้เกี่ยวกับการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิเฉลี่ย 8.64 ±1.79 คะแนน (คะแนนเต็ม 13) ต่ำสุด 6 คะแนน สูงสุด 13 คะแนน

2.2 เจตคติเกี่ยวกับการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิ

ตาราง 4 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับเจตคติเกี่ยวกับการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิของกลุ่มตัวอย่าง (n = 267)

เจตคติเกี่ยวกับการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิ	จำนวน	ร้อยละ
เจตคติระดับสูง (10 คะแนนขึ้นไป)	226	84.6
เจตคติระดับปานกลาง (7-9 คะแนน)	41	15.4
เจตคติระดับต่ำ (น้อยกว่า 7 คะแนน)	0	0
(Mean = 44.21 S.D. = 4.87, Median = 50.0, Min = 32.0, Max = 50.0)		

จากตาราง 4 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีเจตคติเกี่ยวกับการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 84.6 มีเจตคติเกี่ยวกับการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิเฉลี่ย 44.21 ±4.87 คะแนน (คะแนนเต็ม 50) ต่ำสุด 32 คะแนน สูงสุด 50 คะแนน

ส่วนที่ 3 ปัจจัยเอื้อ

ตาราง 5 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามปัจจัยเอื้อของกลุ่มตัวอย่าง (N = 267)

ปัจจัยเอื้อ	จำนวน	ร้อยละ
ตำแหน่งงานหรือหน้าที่ทางสังคมในชุมชน		
นายอำเภอ	4	1.5
ปลัดอำเภอ หัวหน้าส่วนราชการ	7	2.6
สาธารณสุขอำเภอ	9	3.4
ผู้อำนวยการโรงพยาบาล	9	3.4
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	103	38.6
ผู้รับผิดชอบงานปฐมภูมิ	30	11.2
ปลัด/นายก อปท.	22	8.2
ผู้นำท้องที่ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน	35	13.1
อสม./Care giver (ผู้ดูแลผู้สูงอายุ)	40	15.0
ผู้ทรงคุณวุฒิ	8	3.0
ระยะเวลาการเป็นคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ		
ต่ำกว่า 5 ปี	154	57.7
5-10 ปี	102	38.2
มากกว่า 10 ปีขึ้นไป	11	4.1
(Mean = 4.78 SD = 5.57, Median = 4.00, Min = 1.0, Max = 42.0)		
ทำหน้าที่หลักในคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ		
ประธาน	9	3.4
เลขา	11	4.1

ตาราง 5 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามปัจจัยเอื้อของกลุ่มตัวอย่าง (N = 267) (ต่อ)

ปัจจัยเอื้อ	จำนวน	ร้อยละ
กรรมการผู้รับผิดชอบงาน	239	89.5
ที่ปรึกษา	8	3.0
การรับทราบประเด็นการขับเคลื่อนของการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (ประเด็น พชอ.)		
ไม่ทราบ	3	1.1
ทราบ	264	98.9
ประเด็นการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (ประเด็น พชอ.) ของอำเภอที่ท่านเป็คณะกรรมการ (ตอบได้มากกว่า1ประเด็น)		
ยาเสพติด	127	47.6
อุบัติเหตุ	89	33.3
การใช้ยาอย่างสมเหตุผล	13	4.9
โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง	122	45.7
การกำจัดสิ่งปฏิกูลและขยะมูลฝอย	26	9.7
ผู้สูงอายุ	14	5.2

จากตาราง 5 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีตำแหน่งงานหรือหน้าที่ทางสังคมในชุมชนเป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร้อยละ 38.6 รองลงมาคืออสม./Care giver (ผู้ดูแลผู้สูงอายุ) ร้อยละ 15.0 และผู้นำท้องที่ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ร้อยละ 13.1 ด้านระยะเวลาการเป็นคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ มีระยะเวลาเฉลี่ย 4.78±5.57 ปี ระยะเวลาสูงสุด 42 ปี ระยะเวลาต่ำสุด 1 ปี ส่วนใหญ่มีระยะเวลาต่ำกว่า 5 ปี ร้อยละ 57.7 รองลงมาคือ 5–10 ปี ร้อยละ 38.2 ด้านหน้าที่หลักในคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ส่วนใหญ่ทำหน้าที่กรรมการผู้รับผิดชอบงาน ร้อยละ 89.5 รองลงมาคือที่ปรึกษา ร้อยละ 3.0 ด้านการรับทราบประเด็นการขับเคลื่อนของการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (ประเด็น พชอ.) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่รับทราบประเด็น พชอ. ร้อยละ 98.9 และสำหรับประเด็นการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอที่เป็นคณะกรรมการ (ตอบได้มากกว่า 1 ประเด็น) ส่วนใหญ่เป็นคณะกรรมการในประเด็นยาเสพติด ร้อยละ 47.6 รองลงมาคือโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ร้อยละ 45.7 และอุบัติเหตุ ร้อยละ 33.3

ส่วนที่ 4 ปัจจัยเสริม

ตาราง 6 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับปัจจัยเสริม (n = 267)

ปัจจัยเสริม	จำนวน	ร้อยละ
ปัจจัยเสริมระดับสูง (48 คะแนนขึ้นไป)	237	88.8
ปัจจัยเสริมระดับปานกลาง (36-47 คะแนน)	30	11.2
ปัจจัยเสริมระดับต่ำ (น้อยกว่า 36 คะแนน)	0	0
(Mean =54.72 S.D.= 5.88, Median = 60.0, Min = 36.0, Max = 60.0)		

จากตาราง 6 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีปัจจัยเสริมอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 88.8 มีปัจจัยเสริมเฉลี่ย 54.72 ±5.88 คะแนน (คะแนนเต็ม 60) ต่ำสุด 36 คะแนน สูงสุด 60 คะแนน

ส่วนที่ 5 การปฏิบัติงานตามบทบาทคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอในการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิ

ตาราง 7 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับการปฏิบัติงานตามบทบาทคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอในการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิ (n = 267)

การปฏิบัติงานตามบทบาทคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ	จำนวน	ร้อยละ
การปฏิบัติงานตามบทบาทฯระดับสูง (100 คะแนนขึ้นไป)	187	70.0
การปฏิบัติงานตามบทบาทฯระดับปานกลาง (75-99 คะแนน)	77	28.8
การปฏิบัติงานตามบทบาทฯระดับต่ำ (น้อยกว่า 75 คะแนน)	3	1.1
(Mean = 106.04 S.D. = 13.57, Median = 105.0, Min = 73.0, Max = 125.0)		

จากตาราง 7 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการปฏิบัติงานตามบทบาทคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอในการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 70.0 รองลงมาคือระดับปานกลาง ร้อยละ 28.8 การปฏิบัติงานตามบทบาทคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอในการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิเฉลี่ย 106.04 ±13.57 คะแนน (คะแนนเต็ม 125) ต่ำสุด 73 คะแนน สูงสุด 125 คะแนน

ส่วนที่ 4 การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอในการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดสุโขทัย ด้วยการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis)

ตาราง 8 แสดงการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนระหว่างตัวแปรพยากรณ์กับการปฏิบัติงานตามบทบาทคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอในการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิ (n = 267)

ตัวแปรพยากรณ์	b	Beta	T	p-value
การสนับสนุนจากผู้บริหารระดับสูง	1.174	0.175	2.307	<0.022*
การจัดสรรงบประมาณและทรัพยากรที่เพียงพอ	1.430	0.276	4.237	<0.001*
เจตคติเกี่ยวกับการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิ	0.740	0.264	4.273	<0.001*
ระยะเวลาการเป็นคณะกรรมการฯ	0.334	0.137	2.797	<0.006*

Constant (a) = 24.606 R Square =0.812 Adjusted R Square = 0.804 F =69.768 P = <0.05

จากตาราง 8 การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน พบว่า มีตัวแปรที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอในการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดสุโขทัยได้ทั้งหมด 4 ตัวแปร ได้แก่ การสนับสนุนจากผู้บริหารระดับสูง (p-value = 0.022, β = 0.175) การจัดสรรงบประมาณและทรัพยากรที่เพียงพอ (p-value < 0.001, β = 0.276) เจตคติเกี่ยวกับการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิ (p-value < 0.001, β = 0.264) และระยะเวลาการเป็นคณะกรรมการฯ (p-value = 0.006, β = 0.137) โดยสามารถร่วมกันทำนายการปฏิบัติงานตามบทบาทคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอในการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิ ได้ร้อยละ 80.4 และสามารถเขียนสมการในการพยากรณ์การปฏิบัติงานตามบทบาทคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอในการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิ ในรูปคะแนนดิบได้ดังนี้

การปฏิบัติงานตามบทบาทคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอในการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิ = 24.606 + 1.174 (การสนับสนุนจากผู้บริหารระดับสูง) + 1.430 (การจัดสรรงบประมาณและทรัพยากรที่เพียงพอ) + 0.740 (เจตคติเกี่ยวกับการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิ) + 0.334 (ระยะเวลาการเป็นคณะกรรมการฯ)

ส่วนปัจจัยที่ไม่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอในการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดสุโขทัย ได้แก่ เพศ อายุ รายได้ ระดับการศึกษา ความรู้เกี่ยวกับการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิ ตำแหน่งหน้าที่ในชุมชน/สังคม ตำแหน่งหน้าที่ในคณะกรรมการฯ การรับทราบประเด็นปัญหาสุขภาพ และการประสานความร่วมมือจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

อภิปรายผลการศึกษา

วัตถุประสงค์ข้อที่ 1 เพื่อศึกษาการปฏิบัติงานตามบทบาทคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอในการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดสุโขทัย

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการปฏิบัติงานตามบทบาทคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอในการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิอยู่ในระดับสูง ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานที่ 1 ของการวิจัยที่ตั้งไว้ว่าการปฏิบัติงานตามบทบาทคณะกรรมการฯ อยู่ในระดับปานกลางขึ้นไป โดยผลที่ได้สูงกว่าสมมติฐานที่ตั้งไว้ สะท้อนให้เห็นว่าคณะกรรมการ พชอ. จังหวัดสุโขทัย มีความตระหนักและพร้อมในการปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาทที่ได้รับมอบหมายในระดับสูง ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ อรรถวิทย์ วงศ์มณี และกิตติ เหลาสุภาพ (2565) ที่ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการปฏิบัติตามบทบาทของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ในเขตสุขภาพที่ 10 พบว่าการปฏิบัติตามบทบาทอยู่ในระดับสูงถึงร้อยละ 85.80 และสอดคล้องกับการศึกษาของ วุฒินันต์ สุดบอนิจ (2565) ที่ศึกษาคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จังหวัดยโสธร พบว่าการดำเนินงานตามบทบาทในภาพรวมอยู่ในระดับสูงร้อยละ 72.0 เช่นเดียวกัน รวมถึงสอดคล้องกับการศึกษาของ ประเสริฐ ด้วงคำพัน (2565) ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีบทบาทของ พชอ. ในการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิอยู่ในระดับมากทุกข้อ (Mean = 3.96, SD = 0.72) อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาครั้งนี้สูงกว่าการศึกษาของ ฤทธี เพ็ชรนิล (2560) ที่ศึกษาการปฏิบัติงานของคณะกรรมการระบบสุขภาพอำเภอในจังหวัดชุมพร ซึ่งพบว่ามีระดับการปฏิบัติงานอยู่ในระดับสูงเพียงร้อยละ 32.0 ความแตกต่างดังกล่าวอาจเป็นเพราะบริบทของจังหวัดสุโขทัยมีการดำเนินงาน พชอ. อย่างต่อเนื่องและเป็นระบบมากขึ้น นับตั้งแต่มีการประกาศนโยบายระบบสุขภาพระดับอำเภอ (DHS) ในปี 2556 จนถึงปัจจุบัน ประกอบกับจังหวัดสุโขทัยได้รับการยกย่องและรับรางวัล พชอ. ดีเด่น ในปีงบประมาณ 2568 ทั้งในประเด็นการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) อำเภอคีรีมาศ และประเด็นยาเสพติดและสุขภาพจิต อำเภอกงไกรลาศ ซึ่งสะท้อนถึงวัฒนธรรมองค์กรที่มุ่งผลสัมฤทธิ์และบรรยากาศการทำงานที่เข้มแข็ง

วัตถุประสงค์ข้อที่ 2 เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอในการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดสุโขทัย

ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Linear Regression) พบว่า มี 4 ตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอในการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดสุโขทัย โดยสามารถร่วมกันทำนายได้ร้อยละ 80.4 (R^2 = 0.804) ซึ่งสูงกว่าการศึกษาของ ประเสริฐ ด้วงคำพัน (2565) ที่ร้อยละ 93.1 อรรถวิทย์ วงศ์มณี และกิตติ เหลาสุภาพ (2565) ที่ร้อยละ 50 และวุฒินันต์ สุดบอนิจ

(2565) ที่ร้อยละ 74 สะท้อนว่าตัวแปรทั้ง 4 ที่ระบุในการศึกษาครั้งนี้มีพลังอธิบายการปฏิบัติงานตามบทบาทของคณะกรรมการ พชอ. ได้ดีในบริบทของจังหวัดสุโขทัย โดยเรียงลำดับความสำคัญของอิทธิพลจากมากไปน้อย ดังนี้

การจัดสรรงบประมาณและทรัพยากรที่เพียงพอ (β = 0.276, $p < 0.001$) สอดคล้องกับกรอบกลไกการคลัง (Financing) ของ WHO Framework (2007) และสอดคล้องกับการศึกษาของ อรรถวิทย์ วงศ์มณี และกิตติ เหลาสุภาพ (2565) วุฒินันต์ สุดบอนิจ (2565) และธารทิพย์ ศรีสมัย และอารยา ประเสริฐชัย ที่พบว่าปัจจัยด้านงบประมาณและวัสดุอุปกรณ์มีความสัมพันธ์ ทางบวกกับการปฏิบัติงานของคณะกรรมการ พชอ. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ซึ่งสอดคล้องกับกรอบแนวคิด PRECEDE-PROCEED ของ Green & Kreuter (2005) ที่ระบุว่าทรัพยากรที่เพียงพอเป็นปัจจัยเสริม (Reinforcing factor) จำเป็นต่อการแสดงออกซึ่งพฤติกรรมที่พึงประสงค์

เจตคติเกี่ยวกับการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิ (β = 0.264, $p < 0.001$) สอดคล้องกับทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (Theory of Planned Behavior) ของ Ajzen (1991) และสอดคล้องกับการศึกษาของ ประเสริฐ ด้วงคำพัน (2565) ที่พบว่าการมีส่วนร่วม ซึ่งสะท้อนเจตคติเชิงบวก เป็นตัวแปรที่มีอำนาจทำนายบทบาทของ พชอ. มากที่สุด (ร้อยละ 93.1) และสอดคล้องกับ สุรพงษ์ ลักษวุธ (2564) ที่พบว่าภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับแรงจูงใจในการทำงานของคณะกรรมการ พชอ. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) สะท้อนให้เห็นว่าเจตคติเชิงบวกเป็นปัจจัยนำ (Predisposing factor) สำคัญในการขับเคลื่อนพฤติกรรมการปฏิบัติงาน

การสนับสนุนจากผู้บริหารระดับสูง (β = 0.175, $p = 0.022$) สอดคล้องกับทฤษฎีภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง (Bass, 1985) และกรอบองค์ประกอบภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล (Leadership/Governance) ของ WHO (2007) สอดคล้องกับการศึกษาของ ธารทิพย์ ศรีสมัย และอารยา ประเสริฐชัย ที่พบว่าการสนับสนุนจากองค์กร มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภออย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.05$) และสอดคล้องกับ สุรพงษ์ ลักษวุธ (2564) ที่พบว่าภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงมีความสัมพันธ์กับแรงจูงใจ ในการทำงานของคณะกรรมการ พชอ. สะท้อนว่าผู้บริหารที่ให้การสนับสนุนอย่างต่อเนื่องและชัดเจน เป็นปัจจัยเสริมที่ทำให้คณะกรรมการปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ระยะเวลาการเป็นคณะกรรมการ พชอ. (β = 0.137, $p = 0.006$) สอดคล้องกับแนวคิดการเรียนรู้จากประสบการณ์ (Experiential Learning) ของ Kolb (1984) สอดคล้องกับการศึกษาของ ประเสริฐ ด้วงคำพัน (2565) ที่พบว่าอายุและประสบการณ์การทำงาน มีความสัมพันธ์กับบทบาทของ พชอ. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และ ฤทธี เพ็ชรนิล (2560) ที่พบว่าปัจจัยด้านการรู้ปัญหาสุขภาพอำเภอ ซึ่งเกิดจากการเรียนรู้ผ่านประสบการณ์ มีผลทำให้ระดับการปฏิบัติงานของคณะกรรมการแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.005$) ยิ่งมีระยะเวลาในการปฏิบัติงานนาน คณะกรรมการยิ่งเรียนรู้บทบาทหน้าที่และสร้างเครือข่ายความร่วมมือได้มากขึ้น

โดยสรุป ตัวแปรทั้ง 4 ครอบคลุมทั้งปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม ตามกรอบแนวคิด PRECEDE-PROCEED ของ Green & Kreuter (2005) ยืนยันว่าการพัฒนาประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของคณะกรรมการ พชอ. จำเป็นต้องดำเนินการแบบองค์รวมทั้งในระดับปัจเจกบุคคล ระดับองค์กร และระดับระบบสนับสนุน สอดคล้องกับแนวคิดระบบสุขภาพขององค์การอนามัยโลก ที่เน้นการบูรณาการทุกองค์ประกอบของระบบสุขภาพ เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาวะที่ดีและยั่งยืน (WHO, 2007)

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัยควรนำผลการวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทคณะกรรมการ พชอ. ไปใช้ในการออกแบบแนวทางการพัฒนาศักยภาพที่ตรงจุด โดยเน้นการเสริมสร้างความรู้เกี่ยวกับกรอบระบบสุขภาพ WHO Framework ทั้ง 6 องค์ประกอบ การปรับเจตคติเชิงบวกต่อการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิ และการสร้างความเข้าใจร่วมในบทบาทหน้าที่ของสมาชิก พชอ. แต่ละระดับ พร้อมทั้งจัดให้มีการทบทวนและปรับปรุงแนวทางดังกล่าวอย่างสม่ำเสมออย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง

2. ผู้บริหารระดับจังหวัดและนายอำเภอในฐานะประธานคณะกรรมการ พชอ. ควรให้ความสำคัญกับการสร้างระบบสนับสนุนการทำงานของคณะกรรมการอย่างต่อเนื่อง ทั้งในด้านการจัดสรรงบประมาณที่เพียงพอ การประสานความร่วมมือระหว่างหน่วยงาน และการเปิดพื้นที่สำหรับการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างอำเภอ เพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภออย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน

ข้อเสนอแนะการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพเพื่อสำรวจประสบการณ์ ความท้าทาย และปัจจัยแห่งความสำเร็จในการปฏิบัติงานของคณะกรรมการ พชอ. อย่างลึกซึ้ง โดยใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) กับประธานและสมาชิกคณะกรรมการในอำเภอที่มีผลการดำเนินงานโดดเด่น และการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) ในอำเภอที่มีปัญหา เพื่อนำข้อมูลมาพัฒนาโมเดลการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่เหมาะสมกับบริบทจังหวัดสุโขทัย

2. ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงทดลองหรือการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) เพื่อพัฒนาและทดสอบรูปแบบการเสริมสร้างขีดความสามารถของคณะกรรมการ พชอ. ที่อิงจากปัจจัยอิทธิพลที่พบในการศึกษาครั้งนี้ โดยติดตามผลระยะยาวไม่น้อยกว่า 1 ปีงบประมาณ เพื่อประเมินความยั่งยืนของการเปลี่ยนแปลงและความสามารถในการขยายผลไปสู่จังหวัดอื่นในเขตสุขภาพที่ 2

เอกสารอ้างอิง

กระทรวงสาธารณสุข. (2565). นโยบายการพัฒนาคุณภาพการให้บริการด้านสาธารณสุข. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.

กองยุทธศาสตร์และแผนงาน. (2562). ยุทธศาสตร์และแผนพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิแห่งชาติ พ.ศ. 2561-2565. กระทรวงสาธารณสุข: นนทบุรี.

ธารทิพย์ ศรีสมัย และอารยา ประเสริฐชัย. (2565). ปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินงานระบบสุขภาพอำเภอ อำเภอนาทวี จังหวัดสงขลา. วารสารสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ, 5(2), 93-105.

ประเสริฐ ด้วงคำพัน. (2565). ปัจจัยที่มีผลต่อบทบาทของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอในการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิจังหวัดบึงกาฬ. เข้าถึงได้จาก https://bkpho.moph.go.th/ssjweb

รัชนิกร อินทเชื้อ. (2563). ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จของการสร้างเครือข่ายการจัดการศึกษาของโรงเรียนผู้สูงอายุ. เข้าถึงได้จาก https://repository.nida.ac.th/handle/662723737/5507.

ฤทธี เพ็ชรนิล. (2560). ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของคณะกรรมการระบบสุขภาพอำเภอในจังหวัดชุมพร. กรุงเทพฯ: คณะสาธารณสุขศาสตร์ สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

วุฒินันต์ สุดบอนิจ. (2565). ปัจจัยที่ส่งผลต่อการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอจังหวัดยโสธร. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา, 7(1), 89-95.

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2556). *การวิเคราะห์สถานการณ์ปัจจุบันของระบบสร้างเสริมสุขภาพตามธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ และแนวโน้มในอนาคต*. นนทบุรี.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย. (2568). รายงานการตรวจราชการกรณีปกติ รอบที่ 2 ปีงบประมาณ 2568. สุโขทัย: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย .

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. (2553). ยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอ (District Health System: DHS). นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.

สำนักบริหารการสาธารณสุข. (2557). คู่มือการพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอเพื่อยกระดับคุณภาพชีวิต. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.

สุรเกียรติ อาชานานุภาพ. (2554). การจัดการความรู้และการชื่นชมในงานสาธารณสุขระดับพื้นที่. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน.

สุรพงษ์ ลักษวุธ. (2564). ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงที่ส่งผลต่อแรงจูงใจในการดำเนินงานคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) จังหวัดบึงกาฬ. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ, 14(3), 192–206.

อรรถวิทย์ วงศ์มณี และกิตติ เหลาสุภาพ. (2565). ปัจจัยที่ส่งผลต่อการปฏิบัติตามบทบาทของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ในเขตสุขภาพที่ 10. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ, 15(3), 169-183.

Bloom. (1975). *Taxonomy of Education.* New York: David McKay Company Inc.

Daniel. (1995). Biostatistics: A foundation for analysis in the health sciences. New York: Wiley & Sons.Rovinelli

Received: 8 May 2026 ; **Revised:** 15 May 2026
Accepted: 30 Jun 2026

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมต่อการโรคความดันโลหิตสูง อำเภอโคกโพธิ์ จังหวัดปัตตานี

สุธาทิพย์ จันทคุตโต [1]

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนามีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมต่อการโรคความดันโลหิตสูง อำเภอโคกโพธิ์ จังหวัดปัตตานี ประชากรคือ ประชาชนอายุ 35ปี ขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง อำเภอโคกโพธิ์ จังหวัดปัตตานี จำนวน 771 คน โดยใช้สูตรการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างของ Daniel เท่ากับ 270 คน ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบมีระบบ เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ คุณลักษณะส่วนบุคคล การรับรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพแบบสอบถามผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน และนำไปทดลองใช้เพื่อวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟ่าครอนบาค เท่ากับ 0.80 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ที่ระดับความเชื่อมั่น 0.05 ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้ด้านสุขภาพ มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง (57.78%) ($\bar{X}$=2.34, S.D.=0.549) พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับปานกลาง (80%) ($\bar{X}$=1.88, S.D.=0.432) ตามลำดับ ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่า การรับรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมต่อการโรคความดันโลหิตสูง อำเภอโคกโพธิ์ จังหวัดปัตตานีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r=0.200, P-value<0.001)

คำสำคัญ: พฤติกรรม, การรับรู้ด้านสุขภาพ, โรคความดันโลหิตสูง

[1] **โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาประดู่ อำเภอโคกโพธิ์ จังหวัดปัตตานี,** E-mail: Suthathip.j2514@gmail.com

Factor associated with health behavior among Hypertension patients in Khok Pho District, Pattani Province.

Suthathip Junthakutto [1]

Abstract

This Descriptive research aimed to study factor associated with health behavior among Hypertension patients in Khok Pho District, Pattani Province. Population in this study consisted of 771 peoples with aged 35 years and over who be diagnosed hypertension in Khok Pho District, Pattani Province, and the sample size calculating used Daniel formula for 270 cases, and systematic random sampling was determining for collecting data. Data collected by questionnaires composed of 3 parts including, characteristics, health perception, health behavior. In addition to check questionnaire standardization, validity was checked by 3 experts and try out testing reliability by Cronbach's coefficient alpha about 0.80. Data analyzed using statistical as Pearson product moment correlation coefficient with statistic significantly level 0.05. The resulted found that health perception classified in moderate level (57.78%) ($\overline{X}$=2.34, S.D.=0.549) health behavior level of Hypertension patients classified in moderate level (80%) ($\overline{X}$=1.88, S.D.=0.432), respectively. An association factor reported that health perception was positively associated with health behavior among Hypertension patients in Khok Pho District, Pattani Province with statistic significant (r=0.200, P-value<0.001).

Keywords: Behavior, Health Perception, Hypertension

[1] Napradu Sub-district Health Promoting Hospital, Khok Pho District, Pattani Province, E-mail: Suthathip.j2514@gmail.com

บทนำ

โรคความดันโลหิตสูง (Hypertension) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั้งในระดับประเทศและระดับโลก องค์การอนามัยโลกได้ประมาณการณ์จำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทั่วโลก จำนวน 970 ล้านคน (ศุภวรรณ มโนสุนทร, 2553) โรคความดันโลหิตสูงถือเป็นภัยเงียบที่น่ากลัวต่อร่างกายทำให้เกิดโรคต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นภาวะโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ โรคหัวใจเต้นผิดจังหวะ หัวใจวาย และนับวันยิ่งมีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้น เป็นโรคที่ส่วนใหญ่เกิดจากการมีพฤติกรรมการบริโภคที่ไม่เหมาะสมและวิถีชีวิตการดำเนินชีวิตของคนไทยเปลี่ยนแปลงไป ส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพหรือมีภาวะแทรกซ้อนตามมา กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดตัวชี้วัดการดำเนินงานโดยให้มีอัตราป่วยรายใหม่ลดลง แต่ปัจจุบันพบว่าอัตราความชุกของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสะสมมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยระหว่างปี พ.ศ.2565-2567 พบผู้ป่วยรายใหม่โรคความดันโลหิตสูงสะสมจำนวน 2,281,555 ราย โดยมีอัตราความชุก 3,3538.27 ต่อแสนประชากร เขตสุขภาพที่ 12 มีผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้นทุกปี ในปี พ.ศ.2565 มีผู้ป่วยรายใหม่ จำนวน 47,630 ราย คิดเป็นอัตราป่วยเท่ากับ 952.57 ต่อแสนประชากร ปี พ.ศ.2566 มีผู้ป่วยรายใหม่ จำนวน 55,574 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 1,109.47 ต่อแสนประชากร ปี พ.ศ.2567 มีผู้ป่วยรายใหม่ จำนวน 58,055 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 1,186.71 ต่อแสนประชากร (กระทรวงสาธารณสุข, 2568) และเป็นโรคที่ทำให้ประชากรเสียชีวิตติด 10 อันดับโรคแรก สำหรับเขตสุขภาพที่ 12 ในปี พ.ศ.2566 พบผู้ป่วย จำนวน 518,586 ราย เสียชีวิต 11,261 ราย จังหวัดที่มีผู้ป่วยสูงสุดคือ สงขลา 167,521 ราย รองลงมา คือ ตรัง 78,233 ราย, นราธิวาส 75,059 ราย, พัทลุง 66,073 ราย, ปัตตานี 56,453 ราย, ยะลา 43,604 ราย และสตูล 31,643 ราย ตามลำดับ (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2567)

สถานการณ์การป่วยโรคความดันโลหิตสูงในจังหวัดปัตตานีเป็นโรคที่ติดอันดับที่ 2 ใน 10 โรคแรก ในปี พ.ศ.2565-2567 มีผู้ป่วยรายใหม่ทั้งหมด 16,594 ราย คิดเป็นอัตราป่วยเท่ากับ 2278.41 ต่อแสนประชากร โดยจำแนกลำดับตามปี เท่ากับ 4,140, 5,716 และ 6,737 ราย ตามลำดับ และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 2 ใน 10 โรคแรก โดยมีจำนวนการตายในปี พ.ศ.2565-2567 จำนวน 7,769 ราย คิดเป็นร้อยละ 10.03 โดยจำแนกตามลำดับปี เท่ากับ 3,407, 2,335 และ 2,027 ราย ตามลำดับ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปัตตานี, 2567) สำหรับอำเภอโคกโพธิ์ พบว่า จำนวนผู้ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่ติดอันดับ 1 ใน 10 โรคแรก โดยมีจำนวนผู้ป่วยรายใหม่ในปี พ.ศ.2565-2567 รวม 2,024 ราย คิดเป็นอัตราป่วย เท่ากับ 2938.04 ต่อแสนประชากร จำแนกตามปีเท่ากับ 530, 690 และ 804 ราย ตามลำดับ มีผู้ป่วยเสียชีวิตจากโรคความดันโลหิตสูงใน ปี พ.ศ. 2565-2567 จำนวน 873 ราย (ร้อยละ 9.82) จำแนกตามปี เท่ากับ 239, 233 และ 401 ราย ตามลำดับ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปัตตานี, 2567) จากแนวโน้มของรายใหม่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นจึง

นำมาซึ่งภาวะเสี่ยงและปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยดังกล่าวมากขึ้น ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง อำเภอโคกโพธิ์ จังหวัดปัตตานี เพื่อนำข้อมูลมาพัฒนาเป็นโปรแกรมการพัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อำเภอโคกโพธิ์ จังหวัดปัตตานี ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการโรคความดันโลหิตสูง อำเภอโคกโพธิ์ จังหวัดปัตตานี

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research Study) ดำเนินการเดือนกันยายน 2568 ถึง กุมภาพันธ์ พ.ศ.2569 โดยกำหนดตัวแปรอิสระ ได้แก่ 1) คุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง 2) การรับรู้ด้านสุขภาพ โดยใช้แนวคิดของโรเซนสตอค (Rosenstock, 1974) ตัวแปรตาม ได้แก่ พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือ ประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง ปีงบประมาณ 2568 จำนวน 771 คน โดยมีเกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ ประชาชนที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงและมีรายชื่อตามทะเบียนบ้านในเขตอำเภอโคกโพธิ์ จังหวัดปัตตานี และอาศัยอยู่ในพื้นที่จริงอย่างน้อย 6 เดือนขึ้นไป เกณฑ์การคัดออกคือ เจ็บป่วยกะทันหันในช่วงเก็บข้อมูลจนไม่สามารถให้ข้อมูลได้ คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตร Daniel (2010) กำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ 95% ค่าความคลาดเคลื่อนสามารถยอมรับได้เท่ากับ 0.05 ได้กลุ่มตัวอย่าง 270 คน ใช้วิธีการสุ่มเลือกรายชื่อแบบมีระบบ (Systematic Random Sampling) เพื่อเลือกรายชื่อผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเป็นกลุ่มตัวอย่าง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลคือ แบบสอบถาม ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ดัชนีมวลกายเกิน การประกอบอาชีพ รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน บทบาทในครอบครัวบิดามารดาเป็นโรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือด

ส่วนที่ 2 การรับรู้ด้านสุขภาพ ประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงจากโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ประโยชน์จากการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้

อุปสรรคจากการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ลักษณะข้อคำถามแบบประมาณค่า 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย การรับประทานอาหารเค็ม การออกกำลังกาย การจัดการด้านอารมณ์และการพักผ่อน ลักษณะคำถามแบบประมาณค่า 5 ระดับ คือ ปฏิบัติมากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด

แบบสอบถามส่วนที่ 2, 3 ใช้เกณฑ์การแปลผลตามแนวคิดของ Best John W. (1977) แบ่งเป็น 3 ระดับคือ ระดับสูง (3.67–5.00 คะแนน) ระดับปานกลาง (2.34–3.66 คะแนน) ระดับต่ำ (1.00–2.33 คะแนน)

แบบสอบถามนี้สร้างขึ้นจากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่านตรวจสอบความตรงของเนื้อหา นำแบบสอบถามไปทดลองใช้คำนวณค่าความเที่ยง (Reliability) ด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาค (Cronbach, 1951) ภาพรวมแบบสอบถาม เท่ากับ 0.80 เมื่อจำแนกรายส่วน พบว่า การรับรู้ด้านสุขภาพ เท่ากับ 0.99 พฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เท่ากับ 0.94

สถิติวิเคราะห์

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson’s Product Moment correlation coefficient) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ เท่ากับ 0.05

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้ดำเนินการขอความเห็นชอบจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปัตตานี เอกสารรับรองเลขที่ 0039/68 ลงวันที่ 15 กันยายน 2568

ผลการศึกษาวิจัย

ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (73.33%) ช่วงอายุอยู่ระหว่าง 50–65 ปี (50.37%) ($\bar{X}$=57.38, S.D.=13.598, Min=27, Max=91) มีสถานภาพสมรส/คู่และอยู่ด้วยกัน (69.63%) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (51.85%) และมีเพียง 11.85% ที่จบการศึกษาระดับปริญญาตรีและสูงกว่าปริญญาตรีประกอบอาชีพเกษตรกรรม (28.90%) สำหรับรายได้เฉลี่ยต่อเดือนระหว่าง 4,000–10,000 บาท (50.74%) ($\bar{X}$=5,837.43, S.D.=5.351.96, Min=0, Max=40,000) ดัชนีมวลกาย (BMI) ส่วนใหญ่อยู่ในระดับอ้วนระดับ 1 (25.0–29.9 กก./ม²) (33.33%) มีประวัติคนในครอบครัวเป็นโรคความดันโลหิตสูง คิดเป็น (50.74%) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวคือภาวะไขมันในเลือดสูง (60.37%) ตามลำดับ

การรับรู้ด้านสุขภาพ ประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงจากโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ประโยชน์จากการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้อุปสรรคจากการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ภาพรวมมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง (57.78%) ($\overline{X}$=2.34, S.D.=0.549) พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย การรับประทานอาหารเค็ม การออกกำลังกาย การจัดการด้านอารมณ์และการพักผ่อน ภาพรวมมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง (80%) ($\overline{X}$=1.88, S.D.=0.432) ตามลำดับ (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการรับรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเขตอำเภอโคกโพธิ์ จังหวัดปัตตานี (n=270)

ตัวแปร	ระดับคะแนน						Mean	S.D.
	สูง		ปานกลาง		ต่ำ			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
การรับรู้ด้านสุขภาพ	**104**	**38.52**	**156**	**57.78**	**10**	**3.70**	**2.34**	**0.549**
1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงจากโรคความดันโลหิตสูง	147	54.44	118	43.70	5	1.55	2.52	0.536
2. การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง	125	46.30	140	51.90	5	1.90	2.44	0.533
3. การรับรู้ประโยชน์จากการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง	131	48.50	139	51.50	-	-	2.48	0.500
4. การรับรู้อุปสรรคจากการป้องกันโรคความ	27	10.00	168	62.22	75.00	27.78	2.17	0.589
พฤติกรรมสุขภาพ	**11**	**15.93**	**216**	**80.00**	**43**	**15.93**	**1.88**	**0.432**
1. การรับประทานอาหารเค็ม	6	2.22	133	49.26	131	48.50	1.53	0.542
2. การออกกำลังกาย	17	6.30	168	62.22	85	31.48	1.75	0.561
3. การจัดการด้านอารมณ์และการพักผ่อน	64	23.70	170	62.96	36	13.33	2.10	0.600

จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่า การรับรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อำเภอโคกโพธิ์ จังหวัดปัตตานี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r=0.200, P-value<0.001) เมื่อพิจารณารายด้านที่พบความสัมพันธ์ ประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงจากโรคความดันโลหิตสูง (r = 0.147, P-value = 0.015) การรับรู้ประโยชน์จากการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง (r = 0.128, P-value = 0.035) การรับรู้อุปสรรคจากการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง (r=0.368, P–value<0.001) ตามลำดับ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างการรับรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อำเภอโคกโพธิ์ จังหวัดปัตตานี (n=270)

ตัวแปรอิสระ	พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิต		
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (r)	P-value	ระดับความสัมพันธ์
การรับรู้ด้านสุขภาพ	**0.200**	**<0.001**	**มีความสัมพันธ์ทางบวก**
1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงจากโรคความดันโลหิตสูง	0.147	0.015	มีความสัมพันธ์ทางบวก
2. การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง	0.112	0.066	ไม่มีความสัมพันธ์
3. การรับรู้ประโยชน์จากการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง	0.128	0.035	มีความสัมพันธ์ทางบวก
4. การรับรู้อุปสรรคจากการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง	0.368	<0.001	มีความสัมพันธ์ทางบวก

การอภิปรายผลและสรุปผล

พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเขตอำเภอโคกโพธิ์ จังหวัดปัตตานี ประกอบด้วย การรับประทานอาหารเค็ม การออกกำลังกาย การจัดการด้านอารมณ์และการพักผ่อน เนื่องจากพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานถือว่าเป็นพฤติกรรมสุขภาพ (Health behavior) อย่างหนึ่ง เพราะพฤติกรรมสุขภาพเป็นการปฏิบัติหรือการแสดงออกของบุคคลในการกระทำหรืองดเว้นการกระทำในสิ่งที่มีผลต่อสุขภาพ โดยอาศัยความรู้ความเข้าใจ ความเชื่อความรู้สึกนึกคิด เจตคติและการปฏิบัติตนทางสุขภาพที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กันอย่างเหมาะสม (เฉลิมพล ตันสกุล, 2543) สอดคล้องกับแนวคิดการดูแลสุขภาพของโอเร็ม (Orem, 1991) ที่กล่าวว่าเป็นพฤติกรรมที่กระทำโดยมุ่งที่จะป้องกันไม่ให้เกิดการเจ็บป่วยหรือโรคต่างๆ เป็นพฤติกรรมที่จะช่วยรักษาสุขภาพให้แข็งแรงปราศจากความเจ็บป่วยสามารถดำเนินชีวิตอย่างปกติสุขและพยายามหลีกเลี่ยงอันตรายต่าง ๆ ที่จะส่งผลต่อสุขภาพ เช่น การออกกำลังกาย การมีสุขวิทยาส่วนบุคคลที่ดี การควบคุมอาหาร การไม่ดื่มสุราไม่สูบบุหรี่ การตรวจสุขภาพประจำปี อันเป็นพฤติกรรมของประชาชนที่กระทำอย่างสม่ำเสมอในขณะที่มีสุขภาพแข็งแรง สำหรับการศึกษาวิจัยครั้งนี้ พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในภาพรวมมีระดับการปฏิบัติอยู่ในระดับปานกลาง (80%) สอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของ นฤมล กอกอง และคณะ (2567) พบว่า พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เขตตำบลหนองกะท้าว อำเภอนครไทย จังหวัดพิษณุโลก อยู่ในระดับสูง (74.90%)

การรับรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงจากโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ประโยชน์จากกาป้องกันโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้อุปสรรคจากการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่า การรับรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อำเภอโคกโพธิ์ จังหวัดปัตตานี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value<0.001) สามารถอธิบายเหตุผลได้ว่า พฤติกรรมสุขภาพของบุคคลมาจากการรับรู้ด้านสุขภาพของบุคคล โดยการรับรู้ด้านสุขภาพเป็นข้อบ่งชี้พฤติกรรม บุคคลจะกระทำหรือเข้าใกล้สิ่งที่ตนพอใจถ้าสิ่งนั้นให้ผลดีกับตนเอง เป็นแบบแผนทางด้านจิตวิทยาสังคมที่ได้พัฒนาขึ้น เพื่อจะทำความเข้าใจกับพฤติกรรมในการปฏิบัติของมนุษย์เกี่ยวกับสุขภาพอนามัย โดยคำนึงถึงปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวกับพฤติกรรม การที่บุคคลจะมีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรคจะต้องมีความเชื่อว่า เขามีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค โรคนั้นมีความรุนแรงและมีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต รวมทั้งการปฏิบัตินั้นจะเกิดผลดีในการลดโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหรือช่วยลดความรุนแรงของโรคโดยไม่ควรมีอุปสรรคด้านจิตวิทยามาเกี่ยวข้อง เช่น ค่าใช้จ่าย ความไม่สะดวกสบาย ความเจ็บป่วยและความอาย เป็นต้น (Rosenstock, 1974) การรับรู้เป็นกระบวนการทางจิตวิทยาในการเลือกที่จะรับรู้ต่อสิ่งเร้าที่เกิดขึ้น การตีความในสิ่งที่ได้รับรู้ โดยการรับรู้ได้จะต้องผ่านประสาทสัมผัสทั้ง 5 คือ การมองเห็น การได้ยิน การสัมผัส การได้กลิ่น และการรู้รสในสิ่งเร้าที่เกิดขึ้น โดยทั่วไปบุคคลจะแปลความหมายหรือมองเห็นสิ่งต่าง ๆ แตกต่างกัน ไม่ว่าจะเป็นสภาวการณ์สิ่งของบุคคลหรือเหตุการณ์ จึงเป็นผลให้การมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อสภาวการณ์สิ่งของบุคคลหรือเหตุการณ์แตกต่างกัน ทั้งในด้านความคิดและพฤติกรรมที่สังเกตได้ ซึ่งการรับรู้นี้เป็นกระบวนการทางจิตวิทยาซึ่งมีผลต่อพฤติกรรมของบุคคลทั้งในด้านความคิดการตัดสินใจการประเมินค่าและการแสดงออกของพฤติกรรม (เนตร์พัณณา ยาวิราช, 2547) ผลการวิจัยสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของ พงศนาถ หาญเจริญพิพัฒน์ (2563) พบว่า การรับรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลศรีรัตนะ จังหวัดศรีสะเกษ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r=0.153, P-value=0.001)

การรับรู้โอกาสเสี่ยงจากโรคความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value=0.015) อธิบายเหตุผลได้ว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคเป็นความเชื่อของบุคคลที่มีผลโดยตรงต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพทั้งในภาวะปกติและภาวะเจ็บป่วย แต่ละบุคคลจะมีความเชื่อในระดับที่ไม่เท่ากัน ดังนั้นบุคคลเหล่านี้จึงหลีกเลี่ยงต่อการเป็นโรคด้วยการปฏิบัติตามเพื่อป้องกันและรักษาสุขภาพที่แตกต่างกัน จึงเป็นความเชื่อของบุคคลต่อความถูกต้องของการวินิจฉัยโรคของแพทย์ การคาดคะเนถึงโอกาสของการเกิดโรคซ้ำหรือการง่ายที่จะป่วยเป็นโรคต่าง ๆ มีรายงานการ

วิจัยหลายเรื่องที่ให้การสนับสนุนความเชื่อต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคว่ามีความสัมพันธ์ในทางบวกกับพฤติกรรมการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ เช่น เมื่อบุคคลป่วยเป็นโรคใดโรคหนึ่ง ความรู้สึกของบุคคลที่ว่าตนเองจะมีโอกาสป่วยเป็นโรคนั้นๆอีกจะมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคไม่ให้เกิดกับตนเองอีก (Rosenstock, 1974) สอดคล้องกับการศึกษาของเปรมใจ หน่อแก้ว (2566) พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคความดันโลหิตสูงของประชาชนจังหวัดแม่ฮ่องสอน ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value = 0.04)

การรับรู้ประโยชน์จากการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value = 0.035) อธิบายเหตุผลได้ว่า การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค หมายถึงการที่บุคคลแสวงหาวิธีการปฏิบัติให้หายจากโรคหรือป้องกันไม่ให้เกิดโรคโดยการปฏิบัตินั้น ต้องมีความเชื่อว่าเป็นการกระทำที่ดีมีประโยชน์และเหมาะสมที่จะทำให้หายหรือไม่เป็นโรคนั้นๆ ดังนั้น การตัดสินใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำก็ขึ้นอยู่กับการเปรียบเทียบถึงข้อดีและข้อเสียของพฤติกรรมนั้น โดยเลือกปฏิบัติในสิ่งที่ก่อให้เกิดผลดีมากกว่าผลเสีย (Rosenstock, 1974) สอดคล้องกับการศึกษาของ ลัดดา พลพทธา และคณะ (2566) พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงตำบลเกาะแก้ว อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตน (r = 0.275, P-value = 0.002)

การรับรู้อุปสรรคจากการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value < 0.001) สอดคล้องกับแนวคิดด้านสุขภาพของเบคเกอร์ ที่ว่าการคาดการณ์ล่วงหน้าของบุคคลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยของบุคคลในทางลบ ซึ่งอาจได้แก่ ค่าใช้จ่าย หรือผลที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติกิจกรรมบางอย่าง เช่น การตรวจเลือดหรือการตรวจพิเศษทำให้เกิดความไม่สุขสบายใน การมารับบริการ หรือพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ผู้ป่วยจะต้องปฏิบัติจะขัดกับอาชีพหรือการดำเนินชีวิตประจำวันก็ตาม ดังนั้นการรับรู้อุปสรรคจึงเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการให้ความร่วมมือในการรักษาโรคและพฤติกรรมการป้องกันโรคของผู้ป่วยได้ ซึ่งผู้ป่วยจะรับรู้ว่าพฤติกรรมสุขภาพที่ผู้ป่วยปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ (Becker, 1974) สอดคล้องกับการศึกษาของ ลัดดา พลพทธา และคณะ (2566) พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงตำบลเกาะแก้ว อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด ได้แก่ การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตน (r = 0.331, P - value < 0.001)

ข้อเสนอแนะจากงานวิจัย

1) ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีการรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง ในระดับปานกลาง (51.90) และการรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูงไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเขตอำเภอโคกโพธิ์ จังหวัดปัตตานี ดังนั้น บุคลากรสาธารณสุขของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาประดู่ ควรมีการจัดกิจกรรมรณรงค์เพื่อเพิ่มการรับรู้ความรุนแรงของโรค และการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง ให้แก่ผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ เช่น การใช้สื่อวีดีทัศน์เพื่อให้ความรู้ขณะที่ผู้ป่วยมารับบริการที่คลินิกโรคความดันโลหิต และการให้คำปรึกษารายบุคคลสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิต ที่ไม่มาสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้ เพื่อให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม

เอกสารอ้างอิง

กระทรวงสาธารณสุข, 2568 โรคความดันโลหิตสูง (Hypertension). นนทบุรี: กรมควบคุมโรค สืบค้นเมื่อวันที่ 1 พฤษภาคม2569. เข้าถึงจาก https://www.ddc.moph.go.th/disease_detail.php?d=52&utm_source=chatgpt.com

กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2567 ปัจจัยการเกิดโรคความดันโลหิตสูง สืบค้นเมื่อวันที่ 1 พฤษภาคม 2569. เข้าถึงจาก http://dpc2.ddc.moph.go.th/infopublic/data/2/pic/25.doc

เฉลิมพล ตันสกุล. (2543). พฤติกรรมศาสตร์สาธารณสุข. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: สหประชาพาณิชย์.

นฤมล กอกอง, อมรศักดิ์ โพธิ์อ่ำ. (2567). ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองกะท้าว อำเภอนครไทย จังหวัดพิษณุโลก. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีนอร์ทเทิร์น; 5(3): 65-78.

เนตร์พัณณา ยาวิราช. (2547). การจัดการสมัยใหม่. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: บริษัทเซ็นทรัลเอ็กเพลสจำกัด.

เปรมใจ หน่อแก้ว. (2566). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคความดันโลหิตสูงของประชาชนจังหวัดแม่ฮ่องสอน. เอกสารเผยแพร่ผลงานวิชาการประเภทงานวิจัยบนเวปไซต์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแม่ฮ่องสอน.

พงศนาถ หาญเจริญพิพัฒน์. (2563). ปัจจัยที่มีผลต่อการควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการที่โรงพยาบาลศรีรัตนะ จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์; 35(3): 653-665.

ลัดดา พลพทธา, ศตวรรษ อุดรศาสตร์, ณิชพันธุ์ระวี เพ็งพล, ปลมา โสบุตร์ และคณะ. (2566). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน. วารสารศรีสุวรรณปริทรรศน์; 1(1): 1-14.

ศุภวรรณ มโนสุนทร. (2553). รายงานพยากรณ์โรคความดันโลหิตสูง. สืบค้นเมื่อ วันที่ 1 พฤษภาคม 2569. เข้าถึงจาก http://www.interfetpthailand.net/forecast/files/reporrt_2012/report_2012_11_no01.pdf

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปัตตานี, 2567 สถานการณ์โรคความดันโลหิตสูง จังหวัดปัตตานี. สืบค้นเมื่อ วันที่ 1 พฤษภาคม 2569. เข้าถึงได้จาก http://pattani.nso.go.th

Best, John W. (1977). Research is Evaluation. (3rd ed). Englewod cliffs: N.J. Prentice Hall.

Cronbach. (1997). Essentials of Psychological Testing. New york: Harper and Row.

Daniel W.W. (2010). Biostatistics: Basic Concepts and Methodology for the Health Sciences. (9thed). New York: John Wiley & Sons.

Orem, D. E. (1991). Nursing: Concepts of practice (4th ed.). St. Louis: Mosby Year Book.

Rosenstock. (1974). History origins of the health belief model: Health Education Monograph.

Received: 8 May 2026 ; **Revised:** 15 May 2026
Accepted: 30 Jun 2026

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ เขตตำบลทุ่งพลา อำเภอโคกโพธิ์ จังหวัดปัตตานี

เพียงฤทัย พงษ์กาบ [1]

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนามีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ กลุ่มประชากรคือ ผู้สูงอายุเขตตำบลทุ่งพลา อำเภอโคกโพธิ์ จังหวัดปัตตานี จำนวน 264 คน โดยใช้สูตรการคำนวณกลุ่มตัวอย่างที่ทราบจำนวนประชากรที่แน่นอนของ Daniel ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 173 ราย ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบมีระบบ เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูลคือแบบสอบถามประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ คุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ การรับรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน และนำไปทดลองใช้เพื่อวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟ่าครอนบาค เท่ากับ 0.816 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุมีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง (69.36%) ($\overline{X}$=2.30, S.D.=0.462) พฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุมีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง (61.30%) ($\overline{X}$=2.38, S.D.=0.498) ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่า การรับรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ เขตตำบลทุ่งพลา อำเภอโคกโพธิ์ จังหวัดปัตตานี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r=0.242, P-value=0.001)

คำสำคัญ : การรับรู้ด้านสุขภาพ, การพลัดตกหกล้ม, ผู้สูงอายุ

[1] **พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ องค์การบริหารส่วนจังหวัดปัตตานี จังหวัดปัตตานี,** E-mail: nokpeang@gmail.com

Factors Associated with Behaviours of Falls Prevention among Elderly at Tungpla Sub-district, Khok pho District, Pattani Province

Peangrutai Phongkab [1]

Abstract

Descriptive research aimed to study association between health perception and behavior of fall prevention among Elderly. Population was 264 Elderly in Tungpla Sub-district Khok pho District, Pattani Province, in 2025 fiscal year and the sample size calculating used Daniel formula for 173 cases, and systematic random sampling was determining. Data collected by questionnaires composed of; characteristic, health perception and behavior of fall prevention among Elderly. In addition to, validity was checked by 3 experts and try out testing reliability by Cronbach's coefficient alpha about 0.816, an association analysis used Pearson product moment correlation coefficient. The resulted found that health perception classified in moderate level (68.10%) (69.36%) ($\overline{X}$= 2.30, S.D. = 0.462) health behavior of fall prevention classified in moderate level (61.30%) ($\overline{X}$= 2.38, S.D. = 0.498), respectively. An association found that health perception was positively associated with behavior of fall prevention among Elderly in Tungpla Sub-district Khok pho District, Pattani Province with statistic significant (r=0.242, P-value=0.001).

Keywords: Health perception, behavior of fall prevention, Elderly

[1] Registered Nurse, Professional Level, Pattani Provincial Administrative Organization., E-mail: nokpeang@gmail.com

บทนำ

แนวโน้มประชากรผู้สูงอายุทั่วโลกมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นทำให้ โครงสร้างอายุของประชากรโลกกำลังเปลี่ยนไปในทิศทางที่มีอายุสูงขึ้น องค์การสหประชาชาติได้นิยามว่า ประเทศใดมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป เป็นสัดส่วนเกินร้อยละ 10 หรือมีอายุ 65 ปีขึ้นไป เกินร้อยละ 7 ของประชากรทั้งประเทศ ถือว่าประเทศนั้นได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aging Society) และจะเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Complete Aged Society) เมื่อสัดส่วนประชากรอายุ 60 ปี ขึ้นไป เพิ่มเป็น 20% และอายุ 65 ปีขึ้นไป เพิ่มเป็น 14% (World Health Organization, 2024) ปัจจุบันประเทศไทยเข้าสู่การเป็นสังคมสูงอายุ จากรายงานของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า ผู้สูงอายุไทยมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ อย่างต่อเนื่อง ในปี พ.ศ.2567 พบร้อยละ 20 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2567) ปี พ.ศ. 2568 มีจำนวนสูงอายุเพิ่มขึ้น ร้อยละ 21.44 ของประชากรไทย (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2568) ซึ่งทำให้ประเทศไทยเข้าสู่สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์ (Complete - Aged Society) และคาดการณ์ว่า จำนวนผู้สูงอายุจะเพิ่มเป็นร้อยละ 28 ในปี พ.ศ.2574 ซึ่งจะมีผลทำให้ประเทศไทยกลายเป็นสังคมผู้สูงอายุระดับสุดยอด (Super-Aged Society) (สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2566) สถานการณ์จำนวนผู้สูงอายุในจังหวัดปัตตานี ระหว่างปี พ.ศ.2565-2567 มีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 13.15, 13.54 และ 13.64 ตามลำดับ (สถิติผู้สูงอายุจังหวัดปัตตานี, 2568) สำหรับตำบลทุ่งพลา อำเภอโคกโพธิ์ จังหวัดปัตตานี ปี พ.ศ.2567 มีจำนวนประชากร 3,102 คน เป็นผู้สูงอายุจำนวน 784 คน คิดเป็นร้อยละ 25.27 ซึ่งถือได้ว่าเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ สัดส่วนของผู้สูงอายุที่เพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็วส่งผลให้ ผู้สูงอายุต้องอยู่ในภาวะโรคเรื้อรังมากขึ้น เช่น โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคกระดูกพรุน เป็นต้น ทำให้ต้องมีการรักษาที่ต่อเนื่องและยาวนาน ผู้สูงอายุจึงต้องการการพึ่งพามากขึ้น ประกอบกับร่างกายที่เสื่อมลงตามอายุที่เพิ่มขึ้น มีการผิดรูปของข้อต่างๆ ส่งผลให้มีการทรงตัวและการเคลื่อนไหวผิดปกติ ผลที่ตามมาคือเกิดความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม การพลัดตกหกล้มส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุตั้งแต่การบาดเจ็บเล็กน้อยจนถึงการบาดเจ็บรุนแรง เช่น ภาวะกระดูกหัก การบาดเจ็บที่สมองหรือที่ผิวหนังอย่างรุนแรง บางรายอาจรุนแรงถึงขั้นเสียชีวิต และความกลัวการหกล้มซ้ำจนสูญเสียความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำ โดยผู้สูงอายุจะหลีกเลี่ยงหรือจำกัดการปฏิบัติกิจกรรม นอกจากนี้การหกล้มยังส่งผลกระทบต่อจิตใจของผู้สูงอายุ ซึ่งพบว่าผู้สูงอายุที่เคยมีประสบการณ์การหกล้มจะเกิดความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า ตลอดจนสูญเสียความมั่นใจในการเดิน ไม่มีความกล้าที่จะเดินไปในบริเวณที่เสียงต่อการหกล้มและมีความกลัวการหกล้มซ้ำที่จะเกิดขึ้น ทำให้หลีกเลี่ยงการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นและไม่เข้าร่วมทางสังคม ไม่อยากพบปะพูดคุยกับใครจนเกิดการแยกตัวจากสังคมในที่สุด บางคนไม่สามารถเคลื่อนไหวหรือปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ได้ ผู้สูงอายุจะต้องเผชิญกับภาวะทุพพลภาพ เกิดภาวะพึ่งพิง เป็นภาระกับครอบครัวและผู้ดูแล บางรายต้องรับการ

ผ่าตัดทำให้สูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาที่เพิ่มมากขึ้นทั้งด้านการรักษาและการฟื้นฟู (ลัดดา เถียมวงศ์, จอม สุวรรณโณ, 2557)

จากการรายงานอุบัติการณ์การเกิดการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุที่ผ่านมา พบว่า ผู้ที่มีอายุมากกว่า 65 ปีขึ้นไป มีอุบัติการณ์การพลัดตกหกล้มถึงร้อยละ 30 (มุทิตา มุสิการยกูล, สุจิตรา สุคนธทรัพย์, 2565) ในประเทศไทยพบอุบัติการณ์การพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุเพิ่มสูงขึ้นและเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตอันดับสองในกลุ่มการบาดเจ็บโดยไม่ได้ตั้งใจ รองจากการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน สถิติการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในปี พ.ศ. 2564-2566 พบว่า ผู้สูงอายุพลัดตกหกล้มที่รับการรักษาตัวในโรงพยาบาล อัตราป่วย เท่ากับ 2,142, 1,624 และ 2,970.51 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ โดยผู้สูงอายุมีอัตราการเสียชีวิตจากการพลัดตกหกล้ม เท่ากับ 10.60, 13.05 และ 11.48 ต่อแสนประชากร (กองป้องกันการบาดเจ็บ กรมควบคุมโรค, 2568) อุบัติการณ์การเกิดการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในจังหวัดปัตตานีในปี พ.ศ.2564-2566 เท่ากับ 1,381, 625.88 และ 1,287.91 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ (กองป้องกันการบาดเจ็บ กรมควบคุมโรค, 2568) พฤติกรรมการป้องกันการหกล้มเป็นสิ่งที่สำคัญสำผู้สูงอายุ เนื่องจากปัจจัยเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุมาจากหลายประการทั้งจากตัวผู้สูงอายุเองจากความเสื่อมของร่างกายและสิ่งแวดล้อม ดังนั้นการป้องกันการหกล้มและลดปัจจัยเสี่ยงต่างๆ เหล่านี้ไม่ว่าจะเป็นจัดการสิ่งแวดล้อมที่เป็นอันตรายทั้งบริเวณภายในบ้าน ได้แก่ การดูแลสุขลักษณะภายในบ้านให้สะอาด วางของไม่เป็นระเบียบและบริเวณนอกบ้าน ได้แก่ แสงสว่างรอบๆ บ้าน พื้นบ้าน การให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการหกล้มในชุมชน เป็นต้น การออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความแข็งแรงและความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อต้นขาและข้อเท้าจะช่วยพัฒนาการทรงตัวและระบบการเคลื่อนไหว ซึ่งผู้สูงอายุสามารถทำเองที่บ้านได้ง่ายๆ ได้ผลดีในการป้องกันการตกหกล้มสามารถลดการหกล้มในผู้สูงอายุได้ (Shumway-Cook, Baldwin, Polissar, & Gruber, 1997)

จากสถานการณ์ปัญหาดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยพบว่ายังไม่มีข้อมูลรายงานเกี่ยวกับความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในตำบลทุ่งพลา อำเภอโคกโพธิ์ จังหวัดปัตตานี และเป็นชุมชนที่มีลักษณะกึ่งเมืองกึ่งชนบท ประชากรผู้สูงอายุส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม เช่นการทำสวนยางพาราและสวนผลไม้ ซึ่งมีสภาพแวดล้อมที่อาจเอื้อต่อการพลัดตกหกล้มได้ง่าย จึงสนใจศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในตำบลทุ่งพลา อำเภอโคกโพธิ์ จังหวัดปัตตานี เพื่อนำผลการวิจัยไปใช้เป็นแนวทาง ในการพัฒนาโปรแกรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน ตำบลทุ่งพลา อำเภอโคกโพธิ์ จังหวัดปัตตานีต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้ม ของผู้สูงอายุเขตตำบลทุ่งพลา อำเภอโคกโพธิ์ จังหวัดปัตตานี

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research study) ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนสิงหาคม–ธันวาคม พ.ศ.2568 โดยกำหนดกรอบแนวคิด ประกอบด้วย ตัวแปรอิสระ คือ 1) คุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ 2) การรับรู้ด้านสุขภาพ ตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุเขตตำบลทุ่งพลา อำเภอโคกโพธิ์ จังหวัดปัตตานี

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มประชากรที่ใช้ในการศึกษาคือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไป เขตตำบลทุ่งพลา อำเภอโคกโพธิ์ จังหวัดปัตตานี จำนวน 264 คน กำหนดเกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ ผู้สูงอายุที่ขึ้นทะเบียนเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุเขตตำบลทุ่งพลามาไม่น้อยกว่า 6 เดือน เข้าร่วมกิจกรรมกับชมรมผู้สูงอายุ อย่างน้อย 3 ครั้ง/ปี เป็นผู้สูงอายุติดสังคม ผู้ที่มีสุขภาพร่างกายแข็งแรง โดยใช้ผลการประเมิน ADL กำหนดเกณฑ์การคัดออก ได้แก่ ผู้ที่ไม่สมัครใจตอบคำถามและเจ็บป่วยในช่วงเก็บข้อมูลจนไม่สามารถให้ข้อมูลได้ คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ทราบจำนวนประชากรที่แน่นอนโดยใช้สูตร Daniel (2010) กำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ 95% ค่าความคลาดเคลื่อนสามารถยอมรับได้เท่ากับ 0.05 ได้กลุ่มตัวอย่าง เท่ากับ 173 คน

การสุ่มตัวอย่าง

การสุ่มตัวอย่างใช้วิธีการสุ่มแบบมีระบบ (Systematic Random Sampling) เพื่อเลือกรายชื่อจากทะเบียนรายชื่อของผู้สูงอายุตามเกณฑ์คัดเข้า โดยนำรายชื่อจำนวนผู้สูงอายุในแต่ละชมรมมาเรียงลำดับรายชื่อตามตัวอักษร ก ถึง ฮ แล้วคำนวณค่าระยะห่างของการสุ่ม เท่ากับ 2 หลังจากนั้นเริ่มสุ่มหยิบรายชื่อกลุ่มตัวอย่างคนแรกแล้วหยิบรายชื่อกลุ่มตัวอย่างลำดับถัดไปโดยเว้นระยะห่างของรายชื่อเท่ากับ 2 สุ่มหยิบรายชื่อกลุ่มตัวอย่างไปจนครบ จำนวน 173 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย 3 ส่วน

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ผู้ที่อาศัยอยู่ด้วย ระดับการศึกษา การประกอบอาชีพ ประวัติการหกล้มในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา โรคประจำตัวที่ท่านเป็น

รับประทานยาเป็นประจำ ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมาท่านสูบบุหรี่ ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมาท่านดื่มแอลกอฮอล์ การมองเห็น ดัชนีมวลกาย

ส่วนที่ 2 การรับรู้ด้านสุขภาพ โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีของโรเซนสตอค (Rosenstock, 1974) ประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม การรับรู้ความรุนแรงของการพลัดตกหกล้ม การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันการพลัดตกหกล้ม การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันการพลัดตกหกล้ม ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบตามระดับความคิดเห็น 5 ระดับคือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย การแต่งกาย การเปลี่ยนอิริยาบถ การออกกำลังกาย การจัดสภาพแวดล้อมภายในบ้าน ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบตามระดับการปฏิบัติ 5 ระดับคือ ปฏิบัติมากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด

แบบสอบถามส่วนที่ 2-3 ใช้เกณฑ์การแปลผลตามแนวคิดของ Best John W. (1977) แบ่งเป็น 3 ระดับคือ ระดับสูง (3.67–5.00 คะแนน) ระดับปานกลาง (2.34–3.66 คะแนน) และระดับต่ำ (1.00–2.33 คะแนน)

แบบสอบถามนี้สร้างขึ้นจากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โดยแบบสอบถามผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน (ค่า IOC ระหว่าง 0.50-1.00) หลังจากนั้นนำไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติเหมือนกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน วิเคราะห์หาความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach, 1997) เท่ากับ 0.816

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติสถิติเชิงพรรณนาและการทดสอบสมมุติฐานวิจัยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson’s Product Moment correlation coefficient) โดยพิจารณาค่า P-value ที่มีค่าน้อยกว่า 0.05

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยฉบับนี้ ได้ผ่านการรับรองให้ทำวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปัตตานี เอกสารรับรองเลขที่ RECPTN No.0023/68 รับรองวันที่ 15 กันยายน 2568

ผลการศึกษาวิจัย

ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (63.58%) มีอายุระหว่าง 66-75 ปี (47.98%) ($\bar{X}$=70.76, S.D.=6.406, Max=94, Min=60) มีสถานภาพสมรสคู่/แต่งงาน/อยู่ด้วยกัน (59.54%) ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (60.69%) ประกอบอาชีพเกษตรกรรม (51.45%) มีเพียง 19.65% เป็นข้าราชการบำนาญทำให้มีเงินเดือนในการใช้จ่าย ผู้ที่ทำหน้าที่หลักในการดูแลผู้สูงอายุ ประกอบด้วยครอบครัว/บุตรหลาน (60.69%) และสามี/ภรรยา (25.43%) ตามลำดับ ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา พบว่า ผู้สูงอายุมีประวัติการหกล้ม (12.72%) มีโรคประจำตัว (69.36%) ได้แก่ โรคประจำตัวที่พบมากที่สุดคือ ความดันโลหิตสูง (56.65%) รองลงมาคือ ไขมันในเลือดสูง (42.20%) เบาหวาน (9.83%) และเก๊าท์ (1.16%)ส่วนใหญ่มีประวัติรับประทานยาเป็นประจำ (91.33%) มีประวัติการผู้สูบบุหรี่ (8.67%) และดื่มแอลกอฮอล์ (6.40%) ค่าดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์สมส่วน (36.42%) รองลงมาคือภาวะอ้วนระดับ 1 (31.79%) ภาวะท้วม (20.23%) ภาวะผอม (6.94%) และภาวะอ้วนระดับ 2 (4.62%) สำหรับการมองเห็น พบว่าส่วนใหญ่มองเห็นชัดเจนโดยใส่แว่น (43.35%) รองลงมาคือมองเห็นชัดเจนโดยไม่ใส่แว่น (32.37%) และมองเห็นไม่ชัดเจน (24.28%) ตามลำดับ

การรับรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม การรับรู้ความรุนแรงของการพลัดตกหกล้ม การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันการพลัดตกหกล้ม การรับรู้อุปสรรคการป้องกันการพลัดตกหกล้ม ในภาพรวมการรับรู้ด้านสุขภาพมีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง (69.36%) ($\bar{X}$=2.30, S.D.=0.462) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการรับรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุเขตตำบลทุ่งพลา อำเภอโคกโพธิ์ จังหวัดปัตตานี (n=173)

การรับรู้ด้านสุขภาพ	ระดับการรับรู้ด้านสุขภาพ						Mean	S.D.
	สูง		ปานกลาง		ต่ำ			
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ		
1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม	97	55.7	76	43.7	0	0.00	2.560	0.497
2. การรับรู้ความรุนแรงของการพลัดตกหกล้ม	143	82.66	30	17.34	0	0.00	2.826	0.379

3. การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันการพลัดตกหกล้ม	81	46.82	92	53.18	0	0.00	2.468	0.500
4. การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันการพลัดตกหกล้ม	18	10.40	110	63.58	45	26.01	1.843	0.584
ภาพรวมการรับรู้ด้านสุขภาพ	**53**	**30.64**	**120**	**69.36**	**0**	**0.00**	**2.30**	**0.462**

พฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุเขตตำบลทุ่งพลา อำเภอโคกโพธิ์ จังหวัดปัตตานี ประกอบด้วย การแต่งกาย การเปลี่ยนอิริยาบถ การออกกำลังกาย การจัดสภาพแวดล้อมภายในบ้าน ในภาพรวมพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลาง (61.30%) ($\bar{X}$=2.38, S.D.=0.498) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานข้อมูลพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุเขตตำบลทุ่งพลา อำเภอโคกโพธิ์ จังหวัดปัตตานี (n=173)

พฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ	**ระดับการปฏิบัติ**						Mean	S.D.
	สูง		**ปานกลาง**		**ต่ำ**			
	จำนวน (คน)	**ร้อยละ**	**จำนวน (คน)**	**ร้อยละ**	**จำนวน (คน)**	**ร้อยละ**		
1. การแต่งกาย	93	53.76	75	43.35	5	2.89	2.50	0.556
2. การเปลี่ยนอิริยาบถ	72	1.16	99	57.23	2	1.16	2.40	0.515
3. การออกกำลังกาย	28	16.2	112	64.7	33	19.1	1.97	0.594
4. การจัดสภาพแวดล้อมภายในบ้าน	117	67.63	52	30.06	4	2.31	2.65	0.523

ภาพรวมพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้ม	66	38.20	106	61.30	1	0.60	2.38	0.498

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่า การรับรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุเขตตำบลทุ่งพลา อำเภอโคกโพธิ์ จังหวัดปัตตานี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r=0.242, P-value=0.001) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างการรับรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุเขตตำบลทุ่งพลา อำเภอโคกโพธิ์ จังหวัดปัตตานี

ตัวแปรอิสระ	**พฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ**		
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (r)	P-value	**ระดับความสัมพันธ์**
การรับรู้ด้านสุขภาพ	**0.242**	**0.001**	**มีความสัมพันธ์ทางบวก**
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม	0.248	0.001	มีความสัมพันธ์ทางบวก
การรับรู้ความรุนแรงการพลัดตกหกล้ม	0.236	0.002	มีความสัมพันธ์ทางบวก
การรับรู้ประโยชน์ป้องกันการพลัดตกหกล้ม	0.299	<0.001	มีความสัมพันธ์ทางบวก
การรับรู้อุปสรรคป้องกันการพลัดตกหกล้ม	0.193	0.011	มีความสัมพันธ์ทางบวก

การอภิปรายผล

การรับรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม การรับรู้ความรุนแรงของการพลัดตกหกล้ม การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันการพลัดตกหกล้ม การรับรู้อุปสรรคการป้องกันการพลัดตกหกล้ม การรับรู้ด้านสุขภาพมีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง (69.36%) จากผลการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า การรับรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุเขตตำบลทุ่งพลา อำเภอโคกโพธิ์ จังหวัดปัตตานี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value=0.001) สามารถอธิบายได้ว่า การรับรู้ด้านสุขภาพเป็นการรับรู้ของบุคคลที่บ่งชี้ถึงพฤติกรรม โดยบุคคลจะกระทำหรือเข้าใกล้สิ่งที่

ตนเองพอใจเพราะคิดว่าสิ่งนั้นๆ จะก่อให้เกิดผลที่ดีต่อตนเอง รวมทั้งจะมีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงออกจากสิ่งที่ตนไม่ปรารถนาและไม่พึงพอใจ เช่น การที่บุคคลใดมีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงการเป็นโรค บุคคลนั้นจะต้องมีความเชื่อว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค โรคที่เกิดขึ้นมีความรุนแรงและมีผลกระทบต่อชีวิตประจำวันและการปฏิบัติกิจกรรมเฉพาะเจาะจงมีประโยชน์เพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค เนื่องจากการรับรู้เป็นกระบวนการทางความคิดและจิตใจของมนุษย์ที่แสดงออกถึงความรู้สึกนึกคิด ความเข้าใจต่อสิ่งเร้าที่ผ่านเข้ามาทางประสาทสัมผัสทั้ง 5 คือ การได้เห็น การได้ยิน การสัมผัส การลิ้มรสและการได้กลิ่นแล้วมีการแสดงพฤติกรรมออกมาอย่างมีจุดมุ่งหมาย โดยมีแรงผลักดันจากความรู้และประสบการณ์เดิม (Rosenstock, 1974) ผลการวิจัยสอดคล้องกับงานวิจัยของ ตวงรัตน์ อัคนาน และคณะ (2564) พบว่า การรับรู้เกี่ยวกับการพลัดตกหกล้มมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุไทยในชุมชน อำเภอเดิมบางนางบวช จังหวัดสุพรรณบุรีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุเขตตำบลทุ่งพลา อำเภอโคกโพธิ์ จังหวัดปัตตานี (P-value=0.001) สามารถอธิบายได้ว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงเป็นการรับรู้ของบุคคลที่บ่งชี้ถึงพฤติกรรม โดยบุคคลจะกระทำหรือเข้าใกล้สิ่งที่ตนเองพอใจเพราะคิดว่าสิ่งนั้นๆ จะก่อให้เกิดผลที่ดีต่อตนเอง รวมทั้งจะมีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงออกจากสิ่งที่ตนไม่ปรารถนาและไม่พึงพอใจ เช่น การที่บุคคลใดมีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงการเป็นโรค บุคคลนั้นจะต้องมีความเชื่อว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค โรคที่เกิดขึ้นมีความรุนแรงและมีผลกระทบต่อชีวิตประจำวันและการปฏิบัติกิจกรรมเฉพาะเจาะจงมีประโยชน์เพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค เนื่องจากการรับรู้เป็นกระบวนการทางความคิดและจิตใจของมนุษย์ที่แสดงออกถึงความรู้สึกนึกคิด ความเข้าใจต่อสิ่งเร้าที่ผ่านเข้ามาทางประสาทสัมผัสทั้ง 5 คือ การได้เห็น การได้ยิน การสัมผัส การลิ้มรสและการได้กลิ่นแล้วมีการแสดงพฤติกรรมออกมาอย่างมีจุดมุ่งหมายโดยมีแรงผลักดันจากความรู้และประสบการณ์เดิม (Rosenstock, 1974)

การรับรู้ความรุนแรงการพลัดตกหกล้มมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุเขตตำบลทุ่งพลา อำเภอโคกโพธิ์ จังหวัดปัตตานี (P-value=0.002) สามารถอธิบายผลได้ว่าเมื่อผู้สูงอายุอยู่ในภาวะเจ็บป่วยและมีโอกาสเกิดการเจ็บป่วยเพิ่มมากขึ้น การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคจะแตกต่างไปจากผู้ที่มีสุขภาพดีทั่วไป โดยบุคคลที่อยู่ในภาวะเจ็บป่วยจะมีระดับการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคสูงขึ้นและทำให้เกิดความรู้สึกว่าตนมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้มากขึ้น (Becker, 1974) ซึ่งแต่ละบุคคลจะมีการรับรู้ในระดับที่แตกต่างกัน บุคคลที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหรือภาวะแทรกซ้อนในระดับสูงจะมีผลทำให้แสดงพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคมากขึ้น (Janz & Becker, 1984)

การรับรู้ประโยชน์ป้องกันการพลัดตกหกล้มมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุเขตตำบลทุ่งพลา อำเภอโคกโพธิ์ จังหวัดปัตตานี (P-value<0.001) อธิบายได้ว่าการรับรู้ถึงประโยชน์ของการดูแลสุขภาพเป็นการที่บุคคลแสวงหาวิธีการปฏิบัติให้หายจากโรคหรือป้องกันไม่ให้เกิดโรค โดยที่การปฏิบัติตนนั้นต้องมีความเชื่อว่าเป็นการกระทำที่ดีมีประโยชน์และเหมาะสมที่จะทำให้หายหรือไม่เป็นโรคนั้นๆ ดังนั้นการตัดสินใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำก็ขึ้นอยู่กับการเปรียบเทียบถึงข้อดีและข้อเสียของพฤติกรรมนั้น โดยเลือกปฏิบัติในสิ่งที่ก่อให้เกิดผลดีมากกว่าผลเสีย (Rosenstock, 1974)

การรับรู้อุปสรรคป้องกันการพลัดตกหกล้มมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุเขตตำบลทุ่งพลา อำเภอโคกโพธิ์ จังหวัดปัตตานี (P-value=0.011) สามารถอธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุที่คะแนนการรับรู้อุปสรรคของการดูแลสุขภาพจะทราบว่า การที่จะมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้นั้นผู้สูงอายุจะต้องมีการดูแลสุขภาพตนเองที่ถูกต้องเพิ่มมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีของ Rosenstock (1974) ที่กล่าวว่า การที่บุคคลใดก็ตามจะมีพฤติกรรมในการป้องกันโรคมิให้เกิดกับตนนั้นจะต้องมีลักษณะการรับรู้ด้านการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตน การที่บุคคลจะเลือกปฏิบัติพฤติกรรมมากน้อยเพียงใดนั้นขึ้นกับการรับรู้ว่าสิ่งเหล่านั้นมีอุปสรรคมากน้อยเพียงใด หากบุคคลมีการรับรู้อุปสรรคมีน้อยก็พร้อมที่จะปฏิบัติพฤติกรรมนั้นและจะมุ่งที่จะปฏิบัติแต่พฤติกรรมที่เป็นประโยชน์หลีกเลี่ยงพฤติกรรมที่เป็นโทษนั้นๆ

ข้อเสนอแนะ

หน่วยงานสาธารณสุขควรจัดกิจกรรมให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการพลัดตกหกล้มแก่ผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง เพื่อเพิ่มระดับการรับรู้และส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่เหมาะสม เช่น การออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและการทรงตัว

เอกสารอ้างอิง

กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2568). รายงานประจำปี 2568 กรมกิจการผู้สูงอายุ. สืบค้นเมื่อ วันที่ 1 พฤษภาคม 2569. เข้าถึงจาก https://www.dop.go.th/th/implementaion/2/1/1525

กองป้องกันการบาดเจ็บ กรมควบคุมโรค. (2568). ข้อมูลการพลัดตกหกล้ม. สืบค้นเมื่อ วันที่ 1 พฤษภาคม 2569. เข้าถึงจาก https://ddc.moph.go.th/dip/

ตวงรัตน์ อัคนาน, กันธิมา ศรีหมากสุก, ธงเทพ วงษ์ศรีสังข์, ชวนพิศ ศิริไพบูลย์, อิทธิพล ดวงจินดา, ศศิกานต์ พิลาภรณ์. (2564). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุไทย

ในชุมชน อำเภอเดิมบางนางบวช จังหวัดสุพรรณบุรี. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 14(4): 72-89.

มุทิตา มุสิการยกูล, สุจิตรา สุคนธทรัพย์. (2565). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา. Journal of Spots Science and Health; 23(2): 143-157.

ลัดดา เถียมวงศ์, จอม สุวรรณโณ. (2557). ปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับการทรงตัวบกพร่องของผู้สูงอายุในชุมชนชนบท. วารสารพยาบาลตำรวจ; 6(2): 57-69.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2567). รายงานสถิติรายปีประเทศไทย 2567. สืบค้นเมื่อ วันที่ 1 พฤษภาคม 2569. เข้าถึงจาก https://www.nso.go.th/public/e-book/Statistical-Yearbook/SYB-2024_webPage/Page_SYB_TH.html

สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2566). คู่มือแนวทางการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ หลักสูตร 420 ชั่วโมง. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

Best, John W. (1977). Research is Evaluation. (3rded). Englewood Cliffs: N.J. Prentice-Hall.

Cronbach, Lee J. (1951). Essentials of Psychological Testing. 3rd ed. New York: Harper.

Daniel W.W. (2010). Biostatistics: Basic Concepts and Methodology for the Health Sciences. (9th ed). New York: John Wiley & Sons.

Rosenstock. (1974). History origins of the health belief model: Health Education Monograph.

Shumway-Cook A., Baldwin M., Polissar N.L., & Gruber W. (1997). Predicting the probability for falls in community-dwelling older adults. Physical Therapy; 77(8): 812-819.

World Health Organization. [WHO] (2024). Active ageing: A policy framework (WHO/NMH/NPH/02.8). Retrieved May 1, 2026. Available from: http://wwwunati.uerj.br/doc_gov/destaque/Madri2.pdf.

Received: 9 May 2026 ; **Revised:** 16 May 2026
Accepted: 30 Jun 2026

ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของประชากรกลุ่มเสี่ยง เขตเทศบาลตำบลเทพกระษัตรี อำเภอถลาง จังหวัดภูเก็ต

อรรยา จันทร์เพ็ญ [1]

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบภาคตัดขวางเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์และอำนาจการทำนายของปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของประชากรกลุ่มเสี่ยง ประชากร คือ ประชากรกลุ่มเสี่ยงเขตเทศบาลตำบลเทพกระษัตรี อำเภอถลาง จังหวัดภูเก็ต ปีงบประมาณ 2569 จำนวน 285 คน โดยใช้สูตรการคำนวณกลุ่มตัวอย่างที่ทราบจำนวนประชากรที่แน่นอนของ Daniel ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 172 คน ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบมีระบบ เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูลคือ แบบสอบถาม ประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่ คุณลักษณะส่วนบุคคล ความรู้โรคหัวใจและหลอดเลือด การรับรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด ทดสอบคุณภาพของแบบสอบถามโดยแบบแบบสอบถามผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน และนำไปทดลองใช้เพื่อวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟ่าครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม เท่ากับ 0.834 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนผลการวิจัย พบว่า ความรู้โรคหัวใจและหลอดเลือดมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง (43.02%) ($\overline{X}$=2.20, S.D.=0.781) การรับรู้ด้านสุขภาพมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง (91.86%) ($\overline{X}$=2.92, S.D.=0.274) พฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง (98.26%) ($\overline{X}$=2.98, S.D.=0.131) ตามลำดับ ปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด ประกอบด้วย ความรู้โรคหัวใจและหลอดเลือด (P-value<0.001) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคหัวใจและหลอดเลือด (P-value<0.001) การรับรู้ความรุนแรงของโรคหัวใจและหลอดเลือด (P-value=0.017) การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติ (P-value<0.001) ตามลำดับ โดยมีความแม่นยำในการพยากรณ์ ร้อยละ 15.7 (R^2 =0.157)

คำสำคัญ: กลุ่มเสี่ยง, โรคหัวใจและหลอดเลือด การรับรู้ด้านสุขภาพ, พฤติกรรม

[1] **พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลถลาง จังหวัดภูเก็ต,** E-mail: anraya17@gmail.com

Factors effecting to behavior of cardiovascular disease prevention among people of risk group in Thepkrasattri Municipality, Thalang Hospital, Phuket Province.

Anraya Chanpen [1]

Abstract

Cross-sectional descriptive research study aimed to study either selected factors association or jointly predict factor effected to behavior of cardiovascular disease prevention among people of risk group. Population consisted of 285 people of risk group in Thepkrasattri Municipality, Thalang Hospital, Phuket Province in fiscal year 2026, and the sample size calculating used Daniel formula for 172 cases, and systematic random sampling was determine for collecting data. Data collected by structured interview composed of 4 parts including, characteristics, knowledge, health perception and behavior for cardiovascular disease prevention. In addition to check questionnaire standardization, validity was checked by 3 experts and try out testing reliability by Cronbach's coefficient alpha about 0.834. Data analyzed using statistical as Pearson product moment correlation coefficient and Stepwise multiple regression analysis. The result showed that knowledge had mean score with high level (43.02%) ($\overline{X}$=2.20, S.D.=0.781) health perception had mean score with high level (91.86%) ($\overline{X}$=2.92, S.D.=0.274) and behavior for cardiovascular disease prevention had mean score with high level (98.26%) ($\overline{X}$=2.98, S.D.=0.131), respectively. Factors can predict behavior of cardiovascular disease prevention including; knowledge (P-value<0.001) perceived of risk (P-value<0.001) perceived of severity (P-value=0.017) perceived of benefit (P-value<0.001), respectively. The accurate for prediction was 15.7 (R^2 =0.157).

Keywords: Risk group, cardiovascular disease, Health perception, Behavior

[1] Expert professional nurse, Thalang Hospital, Phuket Province, E-mail: E-mail: anraya17@gmail.com

บทนำ

โรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นกลุ่มของโรคหัวใจและความผิดปกติของหลอดเลือดแดงที่เกิดจากภาวะหลอดเลือดแดงแข็ง (Atherosclerosis) จากการเกาะสะสมของคราบไขมันตามผนังของหลอดเลือด ทำให้หลอดเลือดแดงตีบแคบลงและทำให้เลือดไหลผ่านไปได้ยากขึ้น ในปี พ.ศ.2562 องค์การอนามัยโลกรายงานว่ามีจำนวนผู้เสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือด มากถึง 17.9 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 32 ของจำนวนผู้เสียชีวิตทั้งหมด โดยโรคที่เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตมากที่สุดคือ โรคหลอดเลือดหัวใจ (Coronary heart disease) และโรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular disease) ซึ่งสาเหตุการเสียชีวิตทั้งสองโรครวมกันคิดเป็นร้อยละ 85 ของสาเหตุการเสียชีวิตจากกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือดทั้งหมด และจำนวนผู้เสียชีวิตมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นทุกปี คาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2573 จะมีจำนวนผู้เสียชีวิตเพิ่มมากขึ้นเป็น 23.6 ล้านคน (World Health Organization [WHO], 2021) โรคหัวใจและหลอดเลือดเกิดได้จากหลายปัจจัย ทั้งปัจจัยที่ไม่สามารถปรับเปลี่ยนได้ ได้แก่ อายุ เพศ และพันธุกรรม และปัจจัยที่เกิดจากพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลที่สามารถปรับเปลี่ยนได้ ได้แก่ พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม พฤติกรรมเนือยนิ่ง (Sedentary behavior) หรือไม่ออกกำลังกาย พฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (Mendis, Puska, & Norrving, 2011) ซึ่งพฤติกรรมดังกล่าวนอกจากจะเป็นสาเหตุหลักของการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดแล้ว ยังเป็นสาเหตุของการเกิดโรคอื่นๆ ที่จะนำไปสู่การเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดได้ด้วยเช่นกัน ได้แก่ โรคเบาหวาน ไขมันในเลือดสูง ความดันโลหิตสูง และโรคอ้วน (เกษชดา ปัญเศษ และคณะ, 2562) ดังนั้นหากมีปัจจัยเสี่ยงหลายปัจจัยร่วมกันก็จะเพิ่มโอกาสในการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดได้มากยิ่งขึ้น

สำหรับประเทศไทย ปีพ.ศ.2561-2565 พบอัตราการเสียชีวิตจากกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือดเพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่องและผู้เสียชีวิตมีอายุเฉลี่ยที่ลดน้อยลง โดยในปี พ.ศ.2561 มีอัตราการเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง 38.7 ต่อแสนประชากร และโรคหัวใจขาดเลือด 27.8 ต่อแสนประชากร และในปี พ.ศ.2565 มีอัตราการเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นเป็น 47.1 ต่อแสนประชากร และโรคหัวใจขาดเลือดเพิ่มขึ้นเป็น 31.8 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ (กรมควบคุมโรค, 2565) การเจ็บป่วยและเสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือดส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจของประเทศเป็นอย่างมาก ทั้งในแง่ของภาระค่าใช้จ่ายสำหรับการรักษาการสูญเสียประสิทธิภาพจากการทำงานที่เกิดจากการขาดงานของผู้ป่วย หรือการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรของบุคคลในวัยทำงาน พบว่าในปี พ.ศ.2562 ประเทศไทยมีค่าใช้จ่ายในการดูแลและรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือดสูงถึง 78,976 ล้านบาท (วีรนุช ว่องวรรธนะกุล และคณะ, 2567)

สถานการณ์จังหวัดภูเก็ต พบอัตราการเสียชีวิตจากกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือดเพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่องและผู้เสียชีวิตมีอายุเฉลี่ยที่ลดน้อยลง เช่นเดียวกัน โดยอัตราการเสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือด ในปี พ.ศ.

2560-2564 คิดเป็นร้อยละ 26.27, 21.75, 18.90, 25.24 และ 29.86 ตามลำดับ (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข, 2565) ในเขตอำเภอถลาง โดยเฉพาะตำบลเทพกระษัตรี พบอัตราการเสียชีวิตจากกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือดเพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยอัตราการเสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือด ในปี พ.ศ. 2560-2564 คิดเป็นร้อยละ 26.86, 21.80, 21.18, 28.54 และ 38.15 ตามลำดับ (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข, 2565) ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของประชากรกลุ่มเสี่ยง เขตเทศบาลตำบลเทพกระษัตรี อำเภอถลาง จังหวัดภูเก็ต เพื่อใช้เป็นแนวทางในการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพและป้องกันการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดของประชากรกลุ่มเสี่ยง เขตเทศบาลตำบลเทพกระษัตรี อำเภอถลาง จังหวัดภูเก็ต ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของประชากรกลุ่มเสี่ยง เขตเทศบาลตำบลเทพกระษัตรี อำเภอถลาง จังหวัดภูเก็ต

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบภาคตัดขวางเชิงพรรณนา (Cross-sectional descriptive research study) ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือน ธันวาคม 2568 ถึง มีนาคม พ.ศ.2569 โดยกำหนดตัวแปรอิสระ ได้แก่ 1) คุณลักษณะส่วนบุคคลของประชากรกลุ่มเสี่ยง 2) ความรู้โรคหัวใจและหลอดเลือด) การรับรู้ด้านสุขภาพ ตัวแปรตาม ได้แก่ พฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด ได้แก่ การออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร การจัดการความเครียด การดื่มแอลกอฮอล์และสารเสพติด การตรวจสุขภาพและปฏิบัติตามข้อแนะนำ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือ ประชากรกลุ่มเลี่ยง เขตเทศบาลตำบลเทพกระษัตรี อำเภอถลาง จังหวัดภูเก็ต ปีงบประมาณ 2569 จำนวน 285 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเข้าศึกษาคือ ประชากรกลุ่มเลี่ยงที่มีรายชื่อตามทะเบียนบ้านในเขตเขตเทศบาลตำบลเทพกระษัตรี อำเภอถลาง จังหวัดภูเก็ต และอาศัยอยู่ในพื้นที่จริง อย่างน้อย 6 เดือนขึ้นไป เกณฑ์การคัดออกคือ เจ็บป่วยในช่วงเก็บข้อมูลจนไม่สามารถให้ข้อมูลได้

กลุ่มตัวอย่าง คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรการคำนวณที่ทราบประชากรแน่นอนของ Daniel (2010) โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ 95% ค่าความคลาดเคลื่อนสามารถยอมรับได้ เท่ากับ 0.05 คำนวณได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง เท่ากับ 172 คน

การสุ่มตัวอย่างใช้วิธีการสุ่มแบบมีระบบ (Systematic Random Sampling) เพื่อเลือกรายชื่อของประชากรกลุ่มเลี่ยง เขตเทศบาลตำบลเทพกระษัตรี อำเภอถลาง จังหวัดภูเก็ต โดยนำรายชื่อประชากรกลุ่ม

เลี่ยงมาเรียงลำดับรายชื่อตามตัวอักษร ก ถึง ฮ แล้วคำนวณค่าระยะห่างของการสุ่ม เท่ากับ 3 หลังจากนั้นเริ่มสุ่มหยิบรายชื่อกลุ่มตัวอย่างคนแรก แล้วหยิบรายชื่อกลุ่มตัวอย่างลำดับถัดไปโดยเว้นระยะห่างของรายชื่อเท่ากับ 3 สุ่มหยิบรายชื่อกลุ่มตัวอย่างไปจนครบจำนวน 172 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ได้แก่ แบบสัมภาษณ์ (Interview) ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา ประกอบอาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน สิทธิ์ด้านการรักษาพยาบาล แหล่งข้อมูลข่าวสาร ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบและเติมข้อความลงในช่องว่าง

ส่วนที่ 2 ความรู้โรคหัวใจและหลอดเลือด ประกอบด้วย อาการและอาการแสดง การป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด ลักษณะข้อคำถามเป็นเลือกตอบ ได้แก่ ใช่ ไม่ใช่ ไม่แน่ใจ เกณฑ์การแปลผลตามแนวคิดของ Bloom (1975) แบ่งเป็น 3 ระดับคือ ระดับต่ำ (คะแนนน้อยกว่า 60%) ระดับปานกลาง (คะแนน61–79%) ระดับสูง (คะแนน 80–100%)

ส่วนที่ 3 การรับรู้ด้านสุขภาพ ประกอบด้วย การรับรู้ด้านสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคหัวใจและหลอดเลือด การรับรู้ความรุนแรงของโรคหัวใจและหลอดเลือด การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติ การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติ ข้อคำถามทั้งด้านบวกและด้านลบ ลักษณะคำถามแบบประมาณค่า 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ส่วนที่ 4 พฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด ประกอบด้วย การออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร การจัดการความเครียด การดื่มแอลกอฮอล์และสารเสพติด การตรวจสุขภาพและปฏิบัติตามข้อแนะนำ ข้อคำถามทั้งด้านบวกและด้านลบ ลักษณะคำถามแบบประมาณค่า 5 ระดับ คือ ปฏิบัติมากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด

แบบสอบถามส่วนที่ 3, 4 ใช้เกณฑ์การแปลผลตามแนวคิดของ Best John W (1977) แบ่งเป็น 3 ระดับคือ ระดับสูง (คะแนน $\geq$ 3.67) ระดับปานกลาง (คะแนน 2.34–3.66) ระดับต่ำ (คะแนน$\leq$ 2.33)

การตรวจสอบคุณภาพของแบบสอบถาม

แบบสอบถามนี้สร้างขึ้นจากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและเสนอผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่านตรวจสอบความตรงของเนื้อหา นำแบบสอบถามไปทดลองใช้คำนวณค่าความเที่ยง (Reliability) ด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาค (Cronbach, 1997) เท่ากับ 0.834

สถิติวิเคราะห์

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment correlation coefficient) และการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis)

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้ดำเนินการขอความเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยนอร์ทเทิร์น เอกสารรับรองเลขที่ NREC 0204/2568 ลงวันที่ 12 ธันวาคม พ.ศ.2568

ผลการศึกษา

ประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด เขตเทศบาลตำบลเทพกระษัตรี อำเภอถลาง จังหวัดภูเก็ต พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (71.51%) ช่วงอายุอยู่ระหว่าง 40–60 ปี (56.40%) ($\overline{X}$=56.49, S.D.=8.448, Min=28, Max=69) มีสถานภาพสมรส/คู่และอยู่ด้วยกัน (63.95%) จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า (38.95%) ประกอบอาชีพเกษตรกร (ทำนา ทำสวน ทำไร่) จำนวน 117 คน (ร้อยละ 68.02) รายได้เฉลี่ยต่อเดือนระหว่าง 3,000-10,000 บาท (45.93%) ($\overline{X}$=6,799.42, S.D.=6,653.078, Min=600, Max=52,000) สิทธิ์ด้านการรักษาพยาบาลคือ บัตรสวัสดิการด้านรักษาพยาบาล (57.56%) การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคหัวใจและหลอดเลือดจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (62.79%)

ความรู้โรคหัวใจและหลอดเลือดของประชากรกลุ่มเสี่ยงมีระดับการปฏิบัติอยู่ในระดับสูง (50.26%) ($\overline{X}$=2.49, S.D.=0.511) การรับรู้ด้านสุขภาพมีระดับการปฏิบัติอยู่ในระดับสูง (91.86%) ($\overline{X}$=2.92, S.D.=0.274) และพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดมีระดับการปฏิบัติอยู่ในระดับสูง (98.26%) ($\overline{X}$=2.98, S.D.=0.131) ตามลำดับ (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ระดับคะแนนความรู้โรคหัวใจและหลอดเลือด การรับรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด เขตเทศบาลตำบลเทพกระษัตรี อำเภอถลาง จังหวัดภูเก็ต (n=172)

ตัวแปร	ระดับคะแนน						Mean	S.D.
	สูง		ปานกลาง		ต่ำ			
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ		
ความรู้โรคหัวใจและหลอดเลือด	**190**	**50.26**	**186**	**49.21**	**2**	**0.53**	**2.49**	**0.511**
การรับรู้ด้านสุขภาพ	**158**	**91.86**	**14**	**8.14**	**-**	**-**	**2.92**	**0.274**
1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคหัวใจและหลอดเลือด	91	52.91	81	47.09	-	-	2.52	0.506
2. การรับรู้ความรุนแรงของโรคหัวใจและหลอดเลือด	42	24.42	128	74.42	2	1.16	2.23	0.450
3. การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติ	138	80.23	34	19.77	-	-	2.80	0.399
4. การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติ	170	98.84	-	-	2	1.16	2.97	0.215
พฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด	**169**	**98.26**	**3**	**1.74**	**-**	**-**	**2.98**	**0.131**
1. การออกกำลังกาย	156	90.70	15	8.72	1	0.58	2.90	0.318
2. การรับประทานอาหาร	133	77.33	39	22.67	-	-	2.77	0.419
3. การจัดการความเครียด	169	98.26	3	1.74	-	-	3.00	0.000
4. การไม่ดื่มแอลกอฮอล์และสารเสพติด	171	99.42	1	0.58	-	-	2.99	0.076
5. การตรวจสุขภาพและปฏิบัติตามข้อแนะนำ	165	95.93	6	3.49	1	0.58	2.95	0.237

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด เขตเทศบาลตำบลเทพกระษัตรี อำเภอถลาง จังหวัดภูเก็ต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ประกอบด้วย ความรู้โรคหัวใจและหลอดเลือด (r=0.241, P-value=0.036) การรับรู้โอกาส

เสี่ยงของโรคหัวใจและหลอดเลือด (r=0.269, P-value=0.025) การรับรู้ความรุนแรงของโรคหัวใจและหลอดเลือด (r=0.243, P-value=0.030) การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติ (r=0.157, P-value=0.040) การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติ (r=0.386, P-value=0.014) ตามลำดับ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างความรู้โรคหัวใจและหลอดเลือด การรับรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด เขตเทศบาลตำบลเทพกระษัตรี อำเภอถลาง จังหวัดภูเก็ต

ตัวแปรต้น	พฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของประชากรกลุ่มเสี่ยง		
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (r)	P-value	ระดับความสัมพันธ์
1. ความรู้โรคหัวใจและหลอดเลือด	**0.241**	**0.036**	**มีความสัมพันธ์ทางบวก**
2. การรับรู้ด้านสุขภาพ	**0.153**	**0.040**	**มีความสัมพันธ์ทางบวก**
- การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคหัวใจและหลอดเลือด	0.269	0.025	มีความสัมพันธ์ทางบวก
- การรับรู้ความรุนแรงของโรคหัวใจและหลอดเลือด	0.243	0.030	มีความสัมพันธ์ทางบวก
- การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติ	0.157	0.040	มีความสัมพันธ์ทางบวก
- การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติ	0.386	0.014	มีความสัมพันธ์ทางบวก

การวิเคราะห์ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด เขตเทศบาลตำบลเทพกระษัตรี อำเภอถลาง จังหวัดภูเก็ต พบว่า ตัวแปรอิสระที่ศึกษาสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด เขตเทศบาลตำบลเทพกระษัตรี อำเภอถลาง จังหวัดภูเก็ต ได้ถูกต้องร้อยละ 15.7 (R^2 =0.157) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ประกอบด้วย ความรู้โรคหัวใจและหลอดเลือด (P-value<0.001) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคหัวใจและหลอดเลือด (P-value<0.001) การรับรู้ความรุนแรงของโรคหัวใจและหลอดเลือด (P-value=0.017) การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติ (P-value<0.001) ตามลำดับ (ตารางที่ 3) โดยเขียนเป็นสมการทำนายได้ดังนี้

Y (พฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของประชากรกลุ่มเสี่ยง) = 0.283+ [0.442* ความรู้โรคหัวใจและหลอดเลือด] + [0.340* การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคหัวใจและหลอดเลือด] + [0.149* การรับรู้ความรุนแรงของโรคหัวใจและหลอดเลือด]+ [0.245* การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติ]

ตารางที่ 3 การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด เขตเทศบาลตำบลเทพกระษัตรี อำเภอถลาง จังหวัดภูเก็ต

ตัวแปรอิสระ (ตัวพยากรณ์)	B	S.E.	Beta	t	P-value
1. ความรู้โรคหัวใจและหลอดเลือด	0.442	0.065	0.468	6.767	<0.001
2. การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคหัวใจและหลอดเลือด	0.340	0.096	0.229	3.545	<0.001
3. การรับรู้ความรุนแรงของโรคหัวใจและหลอดเลือด	0.149	0.062	0.168	2.413	0.017
4. การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติ	0.245	0.103	0.151	3.376	0.018
Constant	0.283	0.703	-	0.858	<0.001
ค่าคงที่ = 0.283, F =4.291, P-value=0.040, R = 0.257, R^2 =0.157					

การอภิปรายผล

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า ตัวแปรที่สามารถร่วมทำนายผลพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด เขตเทศบาลตำบลเทพกระษัตรี อำเภอถลาง จังหวัดภูเก็ต ได้ถูกต้อง 15.7 ประกอบด้วย ความรู้โรคหัวใจและหลอดเลือด การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคหัวใจและหลอดเลือด การรับรู้ความรุนแรงของโรคหัวใจและหลอดเลือด การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติ สามารถอธิบายเหตุผลได้ดังนี้

ความรู้โรคหัวใจและหลอดเลือด มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด เขตเทศบาลตำบลเทพกระษัตรี อำเภอถลาง จังหวัดภูเก็ต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value<0.001) สามารถอธิบายเหตุผลได้ว่า ความรู้ความเข้าใจ (Cognitive skill) เป็นความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับแนวทางปฏิบัติทางด้านสุขภาพ ซึ่งตรงกับแนวคิดของ Green & Kreuter (1991) กล่าวว่า ความรู้เป็นปัจจัยที่สำคัญที่จะส่งผลต่อการแสดงพฤติกรรมหรือการกระทำอย่างใดอย่างหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพของแต่ละบุคคล ซึ่งความรู้เป็นปัจจัยที่เกิดจากการเรียนรู้หรือประสบการณ์ที่ได้จาก

การเรียนรู้ของแต่ละบุคคล ผลการวิจัยสอดคล้องกับงานวิจัยของ วิภาวรรณ ศิริกังวานกุล และคณะ (2560) พบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ มีความสัมพันธ์และทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของกำลังพลกองทัพบก (P-value=0.024) แต่แตกต่างจากงานวิจัยของ ณัฐธยาน์ ภิรมย์สิทธิ์ และคณะ (2561) พบว่า ด้านความรู้ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด (P-value=0.596)

การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคหัวใจและหลอดเลือด มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด เขตเทศบาลตำบลเทพกระษัตรี อำเภอถลาง จังหวัดภูเก็ต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ(P-value<0.001) สามารถอธิบายเหตุผลได้ว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคเป็นความเชื่อของบุคคลที่มีผลโดยตรงต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพทั้งในภาวะปกติและภาวะเจ็บป่วย แต่ละบุคคลจะมีความเชื่อในระดับที่ไม่เท่ากัน ดังนั้นบุคคลเหล่านี้จึงหลีกเลี่ยงต่อการเป็นโรคด้วยการปฏิบัติตามเพื่อป้องกันและรักษาสุขภาพที่แตกต่างกัน จึงเป็นความเชื่อของบุคคลต่อความถูกต้องของการวินิจฉัยโรคของแพทย์ การคาดคะเนถึงโอกาสของการเกิดโรคซ้ำหรือการง่ายที่จะป่วยเป็นโรคต่างๆ มีรายงานการวิจัยหลายเรื่องที่ให้การสนับสนุนความเชื่อต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคว่ามีความสัมพันธ์ในทางบวกกับพฤติกรรมการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ เช่น เมื่อบุคคลป่วยเป็นโรคใดโรคหนึ่ง ความรู้สึกของบุคคลที่ว่าตนเองจะมีโอกาสป่วยเป็นโรคนั้นๆอีกจะมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคไม่ให้เกิดกับตนเองอีก (Rosenstock, 1974) ผลการวิจัยสอดคล้องกับงานวิจัยของ ณัฐธยาน์ ภิรมย์สิทธิ์ และคณะ (2561) พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด (P-value=0.020)

การรับรู้ความรุนแรงของโรคหัวใจและหลอดเลือด มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด เขตเทศบาลตำบลเทพกระษัตรี อำเภอถลาง จังหวัดภูเก็ต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ(P-value=0.017) สามารถอธิบายเหตุผลได้ว่า การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย (Perceived Severity) เป็นการประเมินการรับรู้ความรุนแรงของเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ ปัญหาสุขภาพหรือผลกระทบจากการเกิดโรค ซึ่งก่อให้เกิดความพิการหรือเสียชีวิต การประเมินความรุนแรงนั้นอาศัยระดับต่างๆของการกระตุ้นเร้าของบุคคลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยนั้น ซึ่งอาจจะมองความรุนแรงของการเจ็บป่วยนั้นทำให้เกิดความพิการหรือตายได้หรือไม่หรืออาจมีผลกระทบต่อหน้าที่การงาน เมื่อบุคคลเกิดการรับรู้ความรุนแรงของโรคหรือการเจ็บป่วยแล้วจะมีผลทำ ให้บุคคลปฏิบัติตามคำแนะนำเพื่อการป้องกันโรค ซึ่ง จากผลการวิจัยจำนวนมากพบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรค เช่น การปฏิบัติตนเพื่อป้องกันอุบัติเหตุ (Rosenstock, 1974) ผลการวิจัย สอดคล้องกับงานวิจัยของ ปัณณทัต บนขุนทด

และคณะ (2566) พบว่า การรับรู้ความรุนแรง มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคในกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจในตำบลอิสาณ อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์
(P-value<0.001) แต่แตกต่างจากงานวิจัยของ ณัฐธยาน์ ภิรมย์สิทธิ์ และคณะ (2561) พบว่า ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด (P-value=0.822)

การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด เขตเทศบาลตำบลเทพกระษัตรี อำเภอถลาง จังหวัดภูเก็ต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ(P-value<0.001) สามารถอธิบายเหตุผลได้ว่าการรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค (Perceived benefits) เป็นการที่บุคคลแสวงหาวิธีการปฏิบัติให้หายจากโรคหรือป้องกันไม่ให้เกิดโรค โดยการปฏิบัตินั้นต้องมีความเชื่อว่าเป็นการกระทำที่ดีมีประโยชน์และเหมาะสมที่จะทำให้หายหรือไม่เป็นโรคนั้นๆ ดังนั้นการตัดสินใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำก็ขึ้นอยู่กับการเปรียบเทียบถึงข้อดีและข้อเสียของพฤติกรรมนั้น โดยเลือกปฏิบัติในสิ่งที่ก่อให้เกิดผลดีมากกว่าผลเสีย (Rosenstock, 1974) สอดคล้องกับงานวิจัยของ ฉัตรกมล ประจวบลาภ และคณะ (2563) พบว่า การรับรู้ประโยชน์มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจและหลอดเลือดสมอง (P-value=0.021)

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะจากผลการศึกษาวิจัย

1) ควรมีการศึกษาวิจัยโดยใช้โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ มีการนำทฤษฎีการรับรู้ด้านสุขภาพต่างๆ มาประยุกต์ใช้หรือสร้างแบบจำลองเกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด เพื่อส่งเสริมและสร้างเสริมให้ประชาชนกลุ่มเสี่ยงเกิดการปฏิบัติพฤติกรรรมการดูแลสุขภาพตนเองในการป้องกันโรคโรคหัวใจและหลอดเลือดอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง

เอกสารอ้างอิง

กรมควบคุมโรค. (2565). จำนวนอัตราป่วย ตาย ปี 2559-2562. สืบค้นเมื่อ 1 พฤษภาคม 2569 เข้าถึงจาก http://www.thaincd.com/2016/mission/documents.php?tid=32&gid=1-020

เกษชดา ปัญเศษ, สุกาญฎา กลิ่นถือศิล, อาภาสินี กิ่งแก้ว, และวิยดา วงศ์มณีโรจ. (2562). ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดของบุคลากรที่ปฏิบัติราชการส่วนกลางกระทรวงสาธารณสุขโดยใช้แบบประเมินความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด Rama-EGAT Heart Score. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข; 25(2): 57-70.

ฉัตรกมล ประจวบลาภ, ดวงกมล วัตราดุลย์. (2563). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจและโรคหลอดเลือดสมองในหญิงวัยหมดประจำเดือน. วารสารโรคหัวใจและทรวงอก; 31(1): 27-45.

ณัฐธยาน์ ภิรมย์สิทธิ์, จารีศรี กุลศิริปัญโญ, อรุณ นุรักษ์เข และกิตติศักดิ์ หลวงพันเทา. (2561). ปัจจัยที่มี อิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคในประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด จังหวัด สุพรรณบุรี. วารสาร มฉก. วิชาการ; 22(43-44): 55-69.

ปัณณทัต บนขุนทด และคณะ. (2566). ปัจจัยที่มีคามสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคในกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจในตำบลอิสาณ อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์; 38(3): 617-625.

วิภาวรรณ ศิริกังวานกุล, รัตน์ศิริ ทาโต, และระพิณ ผลสุข. (2560). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของกำลังพลกองทัพบก. วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 29(2): 99-110.

วีรนุช ว่องวรรธนะกุล, วิชชุกร สุริยะวงศ์ไพศาล, ทักษพล ธรรมรังสี, จเร วิชาไทย, โศภิต นาสืบ, สุรวา แก้วน้อย และคณะ. (2567). รายงานสถานการณ์ NCDs วิกฤติสุขภาพวิกฤติสังคม. นนทบุรี: สำนักวิจัยนโยบายสร้างเสริมสุขภาพ (สวน.) และสำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ.

Best, John W. (1977). Research is Evaluation. (3rd ed). Englewod cliffs: N.J. Prentice Hall.

Bloom, B.S. (1975). *Taxonomt of Education*. David McKay Company Inc., New York.

Cronbach. (1997). Essentials of Psychological Testing. New york: Harper and Row.

Daniel W.W. (2010). Biostatistics: Basic Concepts and Methodology for the Health Sciences. (9thed). New York: John Wiley & Sons.

Green, L. W. and Kreuter, M.W.(1991).Health promotion planning: and environmental approach. Toronto: Mayfied Publishing.

Mendis S., Puska, P., & Norrving, B. (2011). Global atlas on cardiovascular disease prevention and control. Retrieved from http://www.who.int/cardiovascular_diseases/publications/atlas_cvd/en/

Rosenstock. (1974). History origins of the health belief model: Health Education Monograph.

World Health Organization. (2021). Cardiovascular disease (CVDs). Retrieved from https://www.who.int/en/nemw-room/fact-sheets/detail/cariovascular-disease- (CVDs)

Received: 9 May 2026 ; **Revised:** 17 May 2026
Accepted: 30 Jun 2026

ประสิทธิผลของรูปแบบการพยาบาลทางไกล (Tele-Nursing) ในการควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ เขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาจาน อำเภอนครไทย จังหวัดพิษณุโลก

อธิพงษ์ สุขเพ็ญ [1], อมรศักดิ์ โพธิ์อ่ำ [2]

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองเป็นการศึกษาแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการพยาบาลทางไกล (Tele-Nursing) ในการควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 30 คน รูปแบบการพยาบาลทางไกล (Tele-Nursing) ในการควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ประกอบด้วย 3 ขั้นตอนหลัก ได้แก่ 1) การติดตามตนเอง (Self-Monitoring) 2) การประเมินตนเอง (Self-Evaluation) และ 3) การเสริมแรงตนเอง (Self-Reinforcement) จำนวน 5 กิจกรรม ระยะเวลาทดลองใช้ 4 เดือน เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลคือ แบบสอบถามและสมุดบันทึกข้อมูลสุขภาพ การวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทดสอบสมมุติฐานการวิจัยเปรียบเทียบก่อนและหลังทดลองใช้สถิติ Paired t-test ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลองผู้ป่วยโรคเบาหวานมีค่าคะแนนเฉลี่ยด้านพฤติกรรมสุขภาพ สูงกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t=6.393, P-value<0.001) ระดับของน้ำตาลในเลือดได้ของผู้ป่วยโรคเบาหวาน หลังทดลองมีคะแนนเฉลี่ย ($\overline{X}$=7.67, S.D.= 1.05) ลดลง เมื่อเทียบก่อนทดลอง ($\overline{X}$=8.38, S.D.=1.07) ผลการวิจัยสรุปว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดก่อนและหลังทดลอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t=2.567, P-value=0.016)

คำสำคัญ : ประสิทธิผล, การพยาบาลทางไกล, ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด, โรคเบาหวานชนิด

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาจาน อำเภอนครไทย จังหวัดพิษณุโลก E-mail: Atipong213@gmail.com

[2] คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร E-mail: Amornsakpoum1@gmail.com

Effectiveness of a Tele-Nursing Model on Glycemic Control (HbA1c) among Patients with Uncontrolled Type 2 Diabetes at Ban Na Chan Health Promoting Hospital, Phitsanulok Province.

Suthathip Junthakutto [1], Suthathip Junthakutto [2]

Abstract

This Quasi experimental research was one group pretest-posttest design which aimed to study the effectiveness of a Tele-Nursing Model on Glycemic Control (HbA1c) among Patients with Uncontrolled Type 2 Diabetes. Sample size consisted of 30 diabetic mellitus type 2. This program was a Tele-Nursing Model on Glycemic Control (HbA1c) among Patients with Uncontrolled Type 2 Diabetes composed of 3 steps 5 activities including; 1) Self-monitoring 2) Self-evaluation and 3 Self-reinforcements with experimental for 4 months. The instrument used for data collection was questionnaire and behavior-record form and data analyzed to test research hypothesis by Paired Sample t-test. The result showed that after the experimentation, health behavior had mean score increased with statistic significantly (t=6.393, P-value<0.001). Moreover, blood sugar level controlling had mean score decreased with significantly (t=2.567, P-value=0.016), respectively.

Ketwords: Effectiveness, Tele-Nursing Model, Glycemic, Type 2 Diabetes

[1] REGISTERED NURSE, PROFESSIONAL LEVEL, THE BAN NA CHAN SUBDISTRICT HEALTH PROMOTING HOSPITAL AREA. NONG KATHAO SUBDISTRICT, NAKHONTHAI DISTRICT, PHITSANULOK PROVINCE E-MAIL: ATIPONG213@GMAIL.COM

[2] Faculty of Public Health, Naresuan University, E-mail : Amornsakpoum1@gmail.com

บทนำ

โรคเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นปัญหาสาธารณสุขระดับโลก และประเทศไทยที่มีความรุนแรงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ข้อมูลจาก International Diabetes Federation (2024) ระบุว่ามีผู้ป่วยเบาหวานทั่วโลกกว่า 800 ล้านคน ขณะที่องค์การอนามัยโลกรายงานว่ามีผู้เสียชีวิตจากโรคนี้ประมาณ 2 ล้านคนต่อปี (World Health Organization, 2024) ในประเทศไทยพบว่าอัตราอุบัติการณ์ของโรคยังคงเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน ระหว่างพ.ศ. 2565–2567 พบว่า จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่ขึ้นทะเบียนในระบบเพิ่มขึ้นจาก 3,326,855 ราย เป็น 3,640,300 ราย อย่างไรก็ตาม สถานการณ์ที่น่ากังวลคือ การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ได้ตามเกณฑ์ (HbA1C < 7%) ยังทำได้เพียงร้อยละ 32.1 เท่านั้น ซึ่งสะท้อนถึงความจำเป็นเร่งด่วนในการปรับปรุงแนวทางการดูแลที่มีประสิทธิภาพ สถานการณ์โรคเบาหวานในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาจาน อำเภอนครไทย มีแนวโน้มของปัญหาคล้ายกับระดับประเทศ ปีพ.ศ.2566–2568 พบว่าจำนวนผู้ป่วยเบาหวานในพื้นที่รับผิดชอบ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง และอัตราป่วยต่อแสนประชากรได้เพิ่มจาก 8,685.45 เป็น 10,145.27 แม้ว่าค่าเฉลี่ยการควบคุมระดับน้ำตาลตามเกณฑ์ตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุขจะอยู่ในระดับร้อยละ 41.35, 37.56 และ 47.89 ในปี 2566–2568 ตามลำดับ แต่ยังคงพบกลุ่มผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ (Uncontrolled group) ในสัดส่วนที่สูงถึงร้อยละ 58.65, 62.44 และ 52.11

ปัญหาสำคัญของผู้ป่วยเบาหวานในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาจานคือ การมีความรู้เกี่ยวกับโรคแต่ไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งแสดงถึงช่องว่างที่ชัดเจนระหว่าง "การรับรู้" และ "การปฏิบัติ" สอดคล้องกับงานวิจัยที่พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมน้ำตาลไม่ได้ส่วนใหญ่มีระดับความรู้ที่ดี แต่กลับมีพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้านการรับประทานยา อาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียด (อธิพงษ์ สุขเพ็ญ และคณะ, 2567) นอกจากนี้ ข้อจำกัดของระบบบริการปฐมภูมิในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาจาน ซึ่งมีบุคลากรทางการแพทย์โดยเฉพาะพยาบาลที่มีภาระงานสูง ทำให้การติดตามผู้ป่วยแบบ พบหน้า (Face-to-face) ทำได้อย่างจำกัดด้านเวลาและระยะทาง และรูปแบบการให้ความรู้ยังคงเน้นการบรรยายมากกว่าการส่งเสริมการมีส่วนร่วมและการตัดสินใจด้วยตนเองของผู้ป่วย สภาพปัญหาที่ผู้ป่วย มีความรู้ดีแต่พฤติกรรมไม่เปลี่ยน และข้อจำกัดในการติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง ส่งผลกระทบโดยตรงต่อ ตัวแปรตาม นั่นคือ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ และ ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1C) การไม่สามารถเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองได้อย่างยั่งยืน ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ตามเกณฑ์ ซึ่งนำไปสู่การเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไต เท้า และตาเพิ่มขึ้นอย่างมีแนวโน้มในช่วง ปี 2566–2568 โดยเฉพาะภาวะแทรกซ้อนทางเท้าที่เพิ่มจาก 5 ราย เป็น 22 ราย และภาวะแทรกซ้อนทางตาเพิ่มจาก 3 ราย เป็น 15 ราย ดังนั้นจึงจำเป็นต้องมีกลไกที่ช่วย "สร้างแรงจูงใจ" และส่งเสริมการปฏิบัติให้ผู้ป่วยเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง

เพื่อตอบสนองต่อความท้าทายในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในบริบทของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาจาน ที่มีข้อจำกัดด้านบุคลากรและภูมิศาสตร์ และสอดคล้องกับแนวโน้มการดูแลสุขภาพ ยุคดิจิทัลตามแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 13 (พ.ศ. 2566-2570) ที่เน้นการนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาใช้เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและการเข้าถึงบริการ (สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2565) รวมถึงการมีประกาศของสภาการพยาบาล เรื่อง แนวทางการพยาบาลทางไกล (Tele-Nursing) (สภาการพยาบาล, 2563) ผู้วิจัยจึงนำ รูปแบบการพยาบาลทางไกลสำหรับผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ของ ธิดา แสงมณี (2568) มาประยุกต์ใช้เนื่องจากงานวิจัยดังกล่าวแสดงให้เห็นว่ารูปแบบดังกล่าวสามารถเพิ่มคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพและลดค่าเฉลี่ยระดับ HbA1C ได้อย่างมีนัยสำคัญ รูปแบบการพยาบาลทางไกล ที่นำมาใช้มีการปรับระยะเวลาการทำกิจกรรมให้เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาจาน โดยใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร (เช่น LINE OA, LINE Group, โทรศัพท์) ในการให้บริการพยาบาล ซึ่งประกอบด้วย 3 กิจกรรมหลัก ได้แก่ การติดตามตนเอง (Self-monitoring) การประเมินตนเอง (Self-evaluation) และการเสริมแรงตนเอง (Self-reinforcement) การนำรูปแบบนี้มาใช้จะเป็นการตอบสนองเชิงกลยุทธ์ต่อข้อจำกัดด้านทรัพยากรบุคคลและระยะทางและเป็นแนวทางสำคัญในการยกระดับคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในระบบบริการปฐมภูมิต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการพยาบาลทางไกล (Tele-Nursing) ในการควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ เขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาจาน อำเภอนครไทย จังหวัดพิษณุโลก

กรอบแนวคิดวิจัย

รูปแบบการพยาบาลทางไกล (Tele-Nursing) ในการควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ เขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาจาน อำเภอนครไทย จังหวัดพิษณุโลก ประกอบด้วย 3 ขั้นตอนหลัก ได้แก่ 1) การติดตามตนเอง (Self-Monitoring) 2) การประเมินตนเอง (Self-Evaluation) และ 3) การเสริมแรงตนเอง (Self-Reinforcement) จำนวน 5 กิจกรรม ประกอบด้วย

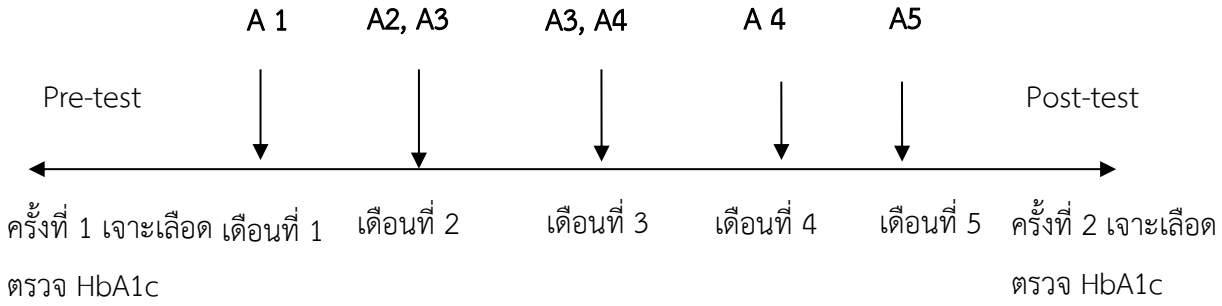
กิจกรรมที่ 1 การส่งเสริมการติดตามตนเองของกลุ่มทดลอง เป็นการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ประโยชน์ของการจัดการตนเองและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อส่งเสริมให้ตัดสินใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเองโดยการจัดการตนเอง (A1)

กิจกรรมที่ 2 การส่งเสริมการจัดการตนเองโดยใช้แอพพลิเคชั่นไลน์ เพื่อการกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ถูกต้อง และแก้ไขในสิ่งที่ไม่ถูกต้อง (A2)

กิจกรรมที่ 3 การบันทึกผลการจัดการตนเองเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านการรับประทานอาหาร การรับประทานยา การออกกำลังกายที่บ้าน และประเมินตนเอง (A3)

กิจกรรมที่ 4 กิจกรรมกลุ่ม เพื่อเสริมแรงตนเองเมื่อปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลสุขภาพได้ เหมาะสมและให้กำลังใจตนเอง เมื่อยังไม่สามารถปฏิบัติได้ตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ (A4)

กิจกรรมที่ 5 กิจกรรมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ (A5)



วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) แบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง (One group pretest-posttest design) วิจัยระหว่างเดือน ธันวาคม 2568 ถึง เมษายน พ.ศ. 2569

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีระดับ HbA1c≥7% ซึ่งขึ้นทะเบียนผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการที่คลินิกโรคเบาหวานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาจาน ปีงบประมาณ 2568 จำนวน 236 คน

กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีระดับ HbA1c≥7% โดยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเข้าได้แก่ 1) ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ โดยมีผลตรวจ HbA1c ยืนยันว่าเป็นโรคเบาหวาน และเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ขึ้นทะเบียนผู้รับบริการของคลินิกโรคเบาหวานและได้รับการรักษาด้วย

ยาชนิดรับประทาน 2) ไม่พบภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากโรคเบาหวานได้แก่ ตา ไต เท้า หัวใจ เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ 1) ไม่สมัครใจตอบแบบสอบถาม 2) เจ็บป่วยในช่วงเก็บข้อมูลจนไม่สามารถให้ข้อมูลได้

การสุ่มตัวอย่าง

ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างจะใช้การเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) เลือกเฉพาะผู้ป่วยเบาหวานที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า เกณฑ์คัดออก และ "สมัครใจ" จนครบ 30 คน จากทะเบียนผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีระดับ HbA1c ≥ 7% ในรอบ 6 เดือน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1) แบบสอบถาม ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ เป็นโรคเบาหวานและรับการรักษามา (ปี) สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบและเติมข้อความลงในช่องว่าง

ส่วนที่ 2 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ประกอบด้วย การรับประทานอาหาร การรับประทานยา การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด มีข้อคำถามทั้งด้านบวกและด้านลบ ลักษณะคำถามแบบประมาณค่า 5 ระดับ คือ ปฏิบัติมากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด

ส่วนที่ 3 การควบคุมระดับน้ำตาลของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ลักษณะคำตอบเป็นแบบตัวแปรกลุ่ม (Dichotomous data) ประกอบด้วย การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ (ค่า HbA1c ไม่เกิน 7 mg%) และการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ (ค่า HbA1c มากกว่า 7 mg%)

การตรวจสอบคุณภาพแบบสอบถาม

แบบสอบถามนี้สร้างขึ้นจากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องและนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่านตรวจสอบความตรงของเนื้อหา นำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และคำนวณค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.75

2. โปรแกรมทดลองคือ รูปแบบการพยาบาลทางไกล (Tele-Nursing) ในการควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ เขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาจาน อำเภอนครไทย จังหวัดพิษณุโลกโดยพัฒนามาจากรูปแบบการพยาบาลทางไกลสำหรับผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลเคียนซา จังหวัดสุราษฎร์ธานีของ ธิดา แสงมณี (2568) ประกอบด้วย 3 ขั้นตอนหลัก 5 กิจกรรม

การทดลองและการเก็บข้อมูล

1. การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้ช่วยวิจัยเก็บข้อมูลก่อนการทดลอง ด้วยการให้กลุ่มทดลองทำแบบสอบถามคุณลักษณะส่วนบุคคล พฤติกรรมการดูแลสุขภาพและแบบประเมินระดับน้ำตาลในเลือด หลังจากดำเนินกิจกรรมครบ 5 กิจกรรม แล้วผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลหลังทดลองเช่นเดียวกับก่อนทดลอง

2. การทดลอง

ขั้นตอนที่ 1 การติดตามตนเอง

กิจกรรมที่ 1 การส่งเสริมการติดตามตนเองของกลุ่มทดลอง เป็นการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ประโยชน์ของการจัดการตนเองและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อส่งเสริมให้ตัดสินใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเองโดยการจัดการตนเอง

กิจกรรมที่ 2 การส่งเสริมการจัดการตนเองโดยใช้แอพพลิเคชั่นไลน์เพื่อการกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ถูกต้อง และแก้ไขในสิ่งที่ไม่ถูกต้อง

ขั้นตอนที่ 2 การประเมินตนเอง

กิจกรรมที่ 3 การบันทึกผลการจัดการตนเองเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านการรับประทานอาหาร การรับประทานยา การออกกำลังกายที่บ้าน และประเมินตนเอง

ขั้นตอนที่ 3 การเสริมแรงตนเอง

กิจกรรมที่ 4 กิจกรรมกลุ่ม เพื่อเสริมแรงตนเองเมื่อปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลสุขภาพได้ เหมาะสมและให้กำลังใจตนเอง เมื่อยังไม่สามารถปฏิบัติได้ตามเป้าหมายที่กำหนดไว้

กิจกรรมที่ 5 กิจกรรมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้พฤติกรรมการดูแลสุขภาพกิจกรรมที่ 6 กิจกรรมกลุ่มเพื่อการประเมินผลของส่งเสริมการจัดการตนเอง

การวิเคราะห์ข้อมูล

การเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลองของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ระดับน้ำตาลในเลือด ใช้สถิติ Paired t-test

การวิจัยครั้งนี้ได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยนอร์ทเทิร์น จังหวัดตาก เอกสารรับรองเลขที่ NREC 0201/2568 ลงวันที่ วันที่ 12 ธันวาคม 2568

ผลการศึกษา

ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีสัดส่วนเพศชายและเพศหญิงเท่ากัน (50:50) มีอายุเฉลี่ย 53.27 ปี (SD = 9.65) โดยมีอายุต่ำสุด 28 ปี และสูงสุด 74 ปี ด้านระยะเวลาที่เจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานเฉลี่ยอยู่ที่ 5.47 ปี (SD=4.07) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ (76.7%) และมีระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษาและมัธยมศึกษาในสัดส่วนที่เท่ากัน (40%)

ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ พบว่า หลังการทดลองผู้ป่วยโรคเบาหวานมีค่าคะแนนเฉลี่ยด้านพฤติกรรมสุขภาพ สูงกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t=6.393, P-value<0.001) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพจำแนกรายด้าน ก่อนและหลังทดลอง

ตัวแปร	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		t	df	P-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.			
พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ	**3.51**	**0.36**	**4.04**	**0.37**	**6.393**	**29**	**<0.001**
- การรับประทานอาหาร	3.55	0.56	4.04	0.58	3.427	29	0.002
- การรับประทานยา	4.32	0.49	4.54	0.47	2.265	29	0.031
- การออกกำลังกาย	2.66	0.92	3.66	0.68	5.046	29	<0.001
- การจัดการความเครียด	3.52	0.61	3.91	0.51	2.866	29	0.008

ผลการเปรียบเทียบระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า หลังทดลองผู้ป่วยโรคเบาหวานมีระดับน้ำตาลในเลือดลดลง ($\bar{X}$=7.67, S.D.= 1.05) เมื่อเทียบก่อนทดลอง ($\bar{X}$=8.38, S.D.=1.07) ผลการวิจัยสรุปว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดก่อนและหลังทดลอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t=2.567, P-value=0.016) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ก่อนและหลังทดลอง

ตัวแปร	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		t	df	P-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.			
ระดับน้ำตาลในเลือด	8.38	1.07	7.67	1.05	2.567	29	0.016

อภิปรายผล

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ประกอบด้วย การรับประทานอาหาร การรับประทานยา การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด หลังการทดลองพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมแตกต่างจากก่อนทดลอง (t=6.393, P-value<0.001) เนื่องจากพฤติกรรมเป็นการปฏิบัติหรือการแสดงออกของบุคคลในการกระทำหรืองดเว้นการกระทำในสิ่งที่มีผลต่อสุขภาพ โดยอาศัยความรู้ ความเข้าใจและการปฏิบัติตนทางสุขภาพที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กันอย่างเหมาะสม ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการดูแลสุขภาพของโอเร็ม ที่กล่าวว่า การที่บุคคลจะมีสุขภาพดีและมีความสุขจะต้องใช้ความสามารถในการดูแลสุขภาพที่จำเป็นเมื่อมีปัญหาทางด้านสุขภาพเกิดขึ้น เช่น การรับประทานอาหารที่ถูกต้องและเหมาะสม เพื่อเป็นการควบคุมน้ำหนักให้อยู่ในเกณฑ์มาตรฐานด้วยการควบคุมอาหาร โดยการกำหนดปริมาณและชนิดของอาหารให้เหมาะสม ดังนั้น ผู้ป่วยโรคเบาหวานควรมีการดูแลสุขภาพที่จำเป็นโดยการกระทำหรือการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันเพื่อป้องกันตนเองไม่ให้เป็นโรคเบาหวานตั้งแต่ระยะเริ่มต้น ผู้ป่วยโรคเบาหวานจะเกิดพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมจะต้องเกิดจากองค์ประกอบที่สำคัญคือ ด้านความรู้ (Knowledge) เป็นความสามารถในการจำหรือระลึกได้จากประสบการณ์ต่างๆที่เคยได้รับรู้มา (Orem, 1995) จากการดำเนินกิจกรรมของรูปแบบการพยาบาลทางไกล (Tele-Nursing) ในการควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีการจัดกิจกรรมที่ 1 การส่งเสริมการติดตามตนเองของกลุ่มทดลองเป็นการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ประโยชน์ของการจัดการตนเองและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่เหมาะสม จะเห็นได้จากผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพพบว่า หลังการทดลองผู้ป่วยโรคเบาหวานมีค่าคะแนนเฉลี่ยด้านพฤติกรรมสุขภาพ ($\overline{X}$=4.04, S.D.= 0.37) สูงกว่าก่อนทดลอง ($\overline{X}$=3.51, S.D.=0.36) ผลการวิจัยสอดคล้องกับงานวิจัยของ เนตรนภา บุญธนาพิศาน (2564) และปัญจนีย์ ทองโปร่ง (2568) ที่พบว่าการใช้โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองผ่านแอปพลิเคชันไลน์ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ทำให้คะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากแอปพลิเคชันเป็นเครื่องมือที่เข้าถึงง่ายและช่วยกระตุ้นเตือนพฤติกรรมได้ตลอดเวลา และสอดคล้องกับงานวิจัยของ สิทธิพร เพชรทองขาว และคณะ (2566) และ อรนุช ประดับทอง และคณะ (2568) ที่ประยุกต์ใช้สื่อเทคโนโลยีร่วมกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ซึ่งพบว่าเมื่อผู้ป่วยได้รับสื่อที่เหมาะสม (เช่น แอปพลิเคชันไลน์ต้านหวาน หรือสื่อวิดีทัศน์) จะส่งผลให้การรับรู้ด้านสุขภาพดีขึ้น นำไปสู่พฤติกรรมการจัดการด้านอาหาร ยา และการออกกำลังกายที่สูงขึ้นอย่างชัดเจน

การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 แสดงให้เห็นว่า ภายหลังทดลองผู้ป่วยโรคเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ แตกต่างจากก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t=2.567,

P-value=0.016) เนื่องจากรูปแบบการพยาบาลทางไกล (Tele-Nursing) ในการควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน สามารถช่วยให้ผู้ป่วยมีวิธีการในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของตนเองในการดูแลสุขภาพ ด้วยความสามารถในจัดการสุขภาพตนเองและมีความพร้อมในการดูแลสุขภาพตามความต้องการและเหมาะสมกับสุขภาพของผู้ป่วยเอง ซึ่งตรงกับแนวคิดของ Orem (1995) พบว่า การที่บุคคลจะมีสุขภาพดีและมีความสุขจะต้องใช้ความสามารถในการดูแลตนเอง การดูแลตนเองเป็นการกระทำที่จงใจและมีเป้าหมาย และตรงกับแนวคิดของอัลเบิรต แบนดูรา ที่กล่าวถึง การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Perceive self-efficacy) ว่าเป็นการที่บุคคลตัดสินเกี่ยวกับความสามารถของตนเองที่จะจัดการและดำเนินการกระทำพฤติกรรมให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ ถ้าบุคคลสามารถคาดหวังหรือมีความเชื่อในความสามารถของตนเอง โดยทราบว่าต้องทำอะไรบ้าง เมื่อทำแล้วจะได้ผลลัพธ์ตามที่ตนคาดหวังไว้ บุคคลนั้นก็จะปฏิบัติตามวิธีดังกล่าวได้ดี (Bandrura , 1997) โดยผู้ป่วยเบาหวานที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้หลังทดลองผู้ป่วยโรคเบาหวานมีระดับน้ำตาลในเลือดลดลง ($\overline{X}$=7.67, S.D.=1.05) เมื่อเทียบก่อนทดลอง ($\overline{X}$=8.38, S.D.=1.07) เนื่องจากรูปแบบการพยาบาลทางไกล (Tele-Nursing) ในการควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานมีการจัดกิจกรรมที่ 2 การส่งเสริมการจัดการตนเองโดยใช้แอพพลิเคชั่นไลน์เพื่อการกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ถูกต้องและแก้ไขในสิ่งที่ไม่ถูกต้อง โดยผู้วิจัยจัดทำ Line Official Account เพื่อเป็นแหล่งข้อมูลในการสนับสนุนการจัดการตนเองและให้การพยาบาลทางไกลแก่ผู้ป่วยในรปแบบของ Google Site ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ถูกต้อง และสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ลดลงได้ ผลการวิจัยสอดคล้องกับการงานวิจัยของ ธิดา แสงมณี (2567) ที่พบว่าการพัฒนารูปแบบการพยาบาลทางไกลแบบมีส่วนร่วมสำหรับผู้สูงอายุโรคเบาหวาน สามารถส่งผลให้พฤติกรรมการดูแลสุขภาพอยู่ในระดับสูง และช่วยลดระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ลงได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการศึกษาของ ปรีชญา ตักโพธิ์ (2567) ที่ระบุว่าการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพผ่านแอปพลิเคชันไลน์ ส่งผลให้ระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ลดต่ำลงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญ ยืนยันให้เห็นว่าการบูรณาการเทคโนโลยีทางไกลเข้าสู่ระบบบริการปกติ ช่วยเสริมประสิทธิภาพในการควบคุมตัวชี้วัดทางสรีรวิทยาของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เคยควบคุมน้ำตาลไม่ได้ ให้มีแนวโน้มเข้าสู่เกณฑ์ที่ปลอดภัยยิ่งขึ้น

สรุปผลวิจัย

ประสิทธิผลของรูปแบบการพยาบาลทางไกล (Tele-Nursing) ในการควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ เขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริม

สุขภาพตำบลบ้านนาจาน อำเภอนครไทย จังหวัดพิษณุโลก สามารถทำให้ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 สามารถทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ลดลงได้เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมฯ

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้

การขยายผลในงานประจำ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลควรนำรูปแบบการใช้ LINE OA มาใช้เป็นส่วนหนึ่งของระบบการติดตามผู้ป่วยโรคเรื้อรังกลุ่ม Uncontrolled เนื่องจากประหยัดทรัพยากรและผู้ป่วยให้การยอมรับสูง การสนับสนุนทีม อสม. โดยพัฒนาศักยภาพ อสม. ให้เป็นผู้ช่วยพยาบาลในการติดตามข้อมูลเบื้องต้นผ่านแอปพลิเคชัน เพื่อลดภาระงานของพยาบาลวิชาชีพในพื้นที่

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาต่อยอดโดยใช้รูปแบบการวิจัยที่มีกลุ่มควบคุม (controlled study) หรือการทดลองแบบสุ่ม (randomized controlled trial) เพื่อเพิ่มความเข้มแข็งของข้อสรุปเชิงเหตุและผล รวมทั้งขยายระยะเวลาติดตามเพื่อประเมินความยั่งยืนของผลลัพธ์ และศึกษาปัจจัยเชิงบริบทที่มีผลต่อความสำเร็จของการแทรกแซงในระดับระบบบริการ

เอกสารอ้างอิง

คณะกรรมการควบคุมโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. (2566). แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2566. กรมควบคุมโรค.

ธิดา แสงมณี. (2567). การพัฒนารูปแบบการพยาบาลทางไกลสำหรับผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลเคียนซา จังหวัดสุราษฎร์ธานีต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพและระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c). วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน.

เนตรนภา บุญธนาพิศาน. (2564). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองโดยใช้แอปพลิเคชันไลน์ต่อพฤติกรรมสุขภาพ และระดับน้ำตาลสะสมในเลือด ของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ [วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยนเรศวร].

ปัญจนีย์ ทองโปร่ง, ประพัสสร แย้มโกสุม, ศรีสุพรรณ นันทไพบูลย์, ธวัลรัตน์ จรสรพน้อย. (2568). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองโดยใช้แอปพลิเคชันไลน์ต่อ ความรู้ พฤติกรรมการจัดการตนเอง และผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 รายใหม่ โรงพยาบาลบัวใหญ่ จังหวัดนครราชสีมา. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ; 43(1): 1-16.

ปรีชญา ตักโพธิ์. (2567). ผลของโปรแกรมพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพผ่าน Line Application ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2. วารสารการพยาบาลและสุขภาพ; 17: 45-56.

มัลลิกา วงศ์สุทิน, วรางคณา ศรีจำนงค์, และคณะ. (2566). พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครราชสีมา. วารสารวิจัยและพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ, 4(1).

สิทธิพร เพชรทองขาว, อัญชิสา สุขบาล, ธีราพร สังข์รอด, ฐิตินันท์ ชูเมฆ. (2566). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองต่อความรู้ การรับรู้ และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้. วารสารสาธารณสุขล้านนา; 19(2): 87-101.

สภาการพยาบาล. (2563, 27 พฤศจิกายน). ประกาศสภาการพยาบาล เรื่อง แนวทางการพยาบาลทางไกล (Tele-Nursing) พ.ศ. 2563. สภาการพยาบาล.

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2565). แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 13 พ.ศ. 2566 – 2570. กระทรวงสาธารณสุข.

อธิพงษ์ สุขเพ็ญ, อมรศักดิ์ โพธิ์อ่ำ. (2567). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนา จาน อำเภอนครไทย จังหวัดพิษณุโลก. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีนอร์ทเทิร์น, 5(2).

อรนุช ประดับทอง, กรวรรณ ผมทอง, ชานนท์ ชุ่มนาเสียว. (2568). ผลของการส่งเสริมความรู้ในการควบคุมป้องกันโรคเบาหวานด้วยแอปพลิเคชั่นไลน์ ต้านหวานร่วมกับปิงปองจราจรชีวิต 7 สี. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุพรรณบุรี; 8(3):

Health Data Center (HDC). (2566). กลุ่มรายงานมาตรฐาน(ข้อมูลเพื่อตอบสนอง Service Plan สาขาโรคไม่ติดต่อ (NCD DM,HT,CVD). สืบค้น 1 ตุลาคม2568.จาก https://plk.hdc.moph.go.th/hdc/reports/ page.php?cat_id=b2b59e64c4e6c92d4b1ec16a599d882b.

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

International Diabetes Federation. (2025). IDF Diabetes Atlas (11th ed.). International Diabetes Federation.

Miller, W. R., & Rollnick, S. (2012). Motivational interviewing Helping people change (3rd ed.). Guilford Press.

Orem, D. E. (2001). Nursing: Concepts of practice (4th ed.). St. Louis: Mosby Year Book.

World Health Organization (WHO). (2009). **Diabetes : Cost**. Retrieved November 12, 2016,http://WWW.who.int/dietphysicalactivity/publications/facts/ diabetes/en/

Received: 10 May 2026 ; **Revised:** 17 May 2026
Accepted: 30 Jun 2026

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุเขตอำเภอตากใบ จังหวัดนราธิวาส

นอร์ไอนี ยูโซ๊ะ [1]

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนามีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ประชากรคือ ผู้สูงอายุที่มีรายชื่อตามทะเบียนราษฎร์เขตอำเภอ ตากใบ จังหวัดนราธิวาส ปีงบประมาณ 2568 จำนวน 8,420 คน โดยใช้สูตรการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างของ Daniel เท่ากับ 383 คน ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบมีระบบ เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคล ส่วนที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ส่วนที่ 3 พฤติกรรมสุขภาพ แบบสอบถามผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน และนำไปทดลองใช้เพื่อวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟ่าครอนบาค เท่ากับ 0.912 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ผลการวิจัยพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพภาพรวมมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง (66.84%) ($\overline{X}$=2.67, S.D.=0.471) และพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ภาพรวมมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง (62.86%) ($\overline{X}$=3.55, S.D.=0.347) ตามลำดับ ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุเขตอำเภอตากใบ จังหวัดนราธิวาส อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r=0.295, P-value<0.001)

คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, พฤติกรรมสุขภาพ, ผู้สูงอายุ

[1] **นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอตากใบ จังหวัดนราธิวาส,** E-mail: noraineeissara@gmail.com

Factor associated with health behavior among Hypertension patients in Khok Pho District, Pattani Province.

Norinee Yusoh [1]

Abstract

This descriptive research aimed to study health literacy factors associated with health behavior among elderly. Population in this study consisted of 8,420 elderlies which be registered in Takbai District, Narathiwat Province, in fiscal year 2025. The sample size calculating used Daniel formula for 383 cases, and systematic random sampling was determined for collecting data. Data collected by questionnaires composed of 3 parts including, characteristics, health literacy, and health behavior. In addition to check questionnaire standardization, validity was checked by 3 experts and try out testing reliability by Cronbach's coefficient alpha about 0.912. Data analyzed using statistical as Pearson product moment correlation coefficient and with statistic significant for 0.05 level. The result showed that health literacy factors had mean score with high level (66.84%) ($\overline{X}$=2.67, S.D.=0.471) and health behavior had mean score with moderate level (62.86%) ($\overline{X}$=3.55, S.D.=0.347), respectively. An association analyzed found that health literacy was associated with health behavior among elderly in Takbai District, Narathiwat Province with statistic significantly (r=0.295, P-value<0.001)

Keywords: Health literacy, Health behavior, Elderly

[1] Public Health Technical Officer, Professional Level, Takbai District Public Health Office, Narathiwat Province,
E-mail: noraineeissara@gmail.com

บทนำ

ในช่วง 3-4 ทศวรรษที่ผ่านมา การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรทั้งในระดับนานาชาติและประเทศไทยเกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว สถานการณ์และแนวโน้มประชากรผู้สูงอายุของประเทศไทยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง (World Health Organization, 2009) ประเทศไทยจำนวนผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น ระหว่างปี พ.ศ.2566-2568 ร้อยละของผู้สูงอายุเท่ากับ 19.97, 20.83 และ 21.31 ตามลำดับ (กรมกิจการผู้สูงอายุกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2568) สถานการณ์ผู้สูงอายุจังหวัดนราธิวาส ระหว่างปี พ.ศ.2566-2568 มีผู้สูงอายุคิดเป็นร้อยละ 10.49 10.98 และ 13.30 ตามลำดับ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส, 2569) เช่นเดียวกับอำเภอตากใบ จำนวนผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ระหว่างปี พ.ศ.2566-2568 มีจำนวนผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 7,824, 8,192 และ 8,420 คน ตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 10.49, 10.98 และ 13.30 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส, 2569) จากรายงานข้อมูลผลการประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุหรือ ADL (Activities of Daily Living) สามารถดำเนินการประเมิน ADL ให้แก่ผู้สูงอายุในเขตอำเภอตากใบ ได้ครอบคลุมร้อยละ 81.94, 75.92 และ 84.94 ตามลำดับ โดยสามารถแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุออกเป็น 3 กลุ่มดังนี้ กลุ่ม 1 ผู้สูงอายุติดสังคม จำนวน 6,092, 5,995 และ 6,957 คน กลุ่ม 2 ผู้สูงอายุติดบ้าน จำนวน 269, 192 และ 150 คน และกลุ่ม 3 ผู้สูงอายุติดเตียง จำนวน 50, 32 และ 45 คนตามลำดับ จากผลการตรวจคัดกรองครบ 9 ด้านในผู้สูงอายุจำนวน 5,290 คนในปี พ.ศ.2568 พบว่า ปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีสาเหตุมาจากพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ซึ่งมีความเสี่ยงด้านการมองเห็น จำนวน 434 คน (ร้อยละ 8.21) มีปัญหาการกลั้นปัสสาวะ จำนวน 148 คน(ร้อยละ 2.80) การได้ยิน 144 คน (ร้อยละ 2.73) การความเสี่ยงในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน 293 คน(ร้อยละ 5.54) มีความผิดปกติด้านความคิดความจำ 143 คน (ร้อยละ 2.71) 2Q ผิดปกติ 49 คน (ร้อยละ 0.93) เสี่ยงด้านการเคลื่อนไหว 455 คน (ร้อยละ 8.61) เสี่ยงด้านสุขภาพช่องปาก 310 คน (ร้อยละ 5.86) มีภาวะเสี่ยงด้านการขาดสารอาหาร 197 คน (ร้อยละ 3.73) (สำนักงานสาธารณสุขอำเภอตากใบ, 2569)

จากแนวโน้มของผู้สูงอายุที่เพิ่มมากขึ้นจึงนำมาซึ่งภาวะเสี่ยงและปัญหาด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่เพิ่มมากขึ้นอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ เนื่องจากผู้สูงอายุเป็นวัยแห่งความเสื่อมถอยในทุกๆด้าน ทำให้เกิดอาการเจ็บป่วยตามวัย นอกจากการเจ็บป่วยทางร่างกายที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุแล้ว ยังส่งผลต่อสภาพจิตใจของผู้สูงอายุด้วย เนื่องจากวัยสูงอายุจะเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงหลายอย่างทั้งจากสภาวะสุขภาพที่เสื่อมถอยลง การสูญเสียบทบาทหน้าที่ทางสังคมและอาจวิตกกังวลต่อความตายที่อยู่ในส่วนลึกของจิตใจสิ่งเหล่านี้ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกไร้คุณค่า ขาดแรงจูงใจและความกระตือรือร้นลดลง ขาดความเชื่อมั่นและหมดความภาคภูมิใจในตนเอง จะเห็นได้ว่าการเปลี่ยนแปลงหลายด้านในวัยสูงอายุจะนำมาซึ่งปัญหาทางสุขภาพทั้งทางร่างกายและทางจิตใจและนำมาซึ่งคุณภาพชีวิตที่ลดลง

ไป ดังนั้นการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีการเตรียมความพร้อมและมีพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพจึงเป็นเรื่องที่สำคัญ เพื่อป้องกันไม่ให้ผู้สูงอายุมีระดับคุณภาพชีวิตที่ลดลง การศึกษาวิจัยกลุ่มผู้สูงอายุจะเป็นการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโดยประยุกต์ใช้แนวทางจากองค์การสหประชาชาติ ได้แก่ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ การมีส่วนร่วม สุขภาพและความปลอดภัย ซึ่งเป็นตัวกำหนดปัจจัยต่างๆ ที่เอื้อต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดี ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุเขตอำเภอตากใบ จังหวัดนราธิวาส เพื่อนำข้อมูลมาพัฒนาเป็นโปรแกรมการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุเขตอำเภอตากใบ จังหวัดนราธิวาส ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุเขตอำเภอตากใบ จังหวัดนราธิวาส

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research Study) โดยกำหนดตัวแปรอิสระ ได้แก่ 1) คุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ 2) ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ตัวแปรตาม ได้แก่ พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือ ผู้สูงอายุที่มีรายชื่อตามทะเบียนราษฎร์เขตอำเภอตากใบ จังหวัดนราธิวาส ปี พ.ศ.2568 จำนวน 8,420 คน โกยมีเกณฑ์คัดเข้าคือ อาศัยอยู่ในพื้นที่จริงอย่างน้อย 6 เดือนขึ้นไป ผู้สูงอายุที่เป็นผู้สูงอายุติดสังคม ผู้ที่มีสุขภาพร่างกายแข็งแรง โดยใช้ผลการประเมิน ADL จะต้องไม่ติดเตียง ไม่ติดบ้าน เกณฑ์การคัดออกคือ ผู้ที่ไม่สมัครใจตอบคำถามและเจ็บป่วยในช่วงเก็บข้อมูลจนไม่สามารถให้ข้อมูลได้

กลุ่มตัวอย่าง คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรการคำนวณที่ทราบประชากรแน่นอนของ Daniel (2010) โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ 95% ค่าความคลาดเคลื่อนสามารถยอมรับได้ เท่ากับ 0.05 คำนวณได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง เท่ากับ 383 คน

การสุ่มตัวอย่างใช้วิธีการสุ่มแบบมีระบบ (Systematic Random Sampling) เพื่อเลือกรายชื่อของผู้สูงอายุจากทะเบียนรายชื่อผู้สูงอายุอำเภอตากใบ จังหวัดนราธิวาส โดยนำรายชื่อผู้สูงอายุมาเรียงลำดับรายชื่อตามตัวอักษร ก ถึง ฮ แล้วคำนวณค่าระยะห่างของการสุ่ม เท่ากับ 3 หลังจากนั้นเริ่มสุ่มหยิบรายชื่อกลุ่มตัวอย่างคนแรก แล้วหยิบรายชื่อกลุ่มตัวอย่างลำดับถัดไปโดยเว้นระยะห่างของรายชื่อเท่ากับ 3 สุ่มหยิบรายชื่อกลุ่มตัวอย่างไปจนครบจำนวน 383 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลคือ แบบสอบถาม ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา การประกอบอาชีพ รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน ค่าดัชนีมวลกาย การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โรคประจำตัว ผู้ที่ทำหน้าที่หลักในการดูแล

ส่วนที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยใช้แนวคิดของ Nutbeam (2000) ประกอบด้วย การเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพและบริการสุขภาพ, ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ, การสื่อสารเพิ่มความเชี่ยวชาญทางสุขภาพ, การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ, การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง, การจัดการตนเองให้มีความปลอดภัย ลักษณะข้อคำถามแบบประมาณค่า 5 ระดับคือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุ ประกอบด้วย การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์ การไม่ดื่มสุรา การไม่สูบบุหรี่ ตรวจสุขภาพช่องปาก ตรวจสุขภาพประจำปีลักษณะคำถามแบบประมาณค่า 5 ระดับ คือ ปฏิบัติมากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด

แบบสอบถามส่วนที่ 2 และ 3 ใช้เกณฑ์การแปลผลตามแนวคิดของ Best John W (1977) แบ่งเป็น 3 ระดับคือ ระดับสูง (3.67–5.00 คะแนน) ระดับปานกลาง (2.34–3.66 คะแนน) ระดับต่ำ (1.00–2.33 คะแนน)

แบบสอบถามนี้สร้างขึ้นจากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่านตรวจสอบความตรงของเนื้อหา นำแบบสอบถามไปทดลองใช้คำนวณค่าความเที่ยง (Reliability) ด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาค (Cronbach, 1997) เท่ากับ 0.912

สถิติวิเคราะห์

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson’s Product Moment correlation coefficient)ที่ระดับความเชื่อมั่น 0.05

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้ดำเนินการขอความเห็นชอบจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยนอร์ทเทิร์น เอกสารรับรองเลขที่ NREC 0114/2569 ลงวันที่ 11 มีนาคม พ.ศ.2569

สรุปผลการวิจัย

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (67.62%) ช่วงอายุอยู่ระหว่าง 62-75 ปี (64.75%) ($\overline{X}$=67.81, S.D.=6.336, Min=60, Max=86) มีสถานภาพสมรส/คู่และอยู่ด้วยกัน (69.19%) และมีผู้สูงอายุที่คู่สมรสถึงแก่

กรรม หม้าย/หย่า/แยก (27.68%) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (65.80%) และจบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา/ปวช. (15.40%) มีเพียง 12.53% เป็นผู้สูงอายุที่ไม่ได้ศึกษา สำหรับรายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน 700–9,000 บาท (82.25%) ($\overline{X}$=5,171.80, S.D.=17547.451, Min=600, Max=20,000) ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม (54.57%) ผลการประเมินคะแนนการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ หรือ ADL ส่วนใหญ่มีคะแนน ADL ตั้งแต่ 20 คะแนนขึ้นไป (93.73%) โดยมี ADL เฉลี่ยเท่ากับ 19.89 คะแนน ($\overline{X}$=19.89, S.D.=0.570, Min=15, Max=20) ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีผู้ดูแล (89.76%) สำหรับผู้ที่ทำหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุเป็นหลักคือ บุตรของผู้สูงอายุ (48.56%) รองลงมาคือ สามีและ/หรือภรรยา (46.21%) ประวัติการมีโรคประจำตัวของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว (55.09%) โรคประจำตัวที่ผู้สูงอายุผู้สูงอายุป่วยเป็นอันดับแรกคือ โรคความดันโลหิตสูง (45.69%) โรคเบาหวาน (4.18%) โรคเก๊าต์ (3.13%) และไขมันในเลือดสูง (2.09%) ตามลำดับ

ความรอบรู้ด้านสุขภาพภาพรวมมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง (66.84%) ($\overline{X}$=2.67, S.D.=0.471) เมื่อพิจารณาความรอบรู้ด้านสุขภาพ จำแนกรายด้านที่มีคะแนนในระดับสูง ได้แก่ ด้านการเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพและบริการสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส.1ฟ. ($\overline{X}$=2.76, S.D.=0.474) ด้านความรู้ความเข้าใจตามหลัก 3อ.2ส.1ฟ. ($\overline{X}$=2.73, S.D.=0.466) ด้านการสื่อสารเพิ่มความเชี่ยวชาญทางสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส.1ฟ. ($\overline{X}$=2.69, S.D.=0.486) การจัดการตนเองให้มีความปลอดภัยตามหลัก 3อ.2ส.1ฟ. ($\overline{X}$=2.56, S.D.=0.0.497) ด้านการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศตามหลัก 3อ.2ส.1ฟ. ($\overline{X}$=2.47, S.D.=0.520) ด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องตามหลัก 3อ.2ส.1ฟ. ($\overline{X}$=2.68, S.D.=0.489) ตามลำดับ

พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ภาพรวมมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง (62.86%) ($\overline{X}$=3.55, S.D.=0.347) เมื่อพิจารณาพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ จำแนกรายด้านที่มีคะแนนในระดับสูง ได้แก่ พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ภาพรวมมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง (87.47%) ($\overline{X}$=1.96, S.D.= 0.352) เมื่อพิจารณาพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ จำแนกรายด้านที่มีคะแนนในระดับสูง ได้แก่ การตรวจสุขภาพช่องปาก ($\overline{X}$=2.44, S.D.=0.676)การตรวจสุขภาพประจำปี ($\overline{X}$=2.55, S.D.=0.576) ตามลำดับ (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุเขตอำเภอตากใบ จังหวัดนราธิวาส (n=383)

ตัวแปร	ระดับคะแนน						Mean	S.D.
	สูง		ปานกลาง		ต่ำ			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	**256**	**66.84**	**127**	**33.16**	**-**	**-**	**2.67**	**0.471**
1. ด้านการเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพและบริการสุขภาพ ตามหลัก 3อ.2ส.1ฟ.	299	78.07	76	19.84-	8	2.09	2.76	0.474
2. ด้านความรู้ความเข้าใจตามหลัก 3อ.2ส.1ฟ.	285	74.4	94	24.5	4	1.0	2.73	0.466
3. ด้านการสื่อสารเพิ่มความเชี่ยวชาญทางสุขภาพ ตามหลัก 3อ.2ส.1ฟ.	267	69.71	112	29.24	4	1.04	2.69	0.486
4. การจัดการตนเองให้มีความปลอดภัยตามหลัก 3อ.2ส.1ฟ.	216	56.40	167	43.60	0	0	2.56	0.497
5. ด้านการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศตามหลัก 3อ.2ส.1ฟ.	184	48.04	195	50.91	4	1.04	2.47	0.520
6. ด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องตามหลัก 3อ.2ส.1ฟ.	264	68.93	115	30.03	4	1.04	2.68	0.489
พฤติกรรมสุขภาพ	**16**	**4.18**	**335**	**87.47**	**32**	**8.36**	**1.96**	**0.352**
1. การบริโภคอาหาร	20	5.22	355	92.69	8	2.09	2.03	0.269
2. การออกกำลังกาย	52	13.58	294	76.76	37	9.66	2.04	0.481
3. การจัดการอารมณ์	159	41.51	200	52.22	24	6.27	2.35	0.595
4. การไม่สูบบุหรี่	8	2.09	159	41.51	216	56.40	1.46	0.539
5. การไม่ดื่มสุรา	26	6.79	129	33.68	228	59.53	1.47	0.621
6. การตรวจสุขภาพช่องปาก	210	54.83	133	34.73	40	10.44	2.44	0.676
7. การตรวจสุขภาพประจำปี	228	59.53	139	36.29	16	4.18	2.55	0.576

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุเขตอำเภอตากใบ จังหวัดนราธิวาส อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r=0.295, P-value<0.001) เมื่อพิจารณาความรอบรู้ด้านสุขภาพจำแนกรายด้านที่พบความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุเขตอำเภอตากใบ จังหวัดนราธิวาส อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพและบริการสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส.1ฟ. (r=0.128, P-value=0.012) การสื่อสารเพิ่มความเชี่ยวชาญทางสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส.1ฟ. (r=0.229, P-value<0.001) จัดการตนเองให้มีความปลอดภัยตามหลัก 3อ.2ส.1ฟ. (r=0.195, P-value<0.001) การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศตามหลัก 3อ.2ส.1ฟ. (r=0.279, P-value<0.001) การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องตามหลัก 3 อ.2ส.1ฟ. (r=0.287, P-value<0.001) ตามลำดับ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุเขตอำเภอตากใบ จังหวัดนราธิวาส (n=383)

ตัวแปรอิสระ	**พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ**		
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (r)	P-value	**ระดับความสัมพันธ์**
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	**0.295**	**<0.001**	**มีความสัมพันธ์ทางบวก**
1. การเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพและบริการสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส.1ฟ.	0.128	0.012	มีความสัมพันธ์ทางบวก
2. ความรู้ความเข้าใจตามหลัก 3อ.2ส.1ฟ.	0.060	0.244	ไม่มีความสัมพันธ์
3. การสื่อสารเพิ่มความเชี่ยวชาญทางสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส.1ฟ.	0.229	<0.001	มีความสัมพันธ์ทางบวก
4. การจัดการตนเองให้มีความปลอดภัยตามหลัก 3อ.2ส.1ฟ.	0.195	<0.001	มีความสัมพันธ์ทางบวก
5. การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศตามหลัก 3อ.2ส.1ฟ.	0.279	<0.001	มีความสัมพันธ์ทางบวก
6. การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องตามหลัก 3 อ.2ส.1ฟ.	0.287	<0.001	มีความสัมพันธ์ทางบวก

อภิปรายผลการวิจัย

ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุเขตอำเภอตากใบ จังหวัดนราธิวาส อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value<0.001) สามารถอธิบายเหตุผลได้ว่า ความรอบรู้ด้ดานสุขภาพกล่าวว่า 1) ความรู้ ความเข้าใจและทักษะทางสังคมเป็นสิ่งที่กำหนดแรงจูงใจและความสามารถเฉพาะบุคคลในการเข้าถึง ทำความเข้าใจและใช้ข้อมูลเพื่อให้เกิดสุขภาพที่ดี รวมทั้งการพัฒนาความรู้และทำความเข้าใจในบริบทด้านสุขภาพ การเปลี่ยนแปลงทัศนคติและแรงจูงใจเพื่อก่อให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมด้วยตนเอง 2) สมรรถนะของบุคคลที่สามารถเข้าถึงเข้าใจ ประเมินใช้ความรู้และสื่อสารเกี่ยวกับสารสนเทศด้านสุขภาพตามต้องการ เพื่อส่งเสริมและรักษาสุขภาพที่ดีตลอดชีวิต 3) ทักษะทางสังคมและการคิดวิเคราะห์ที่กำหนดแรงจูงใจ และความสามารถของบุคคลในการเข้าถึงข้อมูล เข้าใจและใช้ข้อมูลเพื่อส่งเสริมและรักษาสุขภาพ แสดงว่าบุคคลที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับสูงจะส่งผลต่อพฤติกรรมการปฏิบัติตนในเรื่องการดูแลสุขภาพ เนื่องจากมีการเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร มีทักษะในการสื่อสารที่ดี การรู้เท่าทันสื่อ สามารถวิเคราะห์ประเมินเนื้อหาจากสื่อ ตัดสินใจเลือกแนวทางปฏิบัติที่ถูกต้องในการป้องกันและควบคุมโรค และสามารถจัดการตนเองเพื่อป้องกันการเกิดโรคได้ดี ในทางกลับกันบุคคลที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับต่ำ มีแนวโน้มที่จะประสบปัญหาสุขภาพได้มากกว่าและมักจะเกิดการเจ็บป่วยและมีสุขภาพที่แย่กว่า (Nutbeam, 2000) สอดคล้องกับแนวคิดของ กองสุขศึกษา กล่าวว่า การรอบรู้ด้านสุขภาพเป็น*ความสามารถและทักษะในการเข้าถึงข้อมูล ความรู้ความเข้าใจเพื่อวิเคราะห์ แปลความหมาย ประเมินข้อมูลข่าวสารและบริการทางสุขภาพที่ได้รับการถ่ายทอดและเรียนรู้จากสิ่งแวดล้อม ซึ่งทำให้บุคคลนั้นเกิดการจูงใจตนเองให้มีการตัดสินใจเลือกวิถีทางในการดูแลตนเอง การจัดการสุขภาพของตนเองเพื่อ*ป้องกันและคงรักษาสุขภาพที่ดีของตนเองไว้เสมอ รวมทั้งชี้แนะเรื่องสุขภาพส่วนบุคคล ครอบครัวและชุมชนเพื่อให้บุคคลมีสุขภาพที่ดี (กองสุขศึกษา, 2554) ผลการวิจัยสอดคล้องกับงานวิจัยของ สมใจ อ่อนละเอียด (2564) พบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพมความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุพฤฒพลัง จังหวัดนครปฐม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value<0.001)

การเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพและบริการสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส.1ฟ. (P-value=0.012) สามารถอธิบายเหตุผลได้ว่า การเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพและบริการสุขภาพ (Access skill) เป็นการใช้ความสามารถในการเลือกแหล่งข้อมูล รู้วิธีการในการค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตนและตรวจสอบข้อมูลจากหลายๆแหล่งจนข้อมูลมีความน่าเชื่อถือ

การสื่อสารเพิ่มความเชี่ยวชาญทางสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส.1ฟ. มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุเขตอำเภอตากใบ จังหวัดนราธิวาส อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value<0.001) เนื่องจาก

ทักษะการสื่อสาร (Communication skill) เป็นความสามารถในการสื่อสารโดยการพูด อ่าน เขียน รวมทั้งสามารถสื่อสารและโน้มน้าวให้บุคคลอื่นเข้าใจและยอมรับข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตน โดยทักษะการสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญทางสุขภาพ จะเน้นที่องค์ประกอบที่สำคัญคือ 1) สามารถสื่อสารข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพด้วยวิธีการพูด อ่าน เสียง ให้บุคคลอื่นเข้าใจ และ 2) สามารถโน้มน้าวให้บุคคลอื่นยอมรับข้อมูลด้านสุขภาพ

การจัดการตนเองให้มีความปลอดภัยตามหลัก 3อ.2ส.1ฟ. มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุเขตอำเภอตากใบ จังหวัดนราธิวาส อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value<0.001) โดยทักษะการจัดการตนเอง (Self-management skill) เป็นความสามารถในการกำหนดทางเลือกและปฏิเสธ/หลีกเลี่ยงหรือเลือกวิธีการปฏิบัติ โดยมีการใช้เหตุผลหรือวิเคราะห์ผลดี-ผลเสียเพื่อการปฏิเสธ/หลีกเลี่ยงพร้อมแสดงทางเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง โดยการจัดการตนเองให้มีความปลอดภัย จะเน้นที่องค์ประกอบที่สำคัญคือ 1) สามารถกำหนดเป้าหมายและวางแผนการปฏิบัติ 2) สามารถปฏิบัติตามแ

การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศตามหลัก 3อ.2ส.1ฟ. มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุเขตอำเภอตากใบ จังหวัดนราธิวาส อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value<0.001) สามารถอธิบายเหตุผลได้ว่า การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ (Media Literacy skill) คือความสามารถในการตรวจสอบความถูกต้อง ความน่าเชื่อถือของข้อมูลที่สื่อนำเสนอและสามารถเปรียบเทียบวิธีการเลือกรับสื่อต่างๆเพื่อหลีกเลี่ยงความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นกับสุขภาพของตนเองและผู้อื่น รวมทั้งมีการประเมินข้อความสื่อเพื่อชี้แนะแนวทางให้กับชุมชนและสังคม

การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องตามหลัก 3อ.2ส.1ฟ. มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุเขตอำเภอตากใบ จังหวัดนราธิวาส อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value<0.00) สามารถอธิบายเหตุผลได้ว่า การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง (Decision skill) เป็นความสามารถในการกำหนดทางเลือกและปฏิเสธเพื่อหลีกเลี่ยงหรือเลือกวิธีการปฏิบัติ โดยมีการใช้เหตุผลหรือวิเคราะห์ผลดีและผลเสียเพื่อการปฏิเสธและหลีกเลี่ยงพร้อมแสดงทางเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องเป็นเหตุการณ์หรือสิ่งที่มากระตุ้นบุคคลให้แสดงพฤติกรรมที่ต้องการออกมา สอดคล้องกับแนวคิดของเบคเกอร์ (Becker, 1974) ได้กล่าวว่า เพื่อให้แบบแผนความเชื่อมีความสมบูรณ์นั้นจะต้องพิจารณาถึงสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติซึ่งมี 2 ด้านคือ สิ่งชักนำภายในหรือสิ่งกระตุ้นภายใน (Internal Cues) ได้แก่ การรับรู้สภาวะของร่างกายตนเอง เช่น อาการของโรคหรือการเจ็บป่วย ส่วนสิ่งชักนำภายนอกหรือสิ่งกระตุ้นภายนอก (External Cues) ได้แก่ การให้ข่าวสารผ่านทางสื่อมวลชน หรือการกระตุ้นเตือนจากบุคคลในครอบครัวหรือบุคคลที่เป็นที่รักหรือนับถือ เช่น สามี ภรรยา บิดา มารดา เป็นต้น

ข้อเสนอแนะจากงานวิจัย

พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุเขตอำเภอตากใบ จังหวัดนราธิวาส อยู่ในระดับปานกลาง ดังนั้น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาสและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอาตากใบ โรงพยาบาลส่งเริมสุขภาพตำบล องค์การบริหารส่วนตำบลเขตอำเภอตากใบ จังหวัดนราธิวาส ควรวางแผนการส่งเสริมสุขภาพให้มีความเหมาะสมกับบริบทการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุส่งเสริมศักยภาพในการดำรงชีวิตอย่างมีคุณภาพและควรมีการสนับสนุนงบประมาณในการปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขในการส่งเสริมเสริมสุขภาพผู้สูงอายุให้เหมาะสมและสอดคล้องกับแผนงานโครงการของหน่วยงาน

เอกสารอ้างอิง

กรมกิจการผู้สูงอายุกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2568). ผลการดำเนินงาน ประจำปีงบประมาณ. สืบค้นเมื่อ วันที่ 10 พฤษภาคม 2569. เข้าถึงจาก https://www.dop.go.th/th/implementaion/2/4

กองสุขศึกษา. (2554). ผลการสำรวจ Health Literacy ในกลุ่มเยาวชนอายุ 12-15 ปี. กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข.

สมใจ อ่อนละเอียด. (2564). ความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุพฤฒพลังจังหวัดนครปฐม. *วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ*; 14(30: 333-345.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส. (2569). Health Data Center. สืบค้นเมื่อ วันที่ 10 พฤษภาคม 2569. เข้าถึงจาก https://ntwo.moph.go.th/moph-nwt/

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอตากใบ. (2569). สรุปรายงานประจำปีงบประมาณ 2568. เอกสารอัดสำเนา

Becker, Marshall H. (1974). *The Health Belief Model and Preventive Behavior*. Health Education Monographs.

Best, John W. (1977). Research is Evaluation. (3rded). Englewood Cliffs: N.J. Prentice-Hall.

Cronbach, Lee J. (1951). Essentials of Psychological Testing. 3rd ed. New York: Harper.

Daniel W.W. (2010). Biostatistics: Basic Concepts and Methodology for the Health Sciences. (9th ed). New York: John Wiley & Sons.

Nutbeam, D. (2000). Health Literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into health 21st century. Health Promotion International. 15(8) printed in Great Britain.

World Health Organization (WHO). (2009). Health literacy and health promotion. Definitions, concepts and examples in the Eastern Mediterranean Region. Individual empowerment conference working document. 7th Global Conference on Health Promotion Promoting Health and development. Nairobi, Kenya; 26-30.

Received: 5 Jun 2026 ; **Revised:** 15 Jun 2026
Accepted: 30 Jun 2026

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เขตตำบลรมณีย์ อำเภอกะปง จังหวัดพังงา

สุชาดา อนุกูล [1]

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เขตตำบลรมณีย์ อำเภอกะปง จังหวัดพังงา กลุ่มประชากรคือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เขตตำบลรมณีย์ อำเภอกะปง จังหวัดพังงา จำนวน 174 คน โดยใช้สูตรการคำนวณกลุ่มตัวอย่างที่ทราบจำนวนประชากรที่แน่นอนของ Daniel ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 132 ราย ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบมีระบบ เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูลคือ แบบสัมภาษณ์ ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ คุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน และนำไปทดลองใช้เพื่อวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟ่าครอนบาค เท่ากับ 0.867 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและความเชื่อมั่น วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน รวมทั้งสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ผลการวิจัยพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานมีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง (84.85%) ($\overline{X}$=2.84, S.D.=0.387) ด้านพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน มีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง (73.50%) ($\overline{X}$=2.92, S.D.=0.264) ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่า การรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยเบาหวานเขตตำบลรมณีย์ อำเภอกะปง จังหวัดพังงา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r=0.914, P-value=0.05)

คำสำคัญ : ความรอบรู้ด้านสุขภาพ,พฤติกรรมสุขภาพ,โรคเบาหวานชนิดที่ 2

[1] **พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านปากคลอง ตำบลกะปง, อำเภอกะปง จังหวัดพังงา**
E-mail: pakklong2521@gmail.com

Factor associated with health behavior among Type 2 Diabetes mellitus patients in Romanee Sub-district, Kapong District, Phangnga Province

Suchada Anukul [1]

Abstract

Descriptive research aimed to study factor associated with the health behavior of patients with type 2 diabetes in Romanee Subdistrict, Kapong District, Phang Nga Province. The population group consisted of 174 patients with type 2 diabetes mellitus in Romanee Subdistrict, Kapong District, Phang Nga Province. Using Daniel's formula for calculating a sample size when the population is known, a sample of 132 individuals was obtained. A systematic random sampling method was used. The data collection tool was an interview form consisting of three parts: personal characteristics of diabetic patients, health literacy, and health behaviors of diabetic patients. Content validity was examined by three experts and then pre-tested to analyze reliability using Cronbach's alpha formula, resulting in 0.867. Data were analyzed using Pearson's correlation coefficient. The research results revealed that the health literacy of diabetic patients had a mean score at a high level (84.85%) ($\bar{X}$=2.84, S.D.=0.387) The health behavior of diabetic patients had a mean score at a high level (73.50%) ($\bar{X}$=2.92, S.D.=0.264) The correlation analysis results found that health literacy had a relationship with

Keywords: Health literacy, health behavior, Type 2 diabetes mellitus

[1] Professional nurse specialist, Ban Pak Khlong Subdistrict Health Promoting Hospital. Kapong Subdistrict, Kapong District, Phang Nga Province, E-mail: pakklong2521@gmail.com

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นปัญหาต่อสุขภาพของประชากรโลก เป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้และสามารถถ่ายทอดทางกรรมพันธุ์ จากสถานการณ์ของโรคเบาหวานทั่วโลก มีอุบัติการณ์แนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี ข้อมูลจากสมาพันธ์เบาหวานนานาชาติ (International Diabetes Federation : IDF) ในปี พ.ศ. 2560 มีการประเมินว่ามีผู้ป่วยเบาหวาน รวม 425 ล้านรายทั่วโลก แบ่งเป็นกลุ่มผู้สูงอายุ 65 ปีขึ้นไป จำนวน 98 ล้านราย และช่วงอายุ 20-64 ปี จำนวน 327 ล้านราย และคาดการณ์ว่าในปีพ.ศ. 2588 จะมีผู้ป่วยเบาหวานจำนวน 629 ล้านรายทั่วโลก สำหรับประเทศไทยกำลังเป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ในปี พ.ศ.2568 โดยจะมีประชากรที่มีอายุมากกว่า 60 ปีเพิ่มขึ้นประมาณ 14.4 ล้านคน หรือเพิ่มขึ้นเกินร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด จากรายงานอัตราการป่วยด้วยโรคเบาหวานในจังหวัดพังงา ในปี พ.ศ. 2565-2568 พบว่า มีอัตราการป่วยด้วยโรคเบาหวาน ในปี 2568 เพิ่มขึ้น 191.54 ต่อแสนประชากรจากปี 2565 เช่นเดียวกับอำเภอกะปง มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี พบอัตราการป่วยด้วยโรคเบาหวาน ในปี พ.ศ. 2565-2568 ร้อยละ 8.99, 9.48, 10.01 และ 10.24 ตามลำดับ พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่พบภาวะแทรกซ้อนทางตา ร้อยละ 29.7 รองลงมาคือเท้า ร้อยละ 7.86 จากข้อมูลข้างต้นสะท้อนให้เห็นถึงความสำคัญและความรุนแรงของโรคเบาหวานในอำเภอกะปง ส่งผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่มีผลกระทบต่อชีวิตของผู้ป่วยเป็นอย่างมาก เมื่อพิจารณาแยกตามกลุ่มอายุ พบว่าในปี พ.ศ. 2565 อำเภอกะปง พบ กลุ่มอายุที่ป่วยเป็นเบาหวานมากที่สุด คือ กลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป รองลงมาได้แก่ กลุ่มอายุ 50 –59 ปี กลุ่มอายุ 40 –49 ปี กลุ่มอายุ 15 –39 ปี และกลุ่มอายุน้อยกว่า 15 ปี ตามลำดับ นอกจากนี้พบผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ได้ดี ในปี พ.ศ.2565 ร้อยละ 7.17และเพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 8.12 ในเขตตำบลรมณีย์ ปี พ.ศ. 2565 มีผู้ป่วยโรคเบาหวานในระบบทะเบียน จำนวน 2392 คน เพิ่มขึ้นเป็นจำนวน 2438 คน ในปี พ.ศ. 2568 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพังงา,2569) จะเห็นว่าปัญหาหลักของผู้ป่วยโรคเบาหวานในอำเภอกะปงส่วนใหญ่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในภาวะปกติได้ ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมามากมายที่เป็นภาวะฉุกเฉิน

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การบริโภคอาหาร กิจกรรมทางกายและการจัดการความเครียด มีความสัมพันธ์โดยตรงต่อการควบคุมระดับน้ำตาลสะสม (HbA1c) และดัชนีมวลกาย (BMI) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผ่านการให้ความรู้และการสร้างแรงจูงใจจึงเป็นกุญแจสำคัญในการชะลอความเสื่อมของโรค (สมลักษณ์ เทพสุริยานนท์ อุไรวรรณ ชัยชนะวิโรจน,2566)

จากสถานการณ์ปัญหาดังกล่าว ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เขตตำบลรมณีย์ อำเภอกะปง จังหวัดพังงา เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปใช้เป็นแนวทางในการวางแผนช่วยเหลือผู้ป่วยเบาหวานให้มีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ถูกต้อง และจะช่วยป้องกันการ

เกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานได้อย่างเหมาะสม เน้นให้ความสำคัญในการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยมากขึ้น และแนะนำการปฏิบัติตัวเพื่อลดอัตราความเสี่ยงการเกิดโรคเบาหวาน

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตตำบลรมณีย์

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research study) ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนธันวาคม 2568-พฤษภาคม 2569 โดยกำหนดกรอบแนวคิด ประกอบด้วย ตัวแปรอิสระ คือ 1) คุณลักษณะส่วนบุคคล 2) การรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยใช้แนวคิดของ Nutbeam (2000) ตัวแปรตาม ได้แก่ พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มประชากรที่ใช้ในการศึกษาคือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานในเขตตำบลรมณีย์ อำเภอกะปง จังหวัดพังงา ในปี 2568 จำนวน 174คน กำหนดเกณฑ์คัดเข้า คือ เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ HBA1c มากกว่า7 มิลลิกรัม/เดซิลิตร ขึ้นทะเบียนเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตตำบลรมณีย์ในปี2568 ไม่พบภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากโรคเบาหวาน กำหนดเกณฑ์การคัดออก คือ ผู้ที่ไม่สมัครใจตอบคำถามและเจ็บป่วยในช่วงเก็บข้อมูลจนไม่สามารถให้ข้อมูลได้ คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตร Daniel (2010) กำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ 95% ค่าความคลาดเคลื่อนสามารถยอมรับได้เท่ากับ 0.05 ได้กลุ่มตัวอย่าง เท่ากับ 132 คน โดยใช้วิธีการสุ่มแบบมีระบบ (Systematic Random Sampling) เพื่อเลือกรายชื่อผู้ป่วยโรคเบาหวานเป็นกลุ่มตัวอย่าง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้การเก็บรวบรวมข้อมูลคือ แบบสอบถาม ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้ป่วยเบาหวาน ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา การประกอบอาชีพ รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน ส่วนสูง ใครเป็นผู้ที่ทำหน้าที่ในการดูแลสุขภาพ ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรค

ส่วนที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ประกอบด้วย การเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพและบริการสุขภาพ, ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ, การสื่อสารเพิ่มความเชี่ยวชาญทางสุขภาพ, การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ, การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง, การจัดการตนเองให้มีความปลอดภัย ลักษณะข้อคำถามแบบประมาณค่า 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ส่วนที่ 3 ความรอบรู้ด้านพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน ประกอบด้วย การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์ การไม่ดื่มสุรา การไม่สูบบุหรี่ ลักษณะข้อคำถามแบบประมาณค่า คือ ปฏิบัติมากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด

แบบสอบถามส่วนที่ 2, 3 ใช้เกณฑ์การแปลผลตามแนวคิดของ Best John W. (1977) แบ่งเป็น 3 ระดับคือ ระดับสูง (3.67–5.00 คะแนน) ระดับปานกลาง (2.34–3.66 คะแนน) ระดับต่ำ (1.00–2.33 คะแนน)

แบบสอบถามนี้สร้างขึ้นจากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่านตรวจสอบความตรงของเนื้อหา นำแบบสอบถามไปทดลองใช้คำนวณค่าความเที่ยง (Reliability) ด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาค (Cronbach, 1951) เท่ากับ 0.877

สถิติวิเคราะห์

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson’s Product Moment correlation coefficient) ที่ระดับความเชื่อมั่น 0.05

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้ดำเนินการขอความเห็นชอบจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยนอร์ทเทิร์น เอกสารรับรองเลขที่ NREC 0007 /2569 รับรองวันที่ 12 มกราคม 2569

ผลการศึกษาวิจัย

ผู้ป่วยโรคเบาหวานส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (54.55%) ช่วงอายุมากกว่า 60 ปี (83.33%) ($\bar{X}$=67.58, S.D.=6.533, Min=56, Max=68) มีสถานภาพสมรส/คู่และอยู่ด้วยกัน (52.33%) และมีผู้สูงอายุที่คู่สมรสถึงแก่กรรม หม้าย/หย่า/แยก (29.29%) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (69.71%) ผู้ป่วยโรคเบาหวานส่วนใหญ่ว่างงาน/ไม่มีอาชีพ (47.71%) สำหรับรายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือนน้อยกว่า 10,000 – 30,000 บาท (63.71%) ($\bar{X}$=5,837.43, S.D.=5.351.96, Min=0, Max=40,000) ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ว่างงาน/ไม่มีอาชีพ (80.30%) ผลการประเมินคะแนนค่าดัชนีมวลกายผู้ป่วยโรคเบาหวาน (BMI) ส่วนใหญ่มีคะแนน BMI มากกว่า 23 Kg/m (58.33%) ($\bar{X}$=25.54, S.D.=4.933, Min=16.2, Max=54.01) มีระยะเวลาการป่วยเป็นโรคเบาหวาน น้อยกว่า 5 ปี และ 5-10 ปี (41.7%) ($\bar{X}$=12.64, S.D.=2.935, Min=2, Max=17) ผู้ป่วยโรคเบาหวานส่วนใหญ่มีผู้ดูแลหลักคือ สามี/ภรรยา (52.33%) รองลงมาคือ บุตรธิดา (42.44%) ประวัติการมีโรคร่วมของผู้ป่วยโรคเบาหวานอันดับแรกคือ โรคไขมัน (51.50%) โรคความดัน (31.88%) ตามลำดับ

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ประกอบด้วย การเข้าถึงข้อมูลบริการสุขภาพตาม 3อ2ส การสื่อสารทางสุขภาพตาม 3อ2ส การจัดการตนเองตาม 3อ2ส การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศตาม 3อ2ส ด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติ

ที่ถูกต้อง ภาพรวมมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง (84.85%) ($\overline{X}$=2.84, S.D.=0.387) เมื่อพิจารณาความรอบรู้ด้านสุขภาพ จำแนกรายด้านที่มีคะแนนในระดับสูง ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลบริการสุขภาพตาม3อ2ส ($\overline{X}$=2.87, S.D.=0.336) ด้านการสื่อสารทางสุขภาพตาม 3อ2ส ($\overline{X}$=2.79, S.D.=0.534) ด้านการจัดการตนเองตาม 3อ2ส ($\overline{X}$=2.79, S.D.=0.534) ด้านการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศตาม 3อ2ส ($\overline{X}$=2.14, S.D.=0.700) ด้านการตัดสินใจตาม 3อ2ส ($\overline{X}$=2.84, S.D.=0.387) ตามลำดับ (ตามตารางที่ 1)

พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ภาพรวมมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง (73.50%) ($\overline{X}$=2.92, S.D.=0.264) เมื่อพิจารณาพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน จำแนกรายด้านที่มีคะแนนในระดับสูง ได้แก่ การไม่สูบบุหรี่ ($\overline{X}$=3.00, S.D.=0.00) การบริโภคอาหาร ($\overline{X}$=2.01, S.D.=0.151) ตามลำดับ การปฏิบัติที่มีคะแนนในระดับปานกลาง ได้แก่ การรับประทานยา ($\overline{X}$=1.81, S.D.=0.535) การป้องกันภาวะแทรกซ้อน ($\overline{X}$=2.53, S.D.=0.500) ตามลำดับ (ตามตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานตำบลรมณีย์ (n=132)

ตัวแปรอิสระ	ระดับคะแนน						Mean	S.D.
	สูง		ปานกลาง		ต่ำ			
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ		
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	**112**	**84.85**	**19**	**14.39**	**1**	**0.76**	**2.84**	**0.387**
1.การเข้าถึงข้อมูลบริการสุขภาพตาม 3อ2ส	115	87.12	17	12.88	-	-	2.87	0.336
2.การสื่อสารทางสุขภาพตาม 3อ2ส	113	85.61	11	8.33	8	6.11	2.79	0.534
3.การจัดการตนเอง 3อ2ส	113	85.61	11	8.33	8	6.11	2.79	0.534
4.การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ 3อ2ส	43	32.58	65	49.24	34	26.32	2.14	0.700
5. ด้านการตัดสินใจตาม3อ2ส	112	84.85	19	14.39	1	0.76	2.84	0.387
พฤติกรรมสุขภาพ	**97**	**73.50**	**25**	**18.90**	**9**	**6.88**	**2.92**	**0.264**
1. การบริโภคอาหาร	129	97.77	2	1.55	1	8.00	2.01	0.151
2. การออกกำลังกาย	36	27.33	93	70.55	3	2.33	1.75	0.484

ตัวแปรอิสระ	ระดับคะแนน						Mean	S.D.
	สูง		ปานกลาง		ต่ำ			
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ		
3. การจัดการอารมณ์	2	1.55	120	90.99	2	1.55	2.06	0.296
4. การไม่สูบบุหรี่/ไม่ดื่มสุรา	132	100.00	-	-	-	-	3.00	0.000
5. การป้องกันภาวะแทรกซ้อน	78	59.10	39	29.55	15	11.40	1.81	0.535

จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพมี ความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (r=0.05, P-value=0.914) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 สัมประสิทธ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพ ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

ตัวแปรอิสระ	พฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวาน		
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (r)	P-value	ระดับความสัมพันธ์
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	**0.914**	**<0.001**	**มีความสัมพันธ์ทางบวก**
1.ด้านการเข้าถึงข้อมูลบริการสุขภาพ	0.214	<0.001	มีความสัมพันธ์ทางบวก
2.ด้านการสื่อสารทางสุขภาพ	0.914	<0.001	มีความสัมพันธ์ทางบวก
3.ด้านการจัดการตนเอง	0.614	<0.001	มีความสัมพันธ์ทางบวก
4.ด้านการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ	0.799	<0.001	มีความสัมพันธ์ทางบวก
5.ด้านการตัดสินใจ	0.779	<0.001	มีความสัมพันธ์ทางบวก

การอภิปรายผล

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ประกอบด้วยการเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพและบริการสุขภาพ ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ การสื่อสารเพิ่มความเชี่ยวชาญทางสุขภาพ การจัดการตนเองให้มีความปลอดภัย การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคเบาหวาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r=9.14, P-value<0.001) ผลการวิจัยสอดคล้องกับงานวิจัยของ

ยวิษฐา สุขวาสนะ, อรพินท์ สีขาว, ทวีศักดิ์ กสิผล. (2565) พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับเพียงพอ (ร้อยละ 44.9)ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่2 มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่2 มีนัยสำคัญทางสถิติ(P-value<0.001) อธิบายได้ว่าผู้ป่วยเบาหวานที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่สูงขึ้นจะทำให้เกิดพฤติกรรมในการควบคุมระดับน้ำตาล สอดคล้องกับแนวคิดของ Nutbeam (2000) กล่าวว่า ความรู้ ความเข้าใจและทักษะทางสังคมที่กำหนดแรงจูงใจและความสามารถเฉพาะบุคคลในการเข้าถึง ทำความเข้าใจและใช้ข้อมูลเพื่อให้เกิดสุขภาพที่ดี รวมทั้งการพัฒนาความรู้และทำความเข้าใจในบริบทด้านสุขภาพ การเปลี่ยนแปลงทัศนคติและแรงจูงใจเพื่อก่อให้เกิดพฤติกรรมที่เหมาะสมด้วยตนเอง มีสมรรถนะของบุคคลที่สามารถเข้าถึง เข้าใจประเมินใช้ความรู้ และสื่อสารเกี่ยวกับสารสนเทศด้านสุขภาพตามต้องการ เพื่อส่งเสริมและรักษาสุขภาพที่ดีตลอดชีวิต ทักษะทางสังคมและการคิดวิเคราะห์ที่กำหนดแรงจูงใจและความสามารถของบุคคลในการเข้าถึงข้อมูล เข้าใจและใช้ข้อมูลเพื่อส่งเสริมและรักษาสุขภาพ

ด้านการเข้าถึงข้อมูลบริการสุขภาพ (Access skill) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคของผู้ป่วยเบาหวาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r=0.214, P-value<0.001 สามารถอธิบายเหตุผลว่าความสามารถในการเลือกแหล่งข้อมูลรู้วิธีการในการค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตนและตรวจสอบข้อมูลจากหลายแหล่งจนข้อมูลมีความน่าเชื่อถือ ซึ่งตรงกับแนวคิดของ Nutbeam (2000) จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลวิจัย พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานเขตตำบลรมณีย์ มีระดับความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง (87.12%) โดยผู้ป่วยโรคเบาหวานมีความรู้ด้านการเข้าถึงข้อมูลบริการสุขภาพ ในประเด็นต่างๆ ได้แก่ เมื่อท่านต้องการข้อมูลสุขภาพเกี่ยวกับการปฏิบัติตนตามหลัก 3อ. 2ส. ท่านสามารถเลือกแหล่งข้อมูลสุขภาพได้ทันที เมื่อต้องการข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพท่านสามารถค้นหาหรือเข้าถึงแหล่งข้อมูลได้ทันที ผลการวิจัยสอดคล้องกับงานวิจัยของ อดิเทพ ดารดาษ และคณะ (2565) ปณภัช ประสานวรกิจการ, อมรศักดิ์ โพธิ์อ่ำ พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการการบริโภคอาหาร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

ด้านการสื่อสารข้อมูลสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r=0.914, P-value<0.001) สามารถอธิบายเหตุผลว่า ความสามารถในการสื่อสารโดยการพูด อ่าน เขียน รวมทั้งสามารถสื่อสารและโน้มน้าวให้บุคคลอื่นเข้าใจและยอมรับข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตน ซึ่งตรงกับแนวคิดของ Nutbeam (2000) จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลวิจัย พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีทักษะการสื่อสารข้อมูลสุขภาพ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง (85.61%) โดยมีทักษะการสื่อสารข้อมูลสุขภาพ ในประเด็นต่างๆ ได้แก่

ท่านสามารถโน้มน้าวให้ผู้อื่นยอมรับข้อมูลการดูแลสุขภาพที่ถูกต้องได้ดี ท่านอ่านเองหรือฟังคำแนะนำการปฏิบัติตนตามหลัก 3อ2ส แล้วไม่เข้าใจท่านจะไปถามผู้รู้ทันที ผลการวิจัยสอดคล้องกับงานวิจัยของ อดิเทพ ดารดาษ และคณะ (2565) พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการการบริโภคอาหาร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ (P-value=0.001)

ด้านการจัดการตนเองด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r=0.516, P-value<0.001) สามารถอธิบายเหตุผลว่า ความสามารถในการกำหนดทางเลือกและปฏิเสธ/หลีกเลี่ยงหรือเลือกวิธีการปฏิบัติ ซึ่งตรงกับแนวคิดของ Nutbeam (2000 จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลวิจัย พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวาน มีทักษะการจัดการตนเองด้านสุขภาพ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง (85.61%) โดยมีทักษะการจัดการตนเองด้านสุขภาพ ในประเด็นต่างๆ ได้แก่ ท่านได้กำหนดเป้าหมายเรื่องการดูแลสุขภาพตนเอง เช่น การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ท่านได้วางแผนการดูแลสุขภาพภายในระยะเวลา 1-3 เดือน เช่น การออกกำลังกาย ผลการวิจัยสอดคล้องกับงานวิจัยของ นิชาภา เหมือนภาคและคณะ (2564) พบว่า การจัดการตนเองด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ (P-value=0.001)

ด้านการรู้เท่าทันสื่อด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r=0.527, P-value<0.001) สามารถอธิบายเหตุผลว่า ความสามารถในการตรวจสอบความถูกต้อง ความน่าเชื่อถือของข้อมูลที่สื่อนำเสนอและสามารถเปรียบเทียบวิธีการเลือก ซึ่งตรงกับแนวคิดของ Nutbeam (2000) จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลวิจัย พบว่า มีทักษะการจัดการตนเองด้านสุขภาพ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง (49.24%) โดยมีทักษะการรู้เท่าทันสื่อด้านสุขภาพในประเด็นต่างๆ ได้แก่ ท่านนำเนื้อหา/ข้อมูลที่สื่อนำเสนอเกี่ยวกับสุขภาพมาตรวจสอบกับผู้รู้ หรือตำราตลอด ผลการวิจัยสอดคล้องกับงานวิจัยของ นิปิ่นรุ้ง สุขเวศม์ และคณะ (2568) พบว่า การจัดการตนเองด้านการรู้เท่าทันสื่อมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางถึงสูงกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ (P-value=0.001)

ด้านการตัดสินใจด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r=0.568, P-value<0.001) สามารถอธิบายเหตุผลว่า ความสามารถในการกำหนดทางเลือกและปฏิเสธ/หลีกเลี่ยงหรือเลือกวิธีการปฏิบัติ โดยมีการใช้เหตุผลหรือวิเคราะห์ผลดี-ผลเสียเพื่อการปฏิเสธ/หลีกเลี่ยงพร้อมแสดงทางเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง ซึ่งตรงกับแนวคิดของ Nutbeam (2000 จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลวิจัย พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวาน มีทักษะการตัดสินใจด้านสุขภาพ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง (49.24%) โดยมีทักษะการตัดสินใจด้านสุขภาพ ในประเด็นต่างๆ เมื่อท่านไปงานเลี้ยงสังสรรค์ที่บ้านเพื่อนแล้วท่านจะปฏิเสธการ

รับประทานอาหารมัน ผลการวิจัยสอดคล้องกับงานวิจัยของ ธวัช จันแดง(2567) พบว่า การจัดการตนเองด้านการรู้เท่าทันสื่อมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางถึงสูงกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่(P-value=0.001)

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

บุคลากรทางสาธารณสุขควรนำผลการวิจัยไปใช้ในการวางแผนส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย โดยเน้นการพัฒนาความรู้และทัศนคติที่ถูกต้องเกี่ยวกับการดูแลตนเอง จัดโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพหรือกิจกรรมให้ความรู้ที่เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วย เพื่อเพิ่มความสามารถในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการสนับสนุนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย

เอกสารอ้างอิง

ธวัช จันแดง(2567) ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอเมือง จังหวัดนครพนม. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน, 9(4), 478–484. https://he03.tci-thaijo.org/index.php/ech/article/view/3082

นิชาภา เหมือนภาค และคณะ. (2564). แรงจูงใจที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านใหม่ อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน, 1(2), 6-12.

นิปิ่นรุ้ง สุขเวศม์ และคณะ. (2568). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านพุหวาย อำเภอด่านช้าง จังหวัดสุพรรณบุรี. วารสารวิชาการสาธารณสุข, 1(1), 4-15

ปณภัช ประสานวรกิจการ และอมรศักดิ์ โพธิ์อ่ำ. (2565). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ่อโพธิ์ อำเภอนครไทย จังหวัดพิษณุโลก. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี นอร์ทเทิร์น, 3(2). https://he03.tci-thaijo.org/index.php/scintc/article/view/3378/2430

ยวิษฐา สุขวาสนะ, อรพินท์ สีขาว และทวีศักดิ์ กสิผล. (2564). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลตนเองกับการการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2. ราชาวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์, 11(1), 52-65.

สมลักษณ์ เทพสุริยานนท์ และอุไรวรรณ ชัยชนะวิโรจน์. (2566). พฤติกรรมการควบคุมอาหารของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้และควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้. วารสารการพยาบาลและการศึกษา, 11(1), 32-49.

สมาพันธ์เบาหวานนานาชาติ (International Diabetes Federation: IDF). [แนวโน้มการระบาดของโรคเบาหวาน]. สืบค้นจาก https://diabetesatlas.org/

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพังงา. (2569). รายงานอัตราป่วยด้วยโรคเบาหวาน. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพังงา. https://hdc.moph.go.th/pna/public/

อดิเทพ ดารดาษ. (2566). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ในอำเภอเมืองพิษณุโลก จังหวัดพิษณุโลก [วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต]. มหาวิทยาลัยนเรศวร.

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

Cronbach. (1997). Essentials of Psychological Testing. New york: Harper and Row.

Daniel, W. W. (2010). Biostatistics: Basic concepts and methodology for the health sciences (9th ed.). John Wiley & Sons.

Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into health 21st century. Health Promotion International, 15(3), 259-267. https://doi.org/10.1093/heapro/15.3.259

Received: 5 May 2026 ; **Revised:** 15 May 2026
Accepted: 30 Jun 2026

การประเมินประสิทธิภาพและศักยภาพความยั่งยืนของระบบสุขภาพ อำเภองาว ในการลดปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

วสันต์ จันทร์ศักดิ์ [1]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินประสิทธิภาพของระบบสุขภาพอำเภองาวในการดำเนินงานลดปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง วิเคราะห์ศักยภาพความยั่งยืนของระบบสุขภาพ และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างประสิทธิภาพกับศักยภาพความยั่งยืนของระบบสุขภาพในการจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยใช้วิธีดำเนินการวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยบุคลากรสาธารณสุข และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในอำเภองาว จำนวน 353 คน และผู้ให้ข้อมูลสำคัญในการวิจัยเชิงคุณภาพ จำนวน 45 คน เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามที่มีค่าความเที่ยงตรง (IOC) ระหว่าง 0.67 - 1.00 และค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.92 ร่วมกับแบบสัมภาษณ์เชิงลึก วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการวิจัยพบว่า ประสิทธิภาพของระบบสุขภาพอำเภองาวในภาพรวมอยู่ในระดับมาก โดยมิติด้านผลผลิต (Output) และด้านกระบวนการ (Process) มีประสิทธิภาพโดดเด่นที่สุด อันเป็นผลมาจากความเข้มแข็งของกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) และการบูรณาการงานเชิงรุกที่ทำให้ประชาชนเข้าถึงการคัดกรองได้อย่างครอบคลุม สำหรับศักยภาพความยั่งยืนของระบบสุขภาพในภาพรวมพบว่าอยู่ในระดับมากเช่นกัน โดยเฉพาะมิติการมีส่วนร่วมที่แสดงถึงพลังของเครือข่ายภาคประชาชนและ อสม. ในพื้นที่อย่างชัดเจน อย่างไรก็ตาม มิติทรัพยากรด้านงบประมาณและกำลังคนยังคงเป็นข้อจำกัดที่อยู่ในระดับปานกลาง นอกจากนี้ ผลการทดสอบสมมติฐานพบว่า ประสิทธิภาพของระบบสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับศักยภาพความยั่งยืนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ในระดับสูง (r = .714) โดยมิติด้านกระบวนการมีความสัมพันธ์กับความยั่งยืนมากที่สุด (r = .782) งานวิจัยนี้จึงมีข้อเสนอแนะให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องผลักดันนโยบายพัฒนาภาวะผู้นำแบบสร้างเครือข่ายความร่วมมือเพื่อเป็นกลไกสำคัญในการรักษาความยั่งยืนของการจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในระดับอำเภอต่อไป

คำสำคัญ : ประสิทธิภาพระบบสุขภาพ, ความยั่งยืน, โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง, เครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ

[1] **นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภองาว จังหวัดลำปาง,** E-mail : sud_tae@hotmail.com

Factor associated with health behavior among Hypertension patients in Khok Pho District, Pattani Province.

Wasan Jansak [1]

ABSTRACT :

The objectives of this research were: 1) to evaluate the efficiency of the Ngao District Health System in reducing non-communicable disease (NCD) risk factors; 2) to analyze its sustainability potential; and 3) to examine the relationship between health system efficiency and sustainability potential in NCD management. This study employed a mixed-methods research design. The quantitative sample consisted of 353 health personnel and Village Health Volunteers (VHVs) in Ngao District, while 45 key informants participated in the qualitative phase. Data collection instruments included an in-depth interview guide and a questionnaire with an Index of Item-Objective Congruence (IOC) ranging from 0.67 to 1.00 and a Cronbach's alpha coefficient of 0.92. Data were analyzed using descriptive statistics (percentage, mean, and standard deviation) and inferential statistics (Pearson's Correlation Coefficient).

The results revealed that the overall efficiency of the Ngao District Health System was at a high level. The output and process dimensions demonstrated the most outstanding efficiency, driven by the robust mechanisms of the District Quality of Life Development Committee (DQLDC) and proactive integrated interventions that ensured comprehensive screening coverage. Regarding sustainability potential, the overall level was also found to be high, particularly in the participation dimension, reflecting the strong engagement of the community network and VHVs. However, resources—specifically budget and manpower-remained a moderate constraint. Furthermore, hypothesis testing indicated that health system efficiency had a significant positive correlation with sustainability potential at the .01 level, with a high degree of correlation (r = .714). The process dimension showed the strongest relationship with sustainability (r = .782). This research suggests that relevant agencies should promote policy development for collaborative leadership to serve as a vital mechanism for ensuring the long-term sustainability of NCD management at the district level.

Keywords: Health system efficiency, Sustainability, Non-communicable diseases (NCDs), District health network

[1] Public Health Technical Officer (Professional Level) Ngao District Public Health Office, Lampang Province, E-mail:sud_tae@hotmail.com

บทนำ

โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-communicable diseases: NCDs) ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด มะเร็ง และโรคระบบทางเดินหายใจเรื้อรัง เป็นสาเหตุการตายหลักของประชากรโลก และเป็นภาระทางเศรษฐกิจและสังคมที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ข้อมูลจากองค์การอนามัยโลกรายงานว่า โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-communicable diseases: NCDs) ก่อให้เกิดการเสียชีวิตมากกว่า 40 ล้านคนต่อปี คิดเป็นร้อยละ 70–75 ของการเสียชีวิตทั้งหมดทั่วโลก โดยส่วนใหญ่เกิดขึ้นในประเทศที่มีรายได้ระดับปานกลางและระดับต่ำ ซึ่งสะท้อนถึงความจำเป็นของมาตรการป้องกันและควบคุมที่มีประสิทธิภาพในระบบสุขภาพ (World Health Organization, 2024) การดำเนินการลดปัจจัยเสี่ยงสำคัญ เช่น การบริโภคที่ไม่เหมาะสม การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ และภาวะไม่มีกิจกรรมทางกาย จำเป็นต้องอาศัยระบบสุขภาพที่บูรณาการทั้งการกำกับนโยบาย การจัดบริการเชิงปฐมภูมิ การเฝ้าระวัง และการมีส่วนร่วมของชุมชน (World Health Organization, 2024)

ในประเทศไทย โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-communicable diseases: NCDs) เป็นภาระสุขภาพที่เด่นชัดและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น สถิติการตายและภาระโรคจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-communicable diseases: NCDs) ในประเทศแสดงให้เห็นถึงจำนวนผู้เสียชีวิตสูงและผลกระทบทางเศรษฐกิจของระบบบริการสุขภาพ และความท้าทายที่สำคัญคือการบูรณาการมาตรการหลายมิติทั้งระดับนโยบายและระดับพื้นที่เพื่อป้องกันการเกิดและลดภาระโรค (Nation Thailand, 2025; Trade.gov, 2025) ปี พ.ศ. 2565–2567 กระทรวงสาธารณสุขได้ให้ความสำคัญอย่างยิ่งต่อการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-communicable diseases: NCDs) ผ่านการกำหนดนโยบายและยุทธศาสตร์เชิงบูรณาการที่สอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ชาติด้านสาธารณสุขและแผนปฏิบัติการระดับชาติ โดยมุ่งเน้นการสร้างระบบสุขภาพที่เข้มแข็ง ครอบคลุมการเฝ้าระวังปัจจัยเสี่ยง การจัดบริการสุขภาพแบบครบวงจร การพัฒนาศักยภาพบุคลากร และการบูรณาการภาคีเครือข่ายทั้งในระดับชุมชน ท้องถิ่น และอำเภอ การเชื่อมโยงนโยบายเหล่านี้ลงสู่การปฏิบัติทำให้สามารถวางกลไก การดำเนินงานที่ชัดเจน เช่น การจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ การจัดคลินิกเฉพาะโรคเรื้อรัง การติดตามผู้ป่วย ในชุมชน และการประเมินผลด้านคุณภาพชีวิตและผลลัพธ์ทางสุขภาพของประชาชน นอกจากนี้ การใช้ข้อมูลเชิงระบบและเทคโนโลยีสารสนเทศสนับสนุนการตัดสินใจ ยังช่วยให้เกิดการติดตามผลและปรับปรุงกลยุทธ์อย่างต่อเนื่อง การบูรณาการยุทธศาสตร์และนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขลงสู่การปฏิบัติระดับอำเภอจึงมีความสำคัญต่อการสร้างระบบสุขภาพที่มีประสิทธิภาพและยั่งยืนในการลดปัจจัยเสี่ยงและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในประชากรทุกกลุ่มอย่างเป็นรูปธรรม (กระทรวงสาธารณสุข, 2567)

เขตสุขภาพที่ 1 ได้มีการพัฒนาระบบบริการ การดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-communicable diseases: NCDs) เช่น การประเมินคุณภาพคลินิก NCDs ของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 1 โดยใช้เกณฑ์การประเมินมาตรฐาน NCD Clinic Plus และการขยายระบบการดูแลร่วมระหว่างสถานบริการต่าง ๆ จากรายงานผลการประเมินคุณภาพคลินิก NCDs ยังเห็นถึงความแตกต่างของความพร้อมและคุณภาพการจัดบริการระหว่างพื้นที่ เห็นถึงช่องว่างในการบูรณาการข้อมูล การจัดสรรทรัพยากร และมาตรการติดตามประเมินผลที่อาจยังไม่ทั่วถึง (นพพร ศรีผัด และคณะ, 2563) จำเป็นต้องมีการวิเคราะห์กลไกการบริหารจัดการ และการวัดประสิทธิภาพควบคู่กับการประเมินศักยภาพความยั่งยืนของมาตรการในระดับอำเภอเพื่อปิดช่องว่างดังกล่าว ในจังหวัดลำปางเผชิญกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-communicable diseases: NCDs) ที่มีลักษณะของพื้นที่ทั้งพื้นที่ราบในเมือง ในชุมชน และพื้นที่สูงชนกลุ่มน้อย ทั้งในด้านโครงสร้างประชากรที่เริ่มมีวัยสูงขึ้นและบริบทวิถีชีวิตที่ส่งผลต่อปัจจัยเสี่ยง ท้องถิ่นได้พยายามขับเคลื่อนกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผ่านโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และเครือข่ายภาคี แต่ยังคงมีความต้องการข้อมูลเชิงระบบเพื่อประเมินว่าโครงสร้างการบริหารจัดการระดับอำเภอสามารถดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพและมีศักยภาพคงอยู่ในระยะยาวหรือไม่ ข้อมูลจากระบบคลังข้อมูลกระทรวงสาธารณสุข (HDC) ชี้ให้เห็นถึงความหลากหลายของความพร้อมด้านข้อมูลและบริการระหว่างอำเภอ ซึ่งจำเป็นต้องมีการประเมินเชิงระบบเพื่อให้ได้ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายที่สอดคล้องกับบริบทจังหวัด

สถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-communicable diseases: NCDs) อำเภองาว ในปี 2565-2567 พบร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ร้อยละ 26.96, 30.38 และ 34.62ตามลำดับ ร้อยละผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตได้ดีเพิ่มขึ้น ร้อยละ 59.41, 62.65 และ 63.10 ตามลำดับ สำหรับพื้นที่อำเภองาว ซึ่งเป็นกรณีศึกษาโครงการวิจัย มีการดำเนินงานด้านโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-communicable diseases: NCDs) ในรูปแบบเครือข่ายที่รวมหน่วยบริการสาธารณสุข องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยพบว่าการดำเนินโครงการที่ใช้ภาคีเครือข่ายเพื่อเพิ่มความรอบรู้และเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน เช่น โครงการโค้ชสุขภาพโดยเครือข่ายให้ผลเชิงบวกต่อพฤติกรรมสุขภาพของชุมชน (ธัญญลักษณ์ วงศ์มณี, 2567) และถึงแม้การดำเนินงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-communicable diseases: NCDs) ของอำเภองาวจะมีแนวโน้มอัตราการควบคุมระดับน้ำตาลและระดับความดันโลหิตดีขึ้น แต่ก็ยังขาดการประเมินอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับประสิทธิภาพโดยรวมและศักยภาพความยั่งยืน เมื่อพิจารณาจากมิติ ปัจจัยนำเข้า (input) กระบวนการ (process) ผลผลิต (output) และผลลัพธ์ (outcome) การศึกษาระบบสุขภาพอำเภองาวจึงจำเป็นเพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงประจักษ์ที่จะบริหารจัดการ

การจัดสรรทรัพยากร การออกแบบกลไกการติดตาม และแนวทางการบูรณาการบริการที่สามารถรักษาผลลัพธ์เชิงบวกไว้อย่างยั่งยืนในบริบทพื้นที่จริง

ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะทำการวิจัยเรื่อง “การประเมินประสิทธิภาพและศักยภาพความยั่งยืนของระบบสุขภาพอำเภองาวในการลดปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง” เพราะมีความสำคัญและมีคุณค่าทั้งเชิงวิชาการและการปฏิบัติ โดยศึกษาข้อมูลเชิงระบบที่จำเป็นต่อการออกแบบนโยบายระดับอำเภอและจังหวัด เพื่อเพิ่มประสิทธิผลของการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-communicable diseases: NCDs) ลดภาระโรค และพัฒนากลไกการทำงานที่ยั่งยืน ซึ่งสอดคล้องกับเป้าหมายการพัฒนาสุขภาพระดับชาติในการตอบโจทย์วิกฤตโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-communicable diseases: NCDs) ซึ่งงานวิจัยฉบับนี้คาดว่าจะให้ข้อเสนอ เชิงนโยบายที่ปฏิบัติได้จริงสำหรับหน่วยงาน เพื่อขับเคลื่อนระบบสุขภาพอำเภอให้มีความเข้มแข็งและยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อประเมินประสิทธิภาพของระบบสุขภาพอำเภองาวในการดำเนินงานลดปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
2. เพื่อวิเคราะห์ศักยภาพความยั่งยืนของระบบสุขภาพอำเภองาวในการจัดการและลดปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างประสิทธิภาพของระบบสุขภาพกับศักยภาพความยั่งยืนในการลดปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของอำเภองาว

สมมติฐานการวิจัย

ประสิทธิภาพของระบบสุขภาพอำเภองาว (ด้านปัจจัยนำเข้าและด้านกระบวนการ) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับศักยภาพความยั่งยืนในการลดปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การประเมินประสิทธิภาพและศักยภาพความยั่งยืนของระบบสุขภาพอำเภองาว
ในการลดปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง



วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการวิจัยแบบระเบียบวิธีวิจัยแบบผสานวิธี (Mixed Methods Research) เพื่อประเมินประสิทธิภาพและศักยภาพความยั่งยืนของระบบสุขภาพ อำเภองาวในการลดปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

ประชากรศึกษาและกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ศึกษาในกลุ่มประชากรที่เกี่ยวข้องกับระบบสุขภาพอำเภองาว ครอบคลุมทั้งผู้บริหาร บุคลากรสาธารณสุขระดับอำเภอและตำบล เจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยใช้วิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบผสานวิธี แบ่งเป็น

1) กลุ่มตัวอย่างเชิงปริมาณ จำนวน 353 คน ซึ่งได้มาจากการคำนวณตามสูตรของ Yamane จากประชากรทั้งหมด 1,619 คน โดยใช้วิธีสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นตามสัดส่วน (Proportional Stratified Sampling) และสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) ในขั้นตอนสุดท้าย และ

2) กลุ่มตัวอย่างเชิงคุณภาพ จำนวน 45 คน ซึ่งคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จากผู้มีบทบาทสำคัญในการบริหารและขับเคลื่อนงานสุขภาพในพื้นที่ ทั้งนี้ผู้เข้าร่วมวิจัยต้องผ่านเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria) คือเป็นผู้ปฏิบัติงานหรือมีประสบการณ์ในพื้นที่ไม่น้อยกว่า 1 ปี และให้ความยินยอมเข้าร่วมวิจัยโดยสมัครใจ โดยคัดออกผู้ที่มีข้อจำกัดด้านการสื่อสารหรือปัญหาสุขภาพที่ไม่เอื้อต่อการให้ข้อมูล เพื่อให้ได้ข้อมูลที่สมบูรณ์และน่าเชื่อถือที่สุดสำหรับการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ แบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดการวิจัยและทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1. แบบสอบถาม แบ่งออกเป็น 4 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพ บทบาท/หน่วยงานที่สังกัด และประสบการณ์ทำงาน/การรับบริการที่เกี่ยวข้อง

ส่วนที่ 2 การประเมินประสิทธิภาพของระบบสุขภาพ ประเมินใน 4 มิติ คือ ปัจจัยนำเข้า (Input) กระบวนการ (Process) ผลผลิต (Output) และผลลัพธ์ (Outcome) รวม 20 ข้อ โดยใช้มาตราส่วนประมาณค่าแบบลิเคิร์ท 5 ระดับ

ส่วนที่ 3 การประเมินศักยภาพความยั่งยืนของระบบสุขภาพ ครอบคลุม 5 มิติ ได้แก่ 1) การบริหารจัดการ (Management) 2) ทรัพยากร (Resources) 3) การมีส่วนร่วม (Participation) 4) การปรับตัว (Adaptability) และ 5) ผลลัพธ์ระยะยาว (Sustainability Outcome) รวม 25 ข้อ โดยใช้มาตราส่วนประมาณค่าแบบลิเคิร์ท 5 ระดับ

ส่วนที่ 4 ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม เป็นคำถามปลายเปิด เพื่อให้ผู้ตอบเสนอความคิดเห็นหรือข้อเสนอแนะ ที่เป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภองาว

2. แบบสัมภาษณ์

เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ คือ แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดการวิจัย เพื่อให้ครอบคลุมทั้งมิติประสิทธิภาพของระบบสุขภาพ (Input, Process, Output และ Outcome) และมิติศักยภาพความยั่งยืน (Management, Resources, Participation, Adaptability, Sustainability Outcome) แนวคำถามแบ่งออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล

- ตำแหน่ง บทบาท และประสบการณ์การทำงานด้านระบบสุขภาพอำเภองาว

2. การประเมินประสิทธิภาพของระบบสุขภาพ

- ความเพียงพอของนโยบาย บุคลากร งบประมาณ เครื่องมือ และข้อมูลสารสนเทศ (Input)
- กระบวนการจัดบริการสุขภาพ การเฝ้าระวังปัจจัยเสี่ยง การบูรณาการภาคี และการมีส่วนร่วมของประชาชน (Process)
- ผลผลิตของกิจกรรมและโครงการ เช่น ความครอบคลุม คุณภาพ และการเข้าถึง (Output)
- ผลลัพธ์ด้านสุขภาพ เช่น การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ อัตราการควบคุมโรค และภาระโรค (Outcome)

3. การประเมินศักยภาพความยั่งยืนของระบบสุขภาพ

- กลไกการบริหารจัดการและภาวะผู้นำในพื้นที่ (Management)
- ความเพียงพอและการใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่า (Resources)
- การมีส่วนร่วมของหน่วยบริการสุขภาพ อปท. อสม. ชุมชน และภาคีเครือข่าย (Participation)

- ความสามารถในการปรับตัวต่อสถานการณ์ใหม่ ๆ และการเปลี่ยนแปลง (Adaptability)

- ผลลัพธ์เชิงบวกที่ยั่งยืนและโอกาสการเป็นต้นแบบในอนาคต (Sustainability Outcome)

4. ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม

- ปัจจัยแห่งความสำเร็จ อุปสรรคสำคัญ และข้อเสนอแนะเพื่อพัฒนาระบบสุขภาพอำเภองาว ให้มีประสิทธิภาพและยั่งยืนมากยิ่งขึ้น

การสัมภาษณ์ใช้ลักษณะกึ่งโครงสร้าง (Semi-structured) เพื่อเปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนประสบการณ์และความคิดเห็นได้อย่างลึกซึ้งและยืดหยุ่นตามบริบท โดยผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการสัมภาษณ์ บันทึกข้อมูลด้วยการจดบันทึกและการบันทึกเสียง (เมื่อได้รับความยินยอมจากผู้ให้ข้อมูล) เพื่อนำข้อมูลไปวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) ต่อไป (Patton, 2015; Creswell & Poth, 2018)

การวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ซึ่งแบ่งขั้นตอนการวิเคราะห์ตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถามใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ (Frequency) และค่าร้อยละ (Percentage)

2. การวิเคราะห์ประสิทธิภาพและศักยภาพความยั่งยืนของระบบสุขภาพ ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)

3. การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร ผู้วิจัยใช้ สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) เพื่อทดสอบสมมติฐานหาความสัมพันธ์ระหว่างประสิทธิภาพของระบบสุขภาพ (ตัวแปรอิสระ) กับศักยภาพความยั่งยืน (ตัวแปรตาม) โดยใช้ ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Correlation Coefficient: r) โดยมีเกณฑ์ในการแปลความหมายระดับความสัมพันธ์ (Hinkle, 1998) ดังนี้

ค่า r อยู่ระหว่าง .90 ถึง 1.00 หมายถึง มีความสัมพันธ์กันในระดับสูงมาก

ค่า r อยู่ระหว่าง .70 ถึง .89 หมายถึง มีความสัมพันธ์กันในระดับสูง

ค่า r อยู่ระหว่าง .50 ถึง .69 หมายถึง มีความสัมพันธ์กันในระดับปานกลาง

ค่า r อยู่ระหว่าง .30 ถึง .49 หมายถึง มีความสัมพันธ์กันในระดับต่ำ

ค่า r อยู่ระหว่าง .00 ถึง .29 หมายถึง มีความสัมพันธ์กันในระดับต่ำมาก

4. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์และข้อเสนอแนะปลายเปิด ผู้วิจัยใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) และการสร้างข้อสรุปแบบอุปนัยเพื่อนำมาสนับสนุนผลการวิจัยเชิงปริมาณ

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง เอกสารรับรองเลขที่ E2568-087 รับรองเมื่อวันที่ 19 ธันวาคม 2568

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็น เพศหญิง จำนวน 238 คน คิดเป็นร้อยละ 67.42 เมื่อพิจารณาด้านอายุ พบว่าส่วนใหญ่มี อายุระหว่าง 51 – 60 ปี มากที่สุด จำนวน 110 คน คิดเป็นร้อยละ 31.16 รองลงมาคือ ช่วงอายุ 41 - 50 ปี จำนวน 95 คน คิดเป็นร้อยละ 26.91 และช่วงอายุ 30 - 40 ปี จำนวน 65 คน คิดเป็นร้อยละ 18.41 ตามลำดับ โดยส่วนใหญ่มีสถานภาพ สมรส จำนวน 260 คน คิดเป็นร้อยละ 73.65 ในด้านบทบาทและหน่วยงานที่สังกัดพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็น กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และผู้รับบริการกลุ่มเสี่ยง จำนวน 288 คน คิดเป็นร้อยละ 81.58 รองลงมาคือ บุคลากรโรงพยาบาลงาว จำนวน 43 คน (ร้อยละ 12.18) และ บุคลากร รพ.สต. จำนวน 20 คน (ร้อยละ 5.67) สำหรับประสบการณ์การทำงานหรือการรับบริการ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีประสบการณ์ มากกว่า 10 ปี จำนวน 223 คน คิดเป็นร้อยละ 63.17

ส่วนที่ 2: ผลการประเมินประสิทธิภาพของระบบสุขภาพอำเภองาว

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานการประเมินประสิทธิภาพ ด้านปัจจัยนำเข้า (n = 353)

ด้านปัจจัยนำเข้า (Input)	$\bar{x}$	S.D.	ระดับประสิทธิภาพ
1. นโยบายและยุทธศาสตร์สุขภาพของอำเภองาว มีความชัดเจนและสอดคล้องกับนโยบายและยุทธศาสตร์ของกระทรวงสาธารณสุข	4.25	0.62	มาก
2. บุคลากรสาธารณสุขมีจำนวนเพียงพอและมีความรู้ความสามารถตามภารกิจ	3.40	0.85	ปานกลาง
3. งบประมาณที่จัดสรรเพียงพอและครอบคลุมกิจกรรม	3.25	0.78	ปานกลาง

ด้านปัจจัยนำเข้า (Input)	$\bar{x}$	S.D.	ระดับประสิทธิภาพ
ลดปัจจัยเสี่ยง NCDs			
4. เครื่องมือ วัสดุ อุปกรณ์ และเทคโนโลยีที่ใช้ในการดำเนินงานมีความพร้อม	3.80	0.71	มาก
5. ระบบข้อมูลสารสนเทศมีความถูกต้อง ทันสมัย และสนับสนุนการตัดสินใจเชิงนโยบาย	3.95	0.65	มาก
รวมด้านปัจจัยนำเข้า	**3.73**	**0.72**	**มาก**

จากตารางที่ 1 พบว่าประสิทธิภาพของระบบสุขภาพอำเภองาว ในด้านปัจจัยนำเข้า (Input) โดยรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ นโยบายและยุทธศาสตร์สุขภาพของอำเภองาวมีความชัดเจนและสอดคล้องกับนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข ($\bar{x}$ = 4.25, S.D. = 0.62) อยู่ในระดับมาก ด้านระบบข้อมูลและเครื่องมือ ระบบข้อมูลสารสนเทศมีความถูกต้อง ทันสมัย ($\bar{x}$ = 3.95, S.D. = 0.65) และ ความพร้อมของเครื่องมือ วัสดุอุปกรณ์ และเทคโนโลยี ($\bar{x}$ = 3.80, S.D. = 0.71) ทั้ง 2 ข้อนี้อยู่ในระดับมาก ด้านที่ควรพัฒนา มี 2 ข้อ ที่อยู่ในระดับปานกลาง คือ ด้านบุคลากรสาธารณสุข ($\bar{x}$ = 3.40, S.D. = 0.685) และด้านงบประมาณที่จัดสรร ($\bar{x}$ = 3.25, S.D. = 0.78)

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานการประเมินประสิทธิภาพ ด้านกระบวนการ (n = 353)

ด้านกระบวนการ (Process)	$\bar{x}$	S.D.	ระดับประสิทธิภาพ
1. มีกิจกรรมหรือโครงการด้านสุขภาพที่ชัดเจนและดำเนินการได้ตามแผน	4.10	0.58	มาก
2. ประชาชนเข้าถึงบริการด้านการป้องกันและควบคุมโรค NCDs ได้สะดวก	3.85	0.69	มาก
3. การดำเนินกิจกรรมสามารถครอบคลุม กลุ่มเสี่ยง/กลุ่มเป้าหมายได้ทั่วถึง	4.05	0.61	มาก
4. คุณภาพของกิจกรรมและบริการที่จัดขึ้นตรงตามความต้องการของประชาชน	3.90	0.65	มาก

ด้านกระบวนการ (Process)	$\bar{x}$	S.D.	ระดับประสิทธิภาพ
5. จำนวนกิจกรรมและโครงการที่จัดขึ้นเพียงพอต่อการแก้ไขปัญหาในพื้นที่	3.75	0.74	มาก
รวมด้านกระบวนการ	**3.93**	**0.67**	**มาก**

จากตารางที่ 2 พบว่าประสิทธิภาพของระบบสุขภาพอำเภองาว ในด้านกระบวนการ (Process) โดยรวมอยู่ในระดับ มาก ($\bar{x}$ = 3.93, S.D. = 0.67) เมื่อพิจารณาจำแนกตามรายข้อพบว่าทุกข้ออยู่ในระดับ มาก โดยมีด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ มีกิจกรรมหรือโครงการด้านสุขภาพที่ชัดเจนและดำเนินการได้ตามแผน ($\bar{x}$ = 4.10, S.D. = 0.58) รองลงมาคือด้านความครอบคลุมและคุณภาพ การดำเนินกิจกรรมสามารถครอบคลุมกลุ่มเสี่ยง/กลุ่มเป้าหมายได้ทั่วถึง ($\bar{x}$ = 4.05, S.D. = 0.61) และ คุณภาพของกิจกรรมและบริการที่จัดขึ้นตรงตามความต้องการของประชาชน ($\bar{x}$ = 3.90, S.D. = 0.65) ด้านการเข้าถึงและปริมาณกิจกรรม ประชาชนเข้าถึงบริการด้านการป้องกันและควบคุมโรค NCDs ได้สะดวก ($\bar{x}$ = 3.85, S.D. = 0.69) และจำนวนกิจกรรมและโครงการที่จัดขึ้นเพียงพอต่อการแก้ไขปัญหาในพื้นที่ ($\bar{x}$ = 3.75, S.D. = 0.74)

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานการประเมินประสิทธิภาพ ด้านผลผลิต (n = 353)

ด้านผลผลิต (Output)	$\bar{x}$	S.D.	ระดับประสิทธิภาพ
1. มีกิจกรรมหรือโครงการด้านสุขภาพที่ชัดเจนและดำเนินการได้ตามแผน	3.90	0.70	มาก
2. ประชาชนเข้าถึงบริการด้านการป้องกันและควบคุมโรค NCDs ได้สะดวก	4.20	0.62	มาก
3. การดำเนินกิจกรรมสามารถครอบคลุม กลุ่มเสี่ยง/กลุ่มเป้าหมายได้ทั่วถึง	4.15	0.55	มาก
4. คุณภาพของกิจกรรมและบริการที่จัดขึ้นตรงตามความต้องการของประชาชน	4.00	0.68	มาก
5. จำนวนกิจกรรมและโครงการที่จัดขึ้นเพียงพอต่อการแก้ไขปัญหาในพื้นที่	3.85	0.72	มาก
รวมด้านผลผลิต	**4.02**	**0.65**	**มาก**

จากตารางที่ 3 พบว่าประสิทธิภาพของระบบสุขภาพอำเภองาว ในด้านผลผลิต (Output) โดยรวมอยู่ในระดับ มาก ($\bar{x}$ = 4.02, S.D. = 0.65) เมื่อพิจารณาจำแนกตามรายข้อพบว่าทุกข้ออยู่ในระดับ มาก โดยมี ด้านที่มี

ค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ประชาชนเข้าถึงบริการด้านการป้องกันและควบคุมโรค NCDs ได้สะดวก ($\bar{X}$ = 4.20, S.D. = 0.62) ด้านความครอบคลุมและคุณภาพ การดำเนินกิจกรรมสามารถครอบคลุมกลุ่มเสี่ยง/กลุ่มเป้าหมายได้ทั่วถึง ($\bar{X}$ = 4.15, S.D. = 0.55) และ คุณภาพของกิจกรรมและบริการที่จัดขึ้นตรงตามความต้องการของประชาชน ($\bar{X}$ = 4.00, S.D. = 0.68) ด้านแผนงานและปริมาณผลผลิต มีกิจกรรมหรือโครงการด้านสุขภาพที่ชัดเจนและดำเนินการได้ตามแผน ($\bar{X}$ = 3.90, S.D. = 0.70) และ จำนวนกิจกรรมและโครงการที่จัดขึ้นเพียงพอต่อการแก้ไขปัญหาในพื้นที่ ($\bar{X}$ = 3.85, S.D. = 0.72)

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานการประเมินประสิทธิภาพ ด้านผลลัพธ์ (n = 353)

ด้านผลลัพธ์ (Outcome)	$\bar{X}$	S.D.	**ระดับประสิทธิภาพ**
1. ประชาชนมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการป้องกันโรค NCDs มากขึ้น	4.05	0.60	มาก
2. ประชาชนปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (การกิน ออกกำลังกาย ไม่สูบบุหรี่/ดื่มสุรา) ดีขึ้น	3.65	0.79	มาก
3. อัตราการควบคุมระดับน้ำตาลในผู้ป่วยเบาหวานของอำเภองาวมีแนวโน้มดีขึ้น	4.10	0.58	มาก
4. อัตราการควบคุมความดันโลหิตในผู้ป่วยมีแนวโน้มดีขึ้น	4.20	0.55	มาก
5. ภาระโรค NCDs ของประชาชนในพื้นที่ลดลงอย่างเห็นได้ชัด	3.80	0.73	มาก
รวมด้านผลลัพธ์	**3.96**	**0.68**	**มาก**

จากตารางที่ 4 พบว่าประสิทธิภาพของระบบสุขภาพอำเภองาว ในด้านผลลัพธ์ (Outcome) โดยรวมอยู่ในระดับ มาก ($\bar{X}$ = 3.96, S.D. = 0.68) เมื่อพิจารณาจำแนกตามรายข้อพบว่าทุกข้ออยู่ในระดับ มาก โดยมีด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ อัตราการควบคุมความดันโลหิตในผู้ป่วยมีแนวโน้มดีขึ้น ($\bar{X}$ = 4.20, S.D. = 0.55) รองลงมา คือ อัตราการควบคุมระดับน้ำตาลในผู้ป่วยเบาหวานมีแนวโน้มดีขึ้น ($\bar{X}$ = 4.10, S.D. = 0.58) ด้านความรู้ความเข้าใจ ประชาชนมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการป้องกันโรค NCDs มากขึ้น ($\bar{X}$ = 4.05, S.D. = 0.60) ด้านพฤติกรรมและภาระโรค การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน ($\bar{X}$ = 3.65, S.D. = 0.79) และภาระโรค NCDs ในพื้นที่ลดลง ($\bar{X}$ = 3.80, S.D. = 0.73)

ส่วนที่ 3: ผลการวิเคราะห์ศักยภาพความยั่งยืนของระบบสุขภาพอำเภองาว

มิติการบริหารจัดการ (Management) พบว่าในภาพรวมอยู่ในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.15 (S.D. = 0.60) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่าทุกข้อมีระดับศักยภาพอยู่ในระดับมากเช่นเดียวกัน โดยด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ การที่ระบบสุขภาพอำเภองาวมีการกำหนด แผนงานหรือโครงการด้านการลดปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) อย่างชัดเจน ($\bar{X}$ = 4.25, S.D. = 0.58) รองลงมาคือการมีคณะกรรมการหรือคณะทำงานระดับอำเภอที่ทำหน้าที่กำกับทิศทางและตรวจสอบการดำเนินงานอย่างเป็นรูปธรรม ($\bar{X}$ = 4.20, S.D. = 0.55) และการที่ผู้บริหารรวมถึงผู้เกี่ยวข้องมีความเป็นผู้นำและมีความมุ่งมั่นต่อการแก้ไขปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอย่างจริงจัง ($\bar{X}$ = 4.15, S.D. = 0.60) สำหรับการติดตามและประเมินผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องเป็นระบบ ($\bar{X}$ = 4.10, S.D. = 0.62) และประสิทธิภาพในการสื่อสารนโยบายรวมถึงแนวทางปฏิบัติจากระดับผู้บริหารไปสู่ระดับปฏิบัติการ ($\bar{X}$ = 4.05, S.D. = 0.65) แม้จะมีค่าเฉลี่ยอยู่ในลำดับรองลงมาแต่ยังคงอยู่ในเกณฑ์ระดับมาก

มิติทรัพยากร (Resources) พบว่าในภาพรวมมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.45 (S.D. = 0.78) ซึ่งจัดอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณารายข้อพบว่าข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดและอยู่ในระดับมากคือ บุคลากรมีความรู้ ทักษะ และได้รับการพัฒนาศักยภาพอย่างต่อเนื่อง ($\bar{X}$ = 3.85, S.D. = 0.68) รองลงมาคือ อุปกรณ์ เครื่องมือ และเทคโนโลยีสนับสนุนการทำงานมีคุณภาพและใช้งานได้จริง ($\bar{X}$ = 3.65, S.D. = 0.72) และพบว่ามี 3 ประเด็นที่อยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่ ความเพียงพอของบุคลากรสาธารณสุขในการดำเนินกิจกรรม ($\bar{X}$ = 3.30, S.D. = 0.85) และการจัดสรรทรัพยากรที่เหมาะสมรวมถึงการใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่า ($\bar{X}$ = 3.30, S.D. = 0.83) โดยข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุดในตารางนี้คือ งบประมาณสนับสนุนการดำเนินงานมีความต่อเนื่องและเพียงพอ ($\bar{X}$ = 3.15, S.D. = 0.82)

มิติการมีส่วนร่วม (Participation) พบว่าในภาพรวมมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.31 (S.D. = 0.55) ซึ่งจัดอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณารายข้อพบว่าทุกข้อ มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก โดยรายการที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดคือ อสม. และแกนนำชุมชนมีบทบาทสำคัญในการรณรงค์และขับเคลื่อนงานสุขภาพ ($\bar{X}$ = 4.45, S.D. = 0.52) รองลงมาคือหน่วยบริการสุขภาพ (รพช., รพ.สต.) ร่วมมือกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอย่างใกล้ชิด ($\bar{X}$ = 4.40, S.D. = 0.50) และประชาชนทั่วไปให้ความร่วมมือและเข้าร่วมกิจกรรมสุขภาพในชุมชน ($\bar{X}$ = 4.30, S.D. = 0.54) ตามลำดับ ในส่วนของภาคีเครือข่ายอื่น ๆ เช่น โรงเรียน วัด ชุมชน ที่ร่วมสนับสนุนกิจกรรมลดปัจจัยเสี่ยง NCDs ($\bar{X}$ = 4.25, S.D. = 0.58) และการมีส่วนสนับสนุนจากภาคเอกชนหรือผู้ประกอบการในพื้นที่ ($\bar{X}$ = 4.15, S.D. = 0.63)

มิติการปรับตัว (Adaptability) พบว่าในภาพรวมมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.91 (S.D. = 0.66) ซึ่งจัดอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณารายข้อพบว่าทุกข้อมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก โดยรายการที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดคือ บุคลากรมี

ความสามารถในการทำงานเชิงรุกเมื่อเกิดโรคอุบัติใหม่หรือปัญหาเร่งด่วน ($\bar{X}$ = 4.05, S.D. = 0.58) รองลงมาคือ กิจกรรมและโครงการสุขภาพถูกปรับให้เหมาะสมกับวิถีชีวิตและวัฒนธรรมของชุมชน ($\bar{X}$ = 4.00, S.D. = 0.65) และระบบสุขภาพอำเภองาวสามารถปรับแผนงานตามสถานการณ์ได้อย่างรวดเร็ว ($\bar{X}$ = 3.90, S.D. = 0.65) ในส่วนของการนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาใช้สนับสนุนงานเฝ้าระวังและส่งเสริมสุขภาพ ($\bar{X}$ = 3.85, S.D. = 0.70) และการมีกลไกในการปรับตัวเมื่อต้องเผชิญข้อจำกัดด้านงบประมาณหรือบุคลากร ($\bar{X}$ = 3.75, S.D. = 0.72)

มิติผลลัพธ์ระยะยาว (Sustainability Outcome) พบว่าในภาพรวมมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.05 (S.D. = 0.61) ซึ่งจัดอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณารายข้อพบว่าทุกรายการมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก โดยรายการที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด คือ ผลการดำเนินงานด้านสุขภาพของอำเภองาวสามารถเป็นต้นแบบให้พื้นที่อื่นได้ ($\bar{X}$ = 4.20, S.D. = 0.52) รองลงมา คือ ระบบสุขภาพอำเภองาวมีแนวโน้มคงอยู่และเข้มแข็งต่อเนื่องในอนาคต ($\bar{X}$ = 4.15, S.D. = 0.55) และผลลัพธ์ของโครงการด้านสุขภาพส่งผลเชิงบวกต่อคุณภาพชีวิตประชาชนในระยะยาว ($\bar{X}$ = 4.10, S.D. = 0.58) ตามลำดับในส่วนของความต่อเนื่องของโครงการและกิจกรรมสุขภาพแม้จะมีการเปลี่ยนแปลงผู้บริหาร ($\bar{X}$ = 3.95, S.D. = 0.68) และการที่พฤติกรรมสุขภาพที่ดีของประชาชนสามารถคงอยู่และถ่ายทอดสู่คน รุ่นต่อไปได้ ($\bar{X}$ = 3.85, S.D. = 0.72)

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้านศักยภาพความยั่งยืนของระบบสุขภาพอำเภองาว

ผู้วิจัยได้ทำการสังเคราะห์ประเด็นจากการสัมภาษณ์เชิงลึกและสนทนากลุ่ม เพื่อสะท้อนถึงศักยภาพความยั่งยืนใน 5 มิติหลัก ดังนี้

1) กลไกการบริหารจัดการและภาวะผู้นำ (Management)

2) ความเพียงพอและการใช้ทรัพยากร (Resources)

3) การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายและชุมชน (Participation)

4) ความสามารถในการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลง (Adaptability)

5) ผลลัพธ์เชิงบวกและความต่อเนื่อง (Sustainability Outcome)

จากการวิเคราะห์เชิงคุณภาพ พบว่าศักยภาพความยั่งยืนของระบบสุขภาพอำเภองาวไม่ได้พึ่งเพียงแค่งบประมาณจากส่วนกลางเป็นหลัก (ซึ่งเป็นจุดที่อ่อนที่สุด) แต่กลับพึ่ง "ทุนทางสังคม" คือการมีส่วนร่วมที่เข้มแข็งและภาวะผู้นำเชิงรุก เป็นตัวขับเคลื่อนสำคัญที่ทำให้ผลลัพธ์การลดปัจจัยเสี่ยง NCDs มีแนวโน้มคงอยู่ได้อย่างถาวรและยั่งยืน

ส่วนที่ 4: ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างประสิทธิภาพและศักยภาพความยั่งยืน

ตารางที่ 5 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างประสิทธิภาพของระบบสุขภาพและศักยภาพความยั่งยืน (n = 353)

ประสิทธิภาพของระบบสุขภาพ	ศักยภาพความยั่งยืน	p-value	ระดับความสัมพันธ์
1. ด้านปัจจัยนำเข้า (Input)	.645**	.000	ปานกลาง
2. ด้านกระบวนการ (Process)	.782**	.000	สูง
ประสิทธิภาพในภาพรวม (รวม Output/Outcome)	**.714**	**.000**	**สูง**

*** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01**

จากตารางที่ 5 พบว่า ประสิทธิภาพของระบบสุขภาพอำเภองาวในภาพรวม มีความสัมพันธ์ทางบวก กับศักยภาพความยั่งยืนในการจัดการและลดปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) เท่ากับ .714 ซึ่งแสดงถึงความสัมพันธ์ในระดับ สูง เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านกระบวนการ (Process) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับศักยภาพความยั่งยืนในระดับสูงที่สุด ($r = .782$, $p < .01$) รองลงมาคือ ด้านปัจจัยนำเข้า (Input) มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางค่อนข้างสูง ($r = .645$, $p < .01$)

ส่วนที่ 5 ข้อเสนอแนะและปัจจัยแห่งความสำเร็จในการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภองาว

จากการรวบรวมข้อเสนอแนะปลายเปิดและผลการสนทนากลุ่มกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ผู้วิจัยได้สังเคราะห์ประเด็นสำคัญเพื่อเป็นแนวทางในการเพิ่มประสิทธิภาพและศักยภาพความยั่งยืนของระบบสุขภาพ ดังนี้

1. ปัจจัยแห่งความสำเร็จ ปัจจัยที่ส่งผลให้ระบบสุขภาพอำเภองาวมีความเข้มแข็งและสามารถดำเนินงานได้อย่างต่อเนื่อง ประกอบด้วย

1.1 กลไกการบูรณาการในระดับพื้นที่ โดยการใช้คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) เป็นแกนกลางในการเชื่อมโยงงบประมาณจากท้องถิ่นและทรัพยากรจากภาคส่วนอื่นมาใช้ในงานสาธารณสุข

1.2 พลังเครือข่ายภาคประชาชน ศักยภาพของ อสม. และแกนนำชุมชนที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับชาวบ้าน ทำให้การติดตามกลุ่มเสี่ยง NCDs ในหมู่บ้านเข้าถึงตัวบุคคลได้จริง

1.3 ภาวะผู้นำเชิงรุก ผู้บริหารระดับอำเภอมีวิสัยทัศน์ที่ชัดเจนในการแก้ไขปัญหา NCDs และให้การสนับสนุนทีมปฏิบัติการอย่างต่อเนื่อง

1.4 การปรับกิจกรรมตามบริบทวัฒนธรรม การออกแบบกิจกรรมลดปัจจัยเสี่ยงที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตและวัฒนธรรมของคนในพื้นที่ ทำให้นโยบายไม่ถูกมองว่าเป็นภาระแต่เป็นส่วนหนึ่งของชีวิต

2. อุปสรรคสำคัญในการดำเนินงาน จากการวิเคราะห์ พบประเด็นที่เป็นข้อจำกัดและต้องการการแก้ไข ดังนี้

2.1 ความไม่ต่อเนื่องของงบประมาณ งบประมาณจากส่วนกลางมักมาในรูปแบบโครงการระยะสั้น ทำให้กิจกรรมเชิงรุกบางอย่างขาดความต่อเนื่องเมื่อสิ้นสุดปีงบประมาณ

2.2 ภาระงานบุคลากรล้นมือ เจ้าหน้าที่ในระดับ รพ.สต. มีจำนวนน้อยเมื่อเทียบกับภาระงานส่งเสริมสุขภาพและงานรักษาพยาบาล ทำให้การลงพื้นที่ส่งเสริมสุขภาพเชิงรุกทำได้ไม่เต็มที่

2.3 ข้อจำกัดด้านเทคโนโลยีในพื้นที่ห่างไกล ในพื้นที่สูงหรือหมู่บ้านไกล การเข้าถึงสัญญาณอินเทอร์เน็ตเพื่อรายงานข้อมูลสุขภาพในระบบดิจิทัลยังเป็นอุปสรรค

อภิปรายผลการวิจัย

1. ประสิทธิภาพของระบบสุขภาพอำเภองาวในการดำเนินงานลดปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง :จากการศึกษาวิจัยพบว่า ประสิทธิภาพของระบบสุขภาพอำเภองาวในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความเข้มแข็งของการจัดการเชิงระบบที่สามารถขับเคลื่อนนโยบายไปสู่การปฏิบัติได้อย่างเป็นรูปธรรม โดยเมื่อพิจารณาในมิติของปัจจัยนำเข้าและกระบวนการจัดการ พบว่ามีความสอดคล้องอย่างยิ่งกับแนวคิดทฤษฎีของ ศิริวรรณ เสรีรัตน์ (2566) ที่ระบุว่าประสิทธิภาพของระบบสุขภาพจะเกิดขึ้นได้ต้องอาศัยการจัดสรรทรัพยากรที่เหมาะสม (Input) ผนวกกับกระบวนการทำงานที่มีโครงสร้างชัดเจน (Process) ซึ่งอำเภองาวได้พิสูจน์ให้เห็นถึงการใช้ต้นทุนทางสังคมและระบบสารสนเทศในการแก้ไขข้อจำกัดด้านงบประมาณ จนนำไปสู่ผลการดำเนินงานที่บรรลุตามเกณฑ์มาตรฐาน สอดคล้องกับข้อค้นพบในงานวิจัยของ จิราภรณ์ กระจายศรี (2567) ที่พบว่า การบริหารจัดการตามแนวทาง NCD Clinic Plus โดยเฉพาะมิติการนำองค์กรและระบบข้อมูลสุขภาพที่แม่นยำ เป็นปัจจัยชี้ขาดที่ทำให้ประสิทธิภาพในภาพรวมของหน่วยบริการปฐมภูมิสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ สำหรับในมิติของกระบวนการทำงาน ความสำเร็จของประสิทธิภาพในพื้นที่อำเภองาวเกิดจากการบูรณาการการทำงานเป็นหนึ่งเดียวภายใต้แนวคิด Unity District Team ซึ่งสอดคล้องกับข้อเสนอของ ประวิทย์ ผสมทรัพย์ (2566) ที่เน้นย้ำว่าการพัฒนาเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอต้องอาศัยกลไกการทำงานร่วมกันอย่างเป็นระบบและไม่แยกส่วน การที่อำเภองาวสามารถบูรณาการภาคีเครือข่ายข้ามหน่วยงาน ผ่านคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ได้อย่างดีนั้น ยิ่งเป็นการยืนยันผลการวิจัยตามแนวคิดของ อมรพรรณ นิพัทธ์ศานต์ (2565) ที่แสดง ให้เห็นว่า พชอ. คือกลไกสำคัญในการ

ระดมทรัพยากรและแก้ไขปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) โดยใช้พื้นที่เป็นฐาน (Area-based) ส่งผลให้การเข้าถึงบริการคัดกรองในหมู่บ้านห่างไกลมีประสิทธิภาพมากกว่าการรอรับบริการที่สถานพยาบาลเพียงอย่างเดียว นอกจากนี้ ประสิทธิภาพที่พบในรูปของผลผลิตและผลลัพธ์ทางสุขภาพ ยังสอดคล้องกับทฤษฎีการจัดการเชิงพฤติกรรมตามที่ สมนึก ลิ้มเลิศมนตรี (2566) ได้นำเสนอเกี่ยวกับการใช้ทฤษฎีการสะกิดพฤติกรรม เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของคนภาคเหนือ โดยการสื่อสารที่เข้าใจบริบทวัฒนธรรมและการมีส่วนร่วมของครอบครัวตามที่ อรพรรณ ประทุม (2565) ได้ระบุไว้ว่า มีส่วนสำคัญอย่างยิ่ง ที่ทำให้ประชาชนในอำเภองาวเกิดการเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างถาวร ประสิทธิภาพในภาพรวมที่เกิดขึ้นจึงมิได้เป็นเพียงความสำเร็จของตัวเลขทางสถิติ แต่เป็นความสำเร็จที่เกิดจากการประสานกันระหว่างนโยบายสาธารณะที่เข้มแข็งตามนิยามของ วรรณรัตน์ ลาวัลย์ชนะชัย (2565) และการดำเนินงานเชิงรุกที่ยึดโยงกับชุมชน จนทำให้ระบบสุขภาพอำเภองาวกลายเป็นต้นแบบของระบบสุขภาพระดับอำเภอที่มีประสิทธิภาพในการลดปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้อย่างยั่งยืน

2. ศักยภาพความยั่งยืนของระบบสุขภาพอำเภองาวในการจัดการและลดปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง : จากการศึกษาวิจัยพบว่า ศักยภาพความยั่งยืนของระบบสุขภาพอำเภองาวในภาพรวมอยู่ในระดับมาก โดยมีจุดแข็งที่สำคัญคือมิติการมีส่วนร่วมและการบริหารจัดการ ซึ่งสามารถอภิปรายผลได้ว่า ความยั่งยืนที่เกิดขึ้นเป็นผล มาจากรากฐานความเข้มแข็งของภาคีเครือข่ายประชาชนในพื้นที่ สอดคล้องกับแนวคิดของ วรรณรัตน์ ลาวัลย์ชนะชัย (2565) ที่พบว่าความยั่งยืนในการจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ไม่ได้หมายถึงเพียงการมีงบประมาณที่ต่อเนื่อง แต่หมายถึงการสร้างระบบนิเวศสุขภาพ ที่ชุมชนมีความรู้สึกเป็นเจ้าของและสามารถดำเนินการได้ด้วยตนเองอย่างต่อเนื่อง ผลการวิจัยที่พบว่ามิติการมีส่วนร่วมมีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดนั้น สอดคล้องกับการศึกษางานวิจัยของ อมรพรรณ นิพัทธ์ศานต์ (2565) ที่พบว่าว่า บทบาทของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) เป็นกลไกสำคัญในการดึงทรัพยากรและความร่วมมือจากทุกภาคส่วนเข้ามาจัดการสุขภาพอย่างยั่งยืน โดยก้าวข้ามข้อจำกัดของระบบราชการแบบเดิมนำไปสู่การแก้ไขปัญหาที่ตอบโจทย์บริบทพื้นที่อำเภองาวได้อย่างแท้จริง สำหรับมิติของผลลัพธ์ระยะยาวและการปรับตัว ระบบสุขภาพอำเภองาวแสดงให้เห็นถึงความสามารถในการยืดหยุ่นและปรับเปลี่ยนกิจกรรมให้เข้ากับวิถีชีวิตกลุ่มชาติพันธุ์และวัฒนธรรมท้องถิ่น ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ พงษ์สะพรั่ง สุวรรณสว่าง (2567) ที่พบว่า ปัจจัยพยากรณ์ความยั่งยืนที่สำคัญคือความสามารถของระบบในการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงและความหลากหลายของประชากร การที่เจ้าหน้าที่และ อสม. ในพื้นที่สามารถสื่อสารความเสี่ยงด้าน NCDs ผ่านกิจกรรมที่เชื่อมโยงกับวิถีชีวิต เช่น การรณรงค์ลดเค็มในอาหารท้องถิ่น จึงเป็นการยืนยันถึงแนวคิดการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน สอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของ ประวิทย์ ผสมทรัพย์ (2566) ที่พบว่าความต่อเนื่องของนโยบายสุขภาพระดับอำเภอจะเกิดขึ้นได้จริง เมื่อผู้นำชุมชนและท้องถิ่นเข้ามาเป็นหุ้นส่วนหลักในการจัดการทรัพยากร

สุขภาพร่วมกับฝ่ายสาธารณสุข อย่างไรก็ตาม แม้มิติการมีส่วนร่วมและการบริหารจัดการจะอยู่ในระดับสูง แต่ผลวิจัยกลับพบว่ามิติทรัพยากรด้านงบประมาณและกำลังคนยังมีค่าเฉลี่ยที่ต่ำกว่ามิติอื่น ซึ่งประเด็นนี้สอดคล้องกับข้อค้นพบของ จิราภรณ์ กระจายศรี (2567) ที่พบว่าความท้าทายหลักของระบบสุขภาพปฐมภูมิคือความจำกัดของทรัพยากร ซึ่งอำเภองาวได้เลือกใช้กลไกการส่งเสริมสุขภาพเชิงรุกสุขภาพตามแนวคิดของ สมนึก ลิ้มเลิศมนตรี (2566) มาเป็นเครื่องมือในการขับเคลื่อนงานทดแทนทรัพยากรที่ขาดแคลน จนทำให้ระบบยังคงรักษาศักยภาพความยั่งยืนไว้ได้ในระดับที่น่าพึงพอใจ จึงสามารถสรุปได้ว่าความยั่งยืนของระบบสุขภาพอำเภองาวไม่ได้ตั้งอยู่บนฐานของงบประมาณเพียงอย่างเดียว แต่ตั้งอยู่บนฐานของความสัมพันธ์และความร่วมมือของภาคีเครือข่ายที่เข้มแข็ง ซึ่งสำคัญที่จะทำให้การลดปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในพื้นที่ดำเนินไปได้อย่างต่อเนื่องและมั่นคง

3. ความสัมพันธ์ระหว่างประสิทธิภาพของระบบสุขภาพกับศักยภาพความยั่งยืนในการลดปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของอำเภองาว: ผลการทดสอบสมมติฐานพบว่า ประสิทธิภาพของระบบสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับศักยภาพความยั่งยืนของระบบสุขภาพอำเภองาวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยมีความสัมพันธ์ในระดับสูง (r = .714) ซึ่งผลการวิจัยนี้เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้และสามารถอภิปรายได้อย่างชัดเจนตามแนวคิด ทฤษฎีระบบ (General System Theory) ของ Bertalanffy (1968) ที่มองว่าระบบสุขภาพระดับอำเภอเป็นกระบวนการที่มีความสัมพันธ์ต่อเนื่องกัน เมื่อปัจจัยนำเข้า (Input) และกระบวนการ (Process) มีประสิทธิภาพสูง ย่อมส่งผลให้ระบบมีพลังในการดำรงอยู่และปรับตัวเพื่อสร้างความยั่งยืนได้ดียิ่งขึ้น สอดคล้องกับกับการศึกษางานวิจัยของ พงษ์สะพรั่ง สุวรรณสว่าง (2567) ที่พบว่าประสิทธิภาพของกระบวนการบริหารจัดการเป็นปัจจัยพยากรณ์ความสำเร็จและความยั่งยืนของระบบสุขภาพระดับอำเภอได้สูงที่สุด ซึ่งสอดคล้องกับข้อค้นพบของอำเภองาวที่พบว่า มิติด้านกระบวนการมีความสัมพันธ์กับความยั่งยืนในระดับสูงกว่ามิติอื่น (r = .782) แสดงว่าความเข้มแข็งของกลไกการทำงานร่วมกันเป็นปัจจัยขับเคลื่อนหลักที่นำไปสู่ความยั่งยืนของระบบ เมื่อพิจารณาในเชิงลึกจะพบว่าความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นอย่างมีนัยสำคัญนี้ส่วนหนึ่งเป็นผลมาจากภาวะผู้นำที่เน้นการสร้างความร่วมมือ ของคณะกรรมการ พชอ. ที่สามารถประสานงานและดึงศักยภาพของภาคีเครือข่ายในอำเภองาวมาร่วมจัดการปัญหา NCDs ได้เป็นเนื้อเดียวกัน ตามแนวคิดของ ยงยุทธ พงษ์เลาหพันธุ์ (2566) ที่อธิบายว่าประสิทธิภาพของการบริหารจัดการเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอจะส่งผลโดยตรงต่อประสิทธิผลและความต่อเนื่องของงาน ซึ่งอำเภองาวได้พิสูจน์ให้เห็นว่าการบูรณาการงานผ่านกลไก พชอ. ช่วยให้เกิดความลื่นไหลในการใช้ทรัพยากรข้ามหน่วยงาน สอดคล้องกับงานวิจัยของ อมรพรรณ นิพัทธ์ศานต์ (2565) ที่ยืนยันว่าการจัดการสุขภาพโดยมีพื้นที่เป็นฐาน (Area-based Management) ช่วยลดช่องว่างระหว่างนโยบายและการปฏิบัติ ทำให้ระบบมีความยืดหยุ่นและมีศักยภาพในการคงอยู่ได้ในระยะยาวภายใต้สถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป นอกจากนี้ ความสัมพันธ์ทางบวกที่เกิดขึ้นยังแสดงถึง

ประสิทธิภาพของการนำนโยบายของ กระทรวงสาธารณสุข (2567) ไปสู่การปฏิบัติที่เน้นการสร้างความร่วมมือของทุกภาคส่วน จนเกิดเป็นแรงผลักดันที่ส่งเสริมซึ่งกันและกันระหว่างการดำเนินงานที่เก่ง (Efficiency) และการดำเนินงานที่นาน (Sustainability) นอกจากนี้ การที่ประสิทธิภาพในด้านผลผลิตและผลลัพธ์มีความสัมพันธ์กับความยั่งยืน ยังสอดคล้องกับแนวคิดการสร้างองค์กรแห่งการเรียนรู้ของ Senge (2006) ที่เชื่อว่าผลลัพธ์ความสำเร็จของงานจะเป็นแรงจูงใจสำคัญที่ทำให้คนในระบบสุขภาพ โดยเฉพาะ อสม. และทีมสหวิชาชีพ เกิดความเชื่อมั่นและพร้อมที่จะขับเคลื่อนงานอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับงานวิจัยของ สมเกียรติ พลจันทร์ และคณะ (2566) ที่พบว่าการเห็นผลลัพธ์การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนอย่างเป็นรูปธรรม จะเป็นตัวกระตุ้นให้ภาคีเครือข่ายเกิดความพึงพอใจและต้องการรักษามาตรฐานการทำงานนั้นไว้ ดังนั้นจึงสรุปได้ว่าความสัมพันธ์ทางบวกที่พบในงานวิจัยนี้ยืนยัน หากอำเภองาวมุ่งเน้นการพัฒนาประสิทธิภาพของกระบวนการทำงานแบบบูรณาการและรักษาคุณภาพของปัจจัยนำเข้าให้มีความพร้อมอยู่เสมอ จะช่วยให้ระบบสุขภาพในการลดปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังดำเนินไปได้อย่างเข้มแข็งและยั่งยืนตามเจตนารมณ์ของนโยบายอย่างแท้จริง

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติการ

1.1 เนื่องจากผลวิจัยพบว่าด้านกระบวนการ มีความสัมพันธ์กับความยั่งยืนสูงที่สุด ดังนั้นควรส่งเสริมให้มีการถอดบทเรียนการทำงานของกลุ่ม อสม. และภาคีเครือข่ายที่เป็นต้นแบบ เพื่อนำไปขยายผลในหมู่บ้านที่ยังมีผลการดำเนินงานต่ำกว่าเกณฑ์

1.2 ในพื้นที่ที่มีข้อจำกัดด้านบุคลากรและงบประมาณ ควรนำนวัตกรรมดิจิทัลสุขภาพ (Digital Health) เช่น แอปพลิเคชันติดตามกลุ่มเสี่ยง หรือระบบการให้คำปรึกษาทางไกล มาใช้เพื่อลดภาระงานของเจ้าหน้าที่และเพิ่มประสิทธิภาพในการติดตามผู้ป่วยในพื้นที่ห่างไกล

2. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

2.1 ควรมีการกำหนดตัวชี้วัดด้านศักยภาพความยั่งยืนเพิ่มเติมจากการวัดเพียงผลลัพธ์ ทางสุขภาพระยะสั้น เพื่อกระตุ้นให้หน่วยงานในระดับอำเภอให้ความสำคัญกับการสร้างเครือข่ายและการมีส่วนร่วมของชุมชนอย่างเป็นรูปธรรม

2.2 ควรกำหนดเป็นนโยบายให้หน่วยบริการปฐมภูมิเปลี่ยนบทบาทจากการคัดกรองโรค เพียงอย่างเดียว เป็นการสร้างชุมชนรอบรู้สุขภาพ (Health Literate Community) โดยสนับสนุนงบประมาณในการสร้างอาสาสมัครโค้ชสุขภาพ เพื่อลดภาระการพึ่งพาระบบบริการการแพทย์ในระยะยาว

3. ข้อเสนอแนะเชิงการวิจัยครั้งต่อไป

3.1 ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อศึกษาถึงปัจจัยความสำเร็จของผู้นำเครือข่ายในหมู่บ้านที่ประสบความสำเร็จ เพื่อให้ได้โมเดลการทำงานที่สามารถนำไปปรับใช้กับพื้นที่อื่นที่มีบริบทใกล้เคียงกัน

3.2 ควรมีการศึกษาเพื่อคำนวณว่า เงินทุกบาทที่ลงทุนในระบบสุขภาพอำเภองาว สามารถสร้างประโยชน์กลับคืนสู่สังคมได้กี่บาท เช่น การที่ อสม. ช่วยลดผู้ป่วยรายใหม่ได้ 1 คน ช่วยให้ท้องถิ่นประหยัดค่ารถรับส่งผู้ป่วยหรือค่าจ้างคนดูแลได้เท่าไหร่ ข้อมูลตัวเลขความคุ้มค่านี้จะช่วยให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและภาคเอกชนมั่นใจและกล้าที่จะสนับสนุนงบประมาณให้กับงานสาธารณสุขมากขึ้น เพราะเห็นผลตอบแทนที่ชัดเจนมากกว่าการรักษาโรค

เอกสารอ้างอิง

กระทรวงสาธารณสุข. (2567). *นโยบายกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2567–2568*. สืบค้นจาก https://www.dms.go.th

จิราภรณ์ กระจายศรี. (2567). ประสิทธิภาพการบริหารจัดการคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในสถานบริการปฐมภูมิในเขตสุขภาพที่ 1 ตามเกณฑ์ NCD Clinic Plus. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 33(1), 45–58.

ธัญญลักษณ์ วงศ์มณี. (2567). ผลของบริการโค้ชสุขภาพโดยภาคีเครือข่ายต่อความรอบรู้สุขภาพและพฤติกรรม

นพพร ศรีผัด และคณะ. (2563). การประเมินคลินิก NCD คุณภาพ เขตสุขภาพที่ 1. *เชียงรายเวชสาร*, 12(3), 10-22.

ประวิทย์ ผสมทรัพย์. (2566). การพัฒนาเครือข่ายสุขภาพอำเภอผ่านกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) เพื่อจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในพื้นที่ภาคเหนือ. *วารสารสุขภาพภาคประชาชน*, 18(2), 112–125.

พงษ์สะพรั่ง สุวรรณสว่าง. (2567). ปัจจัยพยากรณ์ความสำเร็จและความยั่งยืนของระบบสุขภาพระดับอำเภอในการจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข*, 18(1), 45–60.

วรรณรัตน์ ลาวัลย์ชนะชัย. (2565). *นโยบายสาธารณะและการจัดการโรคไม่ติดต่อ: การสร้างความยั่งยืนโดยชุมชน*. ขอนแก่น: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

ศิริวรรณ เสรีรัตน์. (2566). *ทฤษฎีองค์การและการจัดการ*. กรุงเทพฯ: ธรรมสาร.

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.). (2566). *รายงานการประเมินผลนโยบายภาษีโซเดียมและพฤติกรรม*

สมเกียรติ พลจันทร์ และคณะ. (2566). การประเมินผลการดำเนินงานลดปัจจัยเสี่ยง NCDs ในระดับปฐมภูมิ

ด้วยโปรแกรมอาสาสมัครโค้ชสุขภาพ. *วารสารพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 41(4), 1–15.

สมนึก ลิ้มเลิศมนตรี. (2566). การประยุกต์ใช้ทฤษฎีการสะกิดพฤติกรรมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคโซเดียมของคนภาคเหนือ. *วารสารวิจัยสุขภาพ*, 16(3), 89–104.

อมรพรรณ นิพัทธ์ศานต์. (2565). บทบาทของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ในการจัดการทรัพยากรสุขภาพอย่างยั่งยืน. *วารสารวิชาการสถาบันพระบรมราชชนก*, 9(1), 120–135.

อรพรรณ ประทุม. (2565). ผลของการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวต่อระดับความดันโลหิตและพฤติกรรม

Bertalanffy, L. von. (1968). *General System Theory: Foundations, Development, Applications*. New York: George Braziller.

Nation Thailand. (2025, June 16). *Thailand pushes NCDs law as over 1000 die daily from ….* The Nation Thailand. Retrieved from https://www.nationthailand.com

Patton, M. Q. (2015). *Qualitative Research & Evaluation Methods* (4th ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.

Senge, P. M. (2006). *The Fifth Discipline: The Art & Practice of The Learning Organization*. New York: Doubleday Business.

World Health Organization. (2024ก). *Noncommunicable diseases (Fact sheet)*. Retrieved from https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases

Received: 8 May 2026 ; **Revised:** 15 May 2026
Accepted: 30 Jun 2026

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางเหรียง อำเภอทับปุด จังหวัดพังงา

ภัชราวลัย บำรุง [1]

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ประชากรคือ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางเหรียง อำเภอทับปุด จังหวัดพังงา จำนวน 131 คน โดยใช้สูตรการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างของ Daniel เท่ากับ 108 คน ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบมีระบบ เก็บตัวอย่างโดยใช้โดยใช้แบบสอบถาม ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ คุณลักษณะส่วนบุคคล การรับรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ แบบสอบถามผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน และนำไปทดลองใช้เพื่อวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟ่าครอนบาค เท่ากับ 0.902 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ที่ระดับความเชื่อมั่น 0.05 ผลการวิเคราะห์พบว่า การรับรู้ด้านสุขภาพมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง (89.81%) ($\overline{X}$= 2.89, S.D.=0.303) พฤติกรรมสุขภาพมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง (96.30%) ($\overline{X}$= 2.96, S.D.=0.190) ตามลำดับ ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ การรับรู้ด้านสุขภาพ (r=0.258, P-value=0.007)

คำสำคัญ : พฤติกรรมสุขภาพ, การรับรู้ด้านสุขภาพ, ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

[1] **โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางเหรียง อำเภอทับปุด จังหวัดพังงา,** E-mail: K.bumrung2513@gmail.com

Factors Associated with Health Behaviors among Type 2 Diabetic Patients in Bangriang Sub-district Health Promoting Hospital, Thapput District, Phang Nga Province

Phatcharawalai Bumrung [1]

Abstract

This descriptive research aimed to study factors associated with health behaviors among type 2 diabetes mellitus patients. Population consisted of 131 type 2 diabetes mellitus patients in Bangriang Sub-district Health Promoting Hospital, Thapput District, Phang Nga Province. The sample size calculated Daniel's formula for 108 cases, and systematic random sampling was determining. Data collection used questionnaires composed of 3 parts including, characteristic, health perception and health behavior. The instrument was validated for content validity by 3 experts and subsequently pilot-tested to assess reliability using Cronbach's alpha coefficient, yielding a value of 0.902. Data were analyzed using Pearson's correlation coefficient at a significance level of 0.05. The results revealed that the health perception had mean score in high level (89.81%) ($\overline{X}$=2.89, S.D.=0.303), and health behavior had mean score in high level (96.30%) ($\overline{X}$ =2.96, S.D.=0.190), respectively. An association analyzed show that health perception was associated with health behavior among type 2 diabetes mellitus patients with statistic significant (r=0.258, p-value=0.007).

Keywords: Health behaviors, Health perception, Type 2 diabetes mellitus

[1] Bangriang Sub-district health promoting hospital, Thapput District, Phangnga Province, E-mail: K.bumrung2513@gmail.com

บทนำ

โรคเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นปัญหาสาธารณสุขระดับโลกที่มีแนวโน้มความชุกเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของสภาพเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อมในปัจจุบันส่งผลต่อรูปแบบการดำเนินชีวิตและสภาวะสุขภาพของประชาชนที่มีผลมาจากพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อ เนื่องมาจากพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่มีน้ำตาล ขาดการออกกำลังกายและภาวะเครียด (World Health Organization, 2011) ในจังหวัดพังงามีจำนวนผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยในปีพ.ศ. 2566-2568 มีผู้ป่วย 16,568 ราย,16,968 และ 17,513 ราย ตามลำดับ และอำเภอทับปุดพบแนวโน้มในทิศทางเดียวกัน โดยในปี พ.ศ. 2566-2568 มีผู้ป่วย 1,511 ราย,1,563 ราย และ 1,630 ราย ตามลำดับ ที่มีจำนวน (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพังงา, 2568) โดยเฉพาะในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางเหรียง พบจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นจาก 121 ราย ในปี พ.ศ. 2566 เป็น 124 ราย ในปี พ.ศ2567 และเพิ่มเป็น 130รายในปีพ.ศ.2568 (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางเหรียง, 2568)

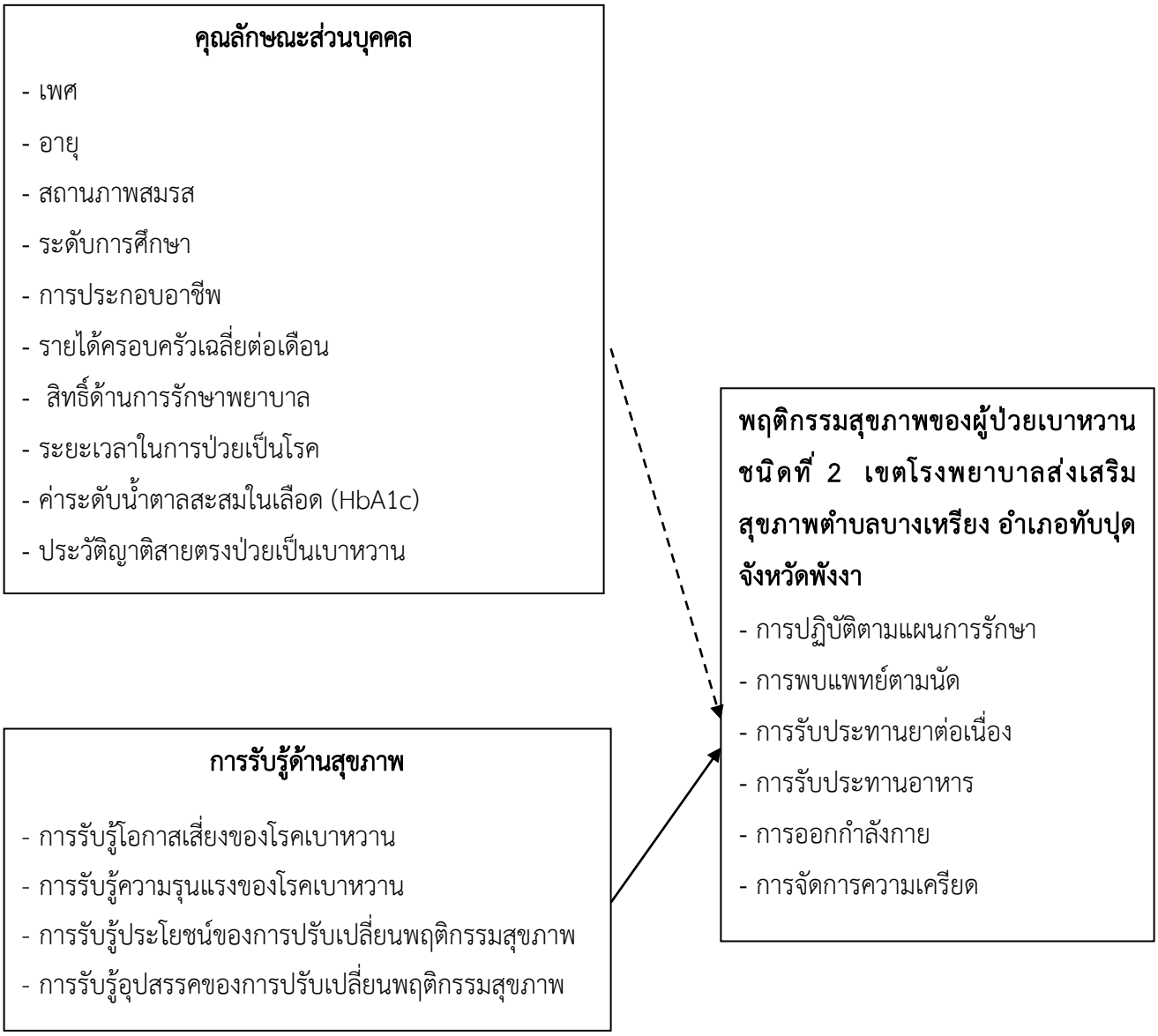
โรคเบาหวานมีพยาธิสรีรวิทยาหลักคือภาวะดื้อต่ออินซูลินและความบกพร่องในการหลั่งอินซูลิน ส่งผลให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงเรื้อรัง และนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง ซึ่งแนวทางการรักษาคือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การพักผ่อน การจัดการความเครียดและการใช้ยา ปัจจุบันนี้มีผู้สนใจศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานอย่างกว้างขวาง ส่วนใหญ่ผลการศึกษาแสดงถึงความสัมพันธ์และปัจจัยทำนายที่เกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยเบาหวาน ซึ่งปัจจัยคัดสรรที่นำมาศึกษาความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพคือ การรับรู้ด้านสุขภาพประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์การรักษาโรค และการรับรู้อุปสรรคในการรักษาโรค (Rosenstock, 1974) จากสถานการณ์ปัญหาข้างต้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางเหรียง อำเภอทับปุด จังหวัดพังงา โดยมุ่งหวังให้ผลการวิจัยเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการวางแผนและพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่มีประสิทธิภาพในกลุ่มประชากรดังกล่าวต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางเหรียง อำเภอทับปุด จังหวัดพังงา

กรอบแนวคิดในการวิจัย

จากการทบทวนทฤษฎีและเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งภายในประเทศและการวิจัยต่างประเทศที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยกำหนดกรอบแนวคิดวิจัย ได้ดังนี้



รูปที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) ดำเนินการวิจัยเดือนมกราคม ถึงมิถุนายน 2569 โดยกำหนดตัวแปรอิสระได้แก่ 1) คุณลักษณะส่วนบุคคล 2) การรับรู้ด้านสขภาพ โดยใช้แนวคิดของ Rosenstock (1974) และตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 131 คน เกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อน และสามารถสื่อสารภาษาไทยได้ เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ ผู้ที่ไม่สมัครใจตอบคำถามและเจ็บป่วยในช่วงเก็บข้อมูลจนไม่สามารถให้ข้อมูลได้ คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ทราบจำนวนประชากรที่แน่นอนโดยใช้สูตร Daniel (2010) กำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ 95% ค่าความคลาดเคลื่อนสามารถยอมรับได้เท่ากับ 0.05 ได้กลุ่มตัวอย่าง เท่ากับ 108 คน ใช้วิธีการสุ่มแบบมีระบบ (Systematic Random Sampling) เพื่อเลือกรายชื่อผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นกลุ่มตัวอย่าง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล แบบสอบถามประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา การประกอบอาชีพ รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน สิทธิ์ด้านการรักษาพยาบาล ระยะเวลาในการป่วยเป็นโรค ค่าระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ประวัติญาติสายตรงป่วยเป็นเบาหวาน

ส่วนที่ 2 การรับรู้ด้านสุขภาพ ประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคเบาหวาน, การรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวาน, การรับรู้ประโยชน์ของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ, การรับรู้อุปสรรคของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบประมาณค่า 5 ระดับคือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ประกอบด้วย การปฏิบัติตามแผนการรักษา , การพบแพทย์ตามนัด, การรับประทานยาต่อเนื่อง, การรับประทานอาหาร, การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียด ลักษณะข้อคำถามเป็นประเมินค่า 5 ระดับคือ ปฏิบัติมากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด

แบบสอบถามส่วนที่ 2-3 ใช้เกณฑ์การแปลผลตามแนวคิดของ Best John W. (1977) แบ่งเป็น 3 ระดับคือ ระดับสูง (3.67–5.00 คะแนน) ระดับปานกลาง (2.34–3.66 คะแนน) และระดับต่ำ (1.00–2.33 คะแนน)

แบบสอบถามนี้สร้างขึ้นจากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่านตรวจสอบความตรงของเนื้อหา นำแบบสอบถามไปทดลองใช้คำนวณค่าความเที่ยง (Reliability) ด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาค (Cronbach, 1951) เท่ากับ 0.902

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติสถิติเชิงพรรณนาและการทดสอบสมมุติฐานวิจัยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment correlation coefficient) โดยพิจารณาค่า P-value ที่มีค่าน้อยกว่า 0.05

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้ดำเนินการขอความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยนอร์ทเทิร์น เอกสารรับรองเลขที่ NREC 0027/2569 ลงวันที่ 15 มกราคม 2569

ผลการศึกษาวิจัย

ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (66.70%) ช่วงอายุอยู่ระหว่าง 50-70 ปี (76.85%) ($\bar{X}$=62.65, S.D.=11.38, Min=30, Max=89) มีสถานภาพสมรส/คู่และอยู่ด้วยกัน (68.52%) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (71.30 %) ประกอบอาชีพเกษตรกรรม (73.15%) รายได้ของครอบครัวต่อเดือนอยู่ระหว่าง 10,000-30,000 บาท (79.63%) ($\bar{X}$=14,046.30, S.D.=8,949.89, Min=2,000, Max=40,000) ส่วนใหญ่ใช้สิทธิ์บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า (89.81%) มีระยะเวลาป่วยเป็นโรคเบาหวานมา 1-5 ปี (37.00%) ($\bar{X}$=8.76 ,S.D. = 5.99 ,Min=1, Max=25) โดยมีค่าระดับ HbA1c <7% (41.70%) ($\bar{X}$=7.95, S.D.=2.24, Min=4.40, Max=14) และมีประวัติเบาหวานในครอบครัว (59.30%)

การรับรู้ด้านสุขภาพ ภาพรวมมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง (89.81%) ($\bar{X}$=2.89, S.D.=0.303) เมื่อพิจารณาการรับรู้ด้านสุขภาพ จำแนกรายด้านที่มีคะแนนในระดับสูงได้แก่ ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ($\bar{X}$=2.96, S.D.=0.189) ด้านการรับรู้อุปสรรคของการปรับเปลี่ยนพติกรรม ($\bar{X}$=2.89, S.D.=0.303) ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวาน ($\bar{X}$=2.87, S.D.=0.326) ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคเบาหวาน ($\bar{X}$=2.77, S.D.=0.424) ตามลำดับ (ตามตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 การรับรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 (n=108)

การรับรู้ด้านสุขภาพ	ระดับการรับรู้ด้านสุขภาพ						Mean	S.D.
	สูง		ปานกลาง		ต่ำ			
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ		
1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคเบาหวาน	83	76.85	25	23.15	-	-	2.77	0.424
2. การรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวาน	95	87.96	13	12.04	-	-	2.87	0.326
3. การรับรู้ประโยชน์ของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ	104	96.30	4	3.70	-	-	2.96	0.189
4. การรับรู้อุปสรรคของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ	97	89.81	11	10.19	-	-	2.89	0.303
ภาพรวมการรับรู้ด้านสุขภาพ	**97**	**89.81**	**11**	**10.19**	**-**	**-**	**2.89**	**0.303**

พฤติกรรมสุขภาพ ภาพรวมพฤติกรรมสุขภาพ ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อยู่ในระดับสูง (96.30%) ($\overline{X}$=2.96, S.D.= 0.190) เมื่อพิจารณาพฤติกรรมสุขภาพ จำแนกรายด้านที่มีคะแนนในระดับสูง ได้แก่ การพบแพทย์ตามนัด ($\overline{X}$=3.00, S.D.=0.000) การรับประทานยาต่อเนื่อง ($\overline{X}$=2.99, S.D.=0.096) การปฏิบัติตามแผนการรักษา ($\overline{X}$=2.96, S.D.=0.135) การจัดการความเครียด ($\overline{X}$=2.94, S.D.=0.230) การรับประทานอาหาร ($\overline{X}$=2.69, S.D.=0.462) และ การออกกำลังกาย ($\overline{X}$=2.62, S.D.=0.542) ตามลำดับ (ตามตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 (n=108)

พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2	ระดับการปฏิบัติ						Mean	S.D.
	สูง		ปานกลาง		ต่ำ			
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ		
1. การปฏิบัติตามแผนการรักษา	106	98.15	2	1.85	-	-	2.96	0.135
2. การพบแพทย์ตามนัด	108	100.00	-	-	-	-	3.00	0.000
3. การรับประทานยาต่อเนื่อง	107	99.07	1	0.93	-	-	2.99	0.096
4. การรับประทานอาหาร	75	69.44	33	30.56	-	-	2.69	0.462
5. การออกกำลังกาย	70	64.81	35	32.41	3	2.78	2.62	0.542
6. การจัดการความเครียด	102	94.44	6	5.56	-	-	2.94	0.230
ภาพรวมพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2	**104**	**96.30**	**4**	**3.70**	**-**	**-**	**2.96**	**0.190**

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่า การรับรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r=0.258, P-value=0.007) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างการรับรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เขต รพ.สต.บางเหรียง อ.ทับปุด จ.พังงา

ตัวแปรอิสระ	พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2		
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (r)	P-value	ระดับความสัมพันธ์
การรับรู้ด้านสุขภาพ	**0.258**	**0.007**	**มีความสัมพันธ์ทางบวก**
การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคเบาหวาน	0.357	<0.001	มีความสัมพันธ์ทางบวก
การรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวาน	0.379	<0.001	มีความสัมพันธ์ทางบวก

ตัวแปรอิสระ	พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2		
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (r)	P-value	ระดับความสัมพันธ์
การรับรู้ประโยชน์ของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม	0.481	<0.001	มีความสัมพันธ์ทางบวก
การรับรู้อุปสรรคของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ	0.258	0.007	มีความสัมพันธ์ทางบวก

การอภิปรายผล

การรับรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคเบาหวาน การรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวาน การรับรู้ประโยชน์ของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และการรับรู้อุปสรรคของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ การรับรู้ด้านสุขภาพมีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง (89.81%) จากผลการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า การรับรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เขต รพ.สต.บางเหรียง อำเภอทับปุด จังหวัดพังงา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value = 0.007) อธิบายเหตุผลได้ว่า พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มาจากการรับรู้ด้านสุขภาพของบุคคล โดยการรับรู้ด้านสุขภาพเป็นข้อบ่งชี้พฤติกรรม บุคคลจะกระทำหรือเข้าใกล้สิ่งที่ตนพอใจถ้าสิ่งนั้นให้ผลดีกับตนเอง เป็นแบบแผนทางด้านจิตวิทยาสังคมที่ได้พัฒนาขึ้น เพื่อจะทำความเข้าใจกับพฤติกรรมในการปฏิบัติของมนุษย์เกี่ยวกับสุขภาพอนามัย โดยคำนึงถึงปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวกับพฤติกรรม การที่บุคคลจะมีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรคจะต้องมีความเชื่อว่า เขามีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค โรคนั้นมีความรุนแรงและมีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต รวมทั้งการปฏิบัตินั้นจะเกิดผลดีในการลดโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหรือช่วยลดความรุนแรงของโรคโดยไม่ควรมีอุปสรรคด้านจิตวิทยามาเกี่ยวข้อง เช่น ค่าใช้จ่าย

ความไม่สะดวกสบาย ความเจ็บป่วยและความอาย เป็นต้น การรับรู้ด้านสุขภาพเป็นปัจจัยทางจิตวิทยาที่ส่งผลโดยตรงต่อแรงจูงใจและการตัดสินใจของบุคคลในการแสดงออกซึ่งพฤติกรรมสุขภาพ ตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Rosenstock (1974) ที่อธิบายว่า บุคคลจะแสดงพฤติกรรมป้องกันโรคหรือพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเมื่อมีการรับรู้ว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหรือภาวะแทรกซ้อน รับรู้ถึงความรุนแรงของโรค รับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ และเมื่อการรับรู้ประโยชน์มีน้ำหนักมากกว่าการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติ บุคคลก็จะมีแนวโน้มแสดงพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อธิพงษ์ สุขเพ็ญ และอมรศักดิ์ โพธิ์อ่ำ (2567) ที่ศึกษาในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เขต รพ.สต.บ้านนาจาน

ซึ่งพบว่าการรับรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value=0.021) เช่นเดียวกับการศึกษาของ สุนิสา ทูโมสิก และคณะ (2567) ที่ศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลละแม จังหวัดชุมพร ซึ่งพบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวาน และการรับรู้ประโยชน์ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Ayele et al. (2012) ที่ศึกษาในผู้ป่วยเบาหวานเมืองกอนดาร์ ประเทศเอธิโอเปีย ที่พบว่าแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพสามารถอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมการดูแลตนเองได้ถึง 48% และการศึกษาของ Dehghani-Tafti et al. (2015) ที่ศึกษาในผู้ป่วยเบาหวานในเมืองอาร์ดากัน ประเทศอิหร่าน ซึ่งพบว่าองค์ประกอบของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพสามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานได้ 33.5%

การรับรู้ประโยชน์ของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เขต รพ.สต.บางเหรียง อำเภอทับปุด จังหวัดพังงา (P-value < 0.001) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคเป็นความเชื่อของบุคคลที่มีผลโดยตรงต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพทั้งในภาวะปกติและภาวะเจ็บป่วย แต่ละบุคคลจะมีความเชื่อในระดับที่ไม่เท่ากัน ดังนั้นบุคคลเหล่านี้จึงหลีกเลี่ยงต่อการเป็นโรคด้วยการปฏิบัติตามเพื่อป้องกันและรักษาสุขภาพที่แตกต่างกัน จึงเป็นความเชื่อของบุคคลต่อความถูกต้องของการวินิจฉัยโรคของแพทย์ การคาดคะเนถึงโอกาสของการเกิดโรคซ้ำหรือการง่ายที่จะป่วยเป็นโรคต่างๆ มีรายงานการวิจัยหลายเรื่องที่ให้การสนับสนุนความเชื่อต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคว่ามีความสัมพันธ์ในทางบวกกับพฤติกรรมการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ เช่น เมื่อบุคคลป่วยเป็นโรคใดโรคหนึ่ง ความรู้สึกของบุคคลที่ว่าตนเองจะมีโอกาสป่วยเป็นโรคนั้นๆอีกจะมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคไม่ให้เกิดกับตนเองอีก (Rosenstock, 1974) สอดคล้องกับการศึกษาของ วิโรจน์ ศรีทอง และอมรศักดิ์ โพธิ์อ่ำ (2567) ที่ศึกษาปัจจัยพยากรณ์พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตรับผิดชอบ รพ.สต.บ้านโป่งแค ซึ่งพบว่าการรับรู้ถึงประโยชน์สามารถทำนายพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Park et al. (2025) ที่ศึกษาในผู้ชายชาวแอฟริกันอเมริกันที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งพบว่าการรับรู้องค์ประกอบของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเอง

การรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวาน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เขต รพ.สต.บางเหรียง อำเภอทับปุด จังหวัดพังงา (P-value < 0.001) อธิบายเหตุผลได้ว่า เมื่อผู้ป่วยตระหนักว่าโรคเบาหวานเป็นโรคที่มีความรุนแรงและสามารถนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนที่อันตราย เช่น ตาบอด ไตวาย แผลที่เท้านำไปสู่การถูกตัดขา โรคหัวใจและหลอดเลือดสมอง และอาจเป็นอันตรายถึงชีวิตได้ ผู้ป่วยจะเกิด

ความตื่นตัวและพยายามหลีกเลี่ยงการเกิดภาวะแทรกซ้อนเหล่านั้นด้วยการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาของ วันเพ็ญ บุญรัตน์ (2568) ที่ศึกษาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่มีอิทธิพลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดสะสมของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ตำบลโมคลาน ซึ่งพบว่าการรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวานในระดับสูงมีอิทธิพลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Adjusted OR = 2.71, P-value < 0.001)

การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคเบาหวาน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เขต รพ.สต.บางเหรียง อำเภอทับปุด จังหวัดพังงา (P-value < 0.001) อธิบายเหตุผลได้ว่า เมื่อผู้ป่วยรับรู้ว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน เช่น การมีน้ำหนักตัวเกินมาตรฐาน การรับประทานอาหารหวานจัด การไม่ออกกำลังกาย การลืมรับประทานยา หรือการมีญาติสายตรงเป็นเบาหวาน ผู้ป่วยจะตระหนักถึงความจำเป็นในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงดังกล่าว สอดคล้องกับการศึกษาของ สุนิสา ทูโมสิก และคณะ (2567) ที่พบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้

การรับรู้อุปสรรคของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เขต รพ.สต.บางเหรียง อำเภอทับปุด จังหวัดพังงา (P-value = 0.007) แสดงให้เห็นว่าเมื่อผู้ป่วยมีการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในระดับต่ำ ผู้ป่วยจะมีพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับสูง อธิบายเหตุผลได้ว่า แม้ผู้ป่วยจะรับรู้ถึงอุปสรรค เช่น การควบคุมอาหารทำให้ไม่สามารถรับประทานอาหารที่ชอบได้ การออกกำลังกายเสียเวลา ค่าใช้จ่ายในการรักษา และการเดินทางมาพบแพทย์ตามนัด แต่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ในเขต รพ.สต.บางเหรียง ได้รับการสนับสนุนทั้งด้านครอบครัว ชุมชน และทีมบุคลากรสาธารณสุข จึงสามารถจัดการกับอุปสรรคต่างๆ ได้ ทำให้สามารถปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษาของ วิโรจน์ ศรีทอง และอมรศักดิ์ โพธิ์อ่ำ (2567) ที่พบว่าการรับรู้ต่ออุปสรรคสามารถทำนายพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการศึกษาของ สิทธิพร เพชรทองขาว และคณะ (2566) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองที่ประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ซึ่งพบว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการรับรู้อุปสรรคและพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่าก่อนการได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อเสนอแนะ

บุคลากรสาธารณสุขของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางเหรียง ควรมีการจัดกิจกรรมรณรงค์เพื่อเพิ่มการรับรู้ความรุนแรงของโรค และการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานให้แก่ผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ เช่น การใช้สื่อวีดีทัศน์เพื่อให้ความรู้ขณะที่ผู้ป่วยมารับบริการที่คลินิกโรคเบาหวาน และการให้คำปรึกษารายบุคคล

สำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้ การจัดกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการออกกำลังกายในชุมชน (เช่น แอโรบิก, รำไม้พลอง, เดินเร็ว) ความถี่ 3–5 วัน/สัปดาห์ ครั้งละ 30 นาที ควบคู่กับการส่งเสริมโภชนาการและติดตามผลอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานได้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม

เอกสารอ้างอิง

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางเหรียง. (2568). *รายงานสถานการณ์ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตรับผิดชอบ ปี พ.ศ. 2566–2568*. พังงา: โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางเหรียง อำเภอทับปุด.

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

วิโรจน์ ศรีทอง, และอมรศักดิ์ โพธิ์อ่ำ. (2567). ปัจจัยพยากรณ์พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโป่งแค ตำบลวังประจบ อำเภอเมือง จังหวัดตาก. *วารสารวิชาการป้องกันควบคุมโรค สคร.2 พิษณุโลก*, 12(1), 117–128.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพังงา. (2568). *รายงานสถานการณ์ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จังหวัดพังงา ปี พ.ศ. 2566–2568*. พังงา: กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพังงา.

สิทธิพร เพชรทองขาว, อัญชิสา สุขบาล, ธีราพร สังข์รอด, และฐิตินันท์ ชูเมฆ. (2566). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองต่อความรู้ การรับรู้ และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้. *วารสารสาธารณสุขล้านนา*, 19(2), 88–101.

สุนิสา ทูโมสิก, อัมพิกา ปิ่นสุวรรณ, วิษณุ อนิลบล, และมนต์ทิพา เทพเทียมทัศน์. (2567). พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลละแม จังหวัดชุมพร. *วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ*, 8(4), 692–701.

อธิพงษ์ สุขเพ็ญ, และอมรศักดิ์ โพธิ์อ่ำ. (2567). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาจาน ตำบลหนองกะท้าว อำเภอนครไทย จังหวัดพิษณุโลก. *วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีนอร์ทเทิร์น*, 5(2), 185–195.

Ayele, K., Tesfa, B., Abebe, L., Tilahun, T., & Girma, E. (2012). Self care behavior among patients with diabetes in Harari, Eastern Ethiopia: The Health Belief Model perspective. *PLoS ONE, 7*(4), e35515. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0035515

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

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

Daniel, W. W. (2010). *Biostatistics: Basic concepts and methodology for the health sciences* (9th ed.). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.

Dehghani-Tafti, A., Mazloomy Mahmoodabad, S. S., Morowatisharifabad, M. A., Afkhami Ardakani, M., Rezaeipandari, H., & Lotfi, M. H. (2015). Determinants of self-care in diabetic patients based on Health Belief Model. *Global Journal of Health Science, 7*(5), 33–42. https://doi.org/10.5539/gjhs.v7n5p33

Park, J.-H., Sherman, L. D., Smith, M. L., Patterson, M. S., & Prochnow, T. (2025). The association between Health Belief Model components and self-care practices among Black/African American men with type 2 diabetes. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 22*(3), 414. https://doi.org/10.3390/ijerph22030414

Rosenstock, I. M. (1974). Historical origins of the Health Belief Model. *Health Education Monographs, 2*(4), 328–335. https://doi.org/10.1177/109019817400200403

World Health Organization. (2011**). Fact Sheet no. 312** diabetes. [Online]. Available : http://www.who.int/mediecentre/fectsheet/fs312/en/index.html [2026, May 10].

Received: 10 May 2026 ; **Revised:** 17 May 2026
Accepted: 30 Jun 2026

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคึกคัก อำเภอตะกั่วป่า จังหวัดพังงา

วาสนา เวชกุล [1]

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนามีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน กลุ่มประชากรคือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคึกคัก อำเภอตะกั่วป่า จังหวัดพังงา จำนวน 318 คน โดยใช้สูตรการคำนวณกลุ่มตัวอย่างที่ทราบจำนวนประชากรที่แน่นอนของ Daniel ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 183 ราย ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบมีระบบ เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูลคือ แบบสอบถาม ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ คุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้ป่วย ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน และนำไปทดลองใช้เพื่อวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟ่าครอนบาค เท่ากับ 0.901 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร ผลการวิจัยพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนมีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง (78.10%) ($\overline{X}$=3.54, S.D.=0.440) พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนมีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง (83.60%) ($\overline{X}$=2.87, S.D.=0.618) ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคึกคัก อำเภอตะกั่วป่า จังหวัดพังงา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r=-0.765, P-value<0.001)

คำสำคัญ : โรคเบาหวาน, ภาวะแทรกซ้อน, ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, พฤติกรรมสุขภาพ

[1] **พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคึกคัก อำเภอตะกั่วป่า จังหวัดพังงา,** E-mail: Wassanawet@gmail.com

Factors associated with health behaviors of patients with non-complicated diabetes mellitus in the service area of Khao Lak Sub-district Health Promotion Hospital Takua Pa District Phang Nga Province

Wasana Wetchakul [1]

Abstract

Descriptive research aimed to study the relationship between health literacy and health behaviors among patients with uncomplicated diabetes mellitus. The population consisted of 318 patients with uncomplicated diabetes mellitus within the service area of Khuk Khak Sub-district Health Promotion Hospital, Takua Pa District, Phang Nga Province. Using Daniel's formula for calculating the exact population size, a sample of 183 patients, and systematic sampling method was used. The data collection instrument was a questionnaire consisting of three parts: personal characteristics of patients, health literacy, and health behaviors of diabetic patients without complications. Content validity was checked by three experts, and the reliability was analyzed using Cronbach's alpha coefficient, which was 0.901, an association analysis used Pearson product moment correlation coefficient. The resulted found that The health literacy score of diabetic patients without complications was at a moderate level (78.10%) ($\overline{X}$=3.54, S.D.=0.440), The health behaviors of diabetic patients without complications were also at a moderate level (83.60%) ($\overline{X}$=2.87, S.D.=0.618), respectively. An association found that health literacy had a statistically significant negative correlation with health behaviors among uncomplicated diabetic patients in the service area of Khuk Khak Sub-district Health Promotion Hospital, Takua Pa District, Phang Nga Province (r=-0.765, P-value<0.001).

Keywords: Diabetic mellitus, Complications, Health literacy, Health behaviors.

[1] Registered Nurse, Professional Level, Khuk Khak Sub-district Health Promotion Hospital Takua Pa District Phang Nga Province, E-mail: Wassanawet@gmail.com

บทนำ

โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง หรือ NCDs (Non-Communicable Diseases) เป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของคนทั่วโลก ส่วนใหญ่เกิดจากปัญหาการดูแลตัวเอง เนื่องจากสภาพสังคมและรูปแบบการใช้ชีวิตในด้านต่างๆ ที่เปลี่ยนไป โรคเบาหวาน ป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่พบมากทั่วโลกรวมถึงประเทศไทย มีภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ ได้แก่ โรคแทรกซ้อนทางระบบหัวใจและหลอดเลือด การเสื่อมหน้าที่ของประสาทส่วนปลาย การเสื่อมของจอตา โรคไตวายเรื้อรัง เป็นต้น โรคเบาหวานยังส่งผลต่อปัญหาด้านเศรษฐกิจและสังคมอย่างมาก สมาคมโรคเบาหวานนานาชาติ (IDF : International Diabetes Federation) องค์การอนามัยโลก ได้แบ่งชนิดของโรคเบาหวานออกเป็น 6 ชนิด คือ โรคเบาหวานชนิดที่ 1, โรคเบาหวานชนิดที่ 2, โรคเบาหวานชนิดผสมระหว่างชนิดที่ 1 และชนิดที่ 2, โรคเบาหวานที่มีสาเหตุจำเพาะ, โรคเบาหวานที่วินิจฉัยครั้งแรกขณะตั้งครรภ์ และโรคเบาหวานที่ไม่สามารถแยกชนิดได้เมื่อได้รับการวินิจฉัย (World Health Organization, 2019) โดยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นชนิดที่พบมากที่สุดในคนไทย โดยพบปริมาณร้อยละ 95 (สมาคมโรคต่อมไร้ท่อ, 2566) สำหรับประเทศไทย ปัจจุบันประชากรไทยวัยผู้ใหญ่ป่วยเป็นโรคเบาหวานจำนวน 6.06 ล้านคนในปี 2564 มีผู้ป่วยเบาหวานที่เข้าถึงการรักษาในสถานบริการภาครัฐในปี 2566 จำนวน 3.45 ล้านคน ในจำนวนนี้มีผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้เพียงร้อยละ 22.58 คาดการณ์ว่าความชุกของโรคเบาหวานจะเพิ่มสูงขึ้นถึง 5.3 ล้านคนภายในปี 2583 (สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย, 2560)

จังหวัดพังงา พบผู้ป่วยเบาหวานในปี 2565-2568 จำนวน 16,202 , 16,568 , 16,968 และ 17,513 คน ตามลำดับ และคิดเป็นอัตราป่วย เท่ากับ 75.87, 77.58,79.49 และ 82.0 ต่อพันประชากร ตามลำดับ(ระบบคลังสุขภาพด้านการแพทย์และสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพังงา, 2568) โรคเบาหวานนอกจากเป็นปัญหาของสุขภาพที่ทำให้ร่างการเสื่อมโทรม ยังทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลง เป้าหมายหลักในการดูแลผู้ป่วยนอกจากการดูแลรักษาเพื่อควบคุมน้ำตาลในเลือดให้ปกติแล้ว พฤติกรรมการดูแลสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ย่อมต้องคำนึง เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปใช้ชีวิตได้อย่างมีคุณภาพที่สุด

อำเภอตะกั่วป่าเป็นพื้นที่ที่มีจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานสูงเป็นอันดับต้นๆของจังหวัดพังงา เนื่องจากเป็นสังคมเมืองและจำนวนประชากรที่หนาแน่น ประกอบกับเป็นอำเภอที่เป็นสถานที่ท่องเที่ยวระดับโลก ประชากรวัยทำงานต้องทำงานแข่งกับเวลามากขึ้น ตำบลคึกคักมีผู้ป่วยโรคเบาหวานปี 2565-2568 จำนวน 366, 353, 324 และ 318 คน ตามลำดับ (ระบบคลังสุขภาพด้านการแพทย์และสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพังงา, 2568) ผลการดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคึกคัก ในพื้นที่ พบว่าผู้ป่วยที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี มีประมาณร้อยละ 38 ซึ่งยังต่ำกว่าเป้าหมายตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุขและอาจจะเป็นปัญหา

สุขภาพตามมาคือภาวะแทรกซ้อนตามระบบต่างๆ จึงมีความสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคึกคัก อำเภอตะกั่วป่า จังหวัดพังงา

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคึกคัก อำเภอตะกั่วป่า จังหวัดพังงา

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research study) ดำเนินการวิจัยปี พ.ศ.2568 และอาศัยอยู่ในพื้นที่จริงอย่างน้อย 6 เดือนขึ้นไป โดยกำหนดกรอบแนวคิด ประกอบด้วยตัวแปรอิสระ คือ 1) คุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน 2) การรอบรู้ด้านสุขภาพ ตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมการสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคึกคัก อำเภอตะกั่วป่า จังหวัดพังงา

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้คือผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคึกคัก อำเภอตะกั่วป่า จังหวัดพังงา ปี พ.ศ.2568 และอาศัยอยู่ในพื้นที่จริงอย่างน้อย 6 เดือนขึ้นไป จำนวน 318 คน กำหนดเกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ปี 2568 และอ่านออกเขียนได้ กำหนดเกณฑ์การคัดออก ได้แก่ ผู้ที่ไม่สมัครใจตอบคำถามและเจ็บป่วยในช่วงเก็บข้อมูลจนไม่สามารถให้ข้อมูลได้ คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ทราบจำนวนประชากรที่แน่นอนโดยใช้สูตร Daniel (2010) กำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ 95% ค่าความคลาดเคลื่อนสามารถยอมรับได้เท่ากับ 0.05 ได้กลุ่มตัวอย่าง เท่ากับ 183 คน

การสุ่มตัวอย่าง

การสุ่มตัวอย่างใช้วิธีการสุ่มแบบมีระบบ (Systematic Random Sampling) เพื่อเลือกรายชื่อจากทะเบียนรายชื่อของผู้ป่วยตามเกณฑ์คัดเข้า โดยนำรายชื่อจำนวนผู้ป่วยในแต่ละหมู่บ้านมาเรียงลำดับรายชื่อตามตัวอักษร ก ถึง ฮ แล้วคำนวณค่าระยะห่างของการสุ่ม เท่ากับ 2 หลังจากนั้นเริ่มสุ่มหยิบรายชื่อกลุ่มตัวอย่างคนแรกแล้วหยิบรายชื่อกลุ่มตัวอย่างลำดับถัดไปโดยเว้นระยะห่างของรายชื่อ เท่ากับ 2 สุ่มหยิบรายชื่อกลุ่มตัวอย่างไปจนครบ จำนวน 183 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย 3 ส่วน

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรสระดับการศึกษา การประกอบอาชีพ รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน สิทธิ์ด้านการรักษาพยาบาล โรคประจำตัว ระยะเวลาการป่วยเป็นโรค ผู้ที่ทำหน้าทีหลักในการดูแล

ส่วนที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีของ Nutbeam (2000) ประกอบด้วย การเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพและบริการสุขภาพ, ความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพ, การสื่อสารเพิ่มความเชี่ยวชาญทางสุขภาพ, ด้านการจัดการตนเองให้มีความปลอดภัย, การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง, ด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องและด้านความรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบตามระดับความคิดเห็น 5 ระดับคือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ประกอบด้วย การรับประทานอาหาร, การออกกำลังกาย, ความเครียดและการจัดการความเครียด,การหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง,การพบแพทย์ตามนัดและการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบตามระดับการปฏิบัติ 5 ระดับคือ ปฏิบัติมากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด

แบบสอบถามส่วนที่ 2-3 ใช้เกณฑ์การแปลผลตามแนวคิดของ Best John W. (1977) แบ่งเป็น 3 ระดับคือ ระดับสูง (3.67–5.00 คะแนน) ระดับปานกลาง (2.34–3.66 คะแนน) และระดับต่ำ (1.00–2.33 คะแนน)

แบบสอบถามนี้สร้างขึ้นจากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โดยแบบสอบถามผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน (ค่า IOC ระหว่าง 0.50-1.00) หลังจากนั้นนำไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติเหมือนกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน วิเคราะห์หาความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach, 1997) เท่ากับ 0.901

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติสถิติเชิงพรรณนาและการทดสอบสมมุติฐานวิจัยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson’s Product Moment correlation coefficient) โดยพิจารณาค่า P-value ที่มีค่าน้อยกว่า 0.05

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยครั้งนี้ได้ดำเนินการขอความเห็นชอบ จากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ ของวิทยาลัยนอร์ทเทิร์น เอกสารรับรอง เลขที่ NREC 0036/2569 ลงวันที่ 19 มกราคม 2569 เพื่อพิจารณาอนุญาตให้ดำเนินการเก็บ

ข้อมูล เพื่อพิจารณาอนุญาตให้ ดำเนินการเก็บข้อมูลผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน และเพื่อเป็นการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน

ผลการศึกษาวิจัย

ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้ป่วย พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (73.80%) มีอายุมากกว่า 50 ปีขึ้นไป (89.10%) ($\overline{X}$=64.05, S.D.=10.821, Max=90, Min=31) มีสถานภาพสมรสคู่/แต่งงาน/อยู่ด้วยกัน (62.80%) ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาประถมศึกษา (59.60%) ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพ เกษตรกรรม (23.50%) ส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยน้อยกว่า 15,000 บาท (64.50%) ($\overline{X}$=12,251.37, S.D.=11,336.026, Max=56,000 Min=600) สิทธิ์ด้านการรักษาพยาบาลส่วนใหญ่มีประกันสุขภาพ (80.30%) เมื่อพิจารณาการประเมินค่าดัชนีมวลกาย (BMI) พบว่า ส่วนใหญ่มีค่าดัชนีมวลกาย (BMI) ระหว่าง 23 – 24.90 (ท้วม) (40.40%) การมีโรคประจำตัวอื่นๆของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัวอื่นๆ (66.10%) แหล่งการได้รับความรู้เรื่องโรคเบาหวาน จากเจ้าหน้าที่ (93.40%) ช่วงระยะเวลาการป่วยเป็นโรคเบาหวาน พบว่า ส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 1 – 15 ปี (93.40%) ($\overline{X}$=7.05, S.D.= 4.918, Max=23, Min=1) ผู้ที่ทำหน้าที่ในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย พบว่าส่วนใหญ่เป็น สามี / ภรรยา (52.50%) รองลงมาเป็น บุตร (31.10%) ตามลำดับ

ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วย ประกอบด้วย ด้านการเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพและบริการสุขภาพ ด้านความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพ ด้านการสื่อสารเพิ่มความเชี่ยวชาญ ด้านการจัดการตนเองให้มีความปลอดภัย ด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง และด้านการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศในภาพรวมความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนมีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง (78.10%) ($\overline{X}$=3.54, S.D.=0.440) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลคึกคัก อำเภอตะกั่วป่า จังหวัดพังงา (n=183)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ						Mean	S.D.
	สูง		ปานกลาง		ต่ำ			
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ		

1.ด้านการเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพและบริการสุขภาพ	70	38.30	111	60.70	2	1.10	3.57	0.529
2.ด้านความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพ	113	61.70	68	37.20	2	1.10	3.78	0.443
3.ด้านการสื่อสารเพิ่มความเชี่ยวชาญ	37	20.20	146	79.80	-	-	3.39	0.575
4.ด้านการจัดการตนเองให้มีความปลอดภัย	42	23.00	140	76.50	1	0.50	3.51	0.453
5.ด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง	46	25.10	136	74.30	1	0.50	3.47	0.505
6.ด้านการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ	74	40.40	109	59.60	-	-	3.55	0.518
ภาพรวมความรอบรู้ด้านสุขภาพ	**40**	**21.9**	**143**	**78.10**	**-**	**-**	**3.54**	**0.440**

พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคึกคัก อำเภอตะกั่วป่า จังหวัดพังงา ประกอบด้วย ด้านการรับประทานอาหารด้านการออกกำลังกาย ด้านความเครียดและการจัดการความเครียด ด้านการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงด้านการพบแพทย์ตามนัด ด้านการรับประทานยาต่อเนื่อง และด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ในภาพรวมพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนมีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง (83.60%) ($\overline{X}$=2.87, S.D.=0.618) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคึกคัก อำเภอตะกั่วป่า จังหวัดพังงา (n=183)

พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน	**ระดับการปฏิบัติ**			**Mean**	**S.D.**
	สูง	**ปานกลาง**	**ต่ำ**		

ที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ		
1.ด้านการรับประทานอาหาร	7	3.80	148	80.90	28	15.30	2.84	0.613
2.ด้านการออกกำลังกาย	2	1.10	116	63.40	65	35.50	2.58	0.671
3.ด้านความเครียดและการจัดการความเครียด	6	3.30	146	79.80	31	16.90	2.88	0.655
4.ด้านการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง	75	41.00	74	40.40	34	18.60	3.20	0.836
5.ด้านการพบแพทย์ตามนัด	7	3.80	137	74.90	39	21.30	2.72	0.705
6.ด้านการรับประทานยาต่อเนื่อง	12	6.60	135	73.80	36	19.70	2.90	0.780
7.ด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อน	23	12.60	129	70.50	31	16.90	2.91	0.746
ภาพรวมพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน	**1**	**0.50**	**153**	**83.60**	**29**	**15.80**	**2.87**	**0.618**

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคึกคัก อำเภอตะกั่วป่า จังหวัดพังงา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r=0.629, P-value<0.001) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน

ตัวแปรอิสระ	พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน		
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (r)	P-value	ระดับความสัมพันธ์
การรับรู้ด้านสุขภาพ	**-0.765**	**<0.001**	**มีความสัมพันธ์ทางลบ**

ด้านการเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพและบริการสุขภาพ	-0.652	<0.001	มีความสัมพันธ์ทางลบ
ด้านความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพ	-0.629	<0.001	มีความสัมพันธ์ทางลบ
ด้านการสื่อสารเพิ่มความเชี่ยวชาญ	-0.748	<0.001	มีความสัมพันธ์ทางลบ
ด้านการจัดการตนเองให้มีความปลอดภัย	-0.746	<0.001	มีความสัมพันธ์ทางลบ
ด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง	-0.662	<0.001	มีความสัมพันธ์ทางลบ
ด้านการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ	-0.560	<0.001	มีความสัมพันธ์ทางลบ

การอภิปรายผล

ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ประกอบ ด้านการเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพและบริการสุขภาพ ด้านความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพ ด้านการสื่อสารเพิ่มความเชี่ยวชาญด้านการจัดการตนเองให้มีความปลอดภัย ด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง ด้านการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ ความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย โดยสามารถอธิบายเหตุผลของปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value<0.001) สามารถอธิบายได้ว่า ด้านความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r=-0.765, P-value=0.000) พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานที่มีความรู้เกี่ยวกับปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุและวิธีการดูแลผู้สูงอายุถือว่าเป็นสิ่งจำเป็นที่มีผลต่อทักษะในการดูแลสุขภาพ เนื่องจากผู้ป่วยเหบาหวานที่มีความรู้ สามารถอ่านออกเขียนได้ทำให้มีทักษะการรับรู้ข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์ในการพัฒนาทักษะของตนเอง เพราะทักษะดูแลถือว่าเป็นทักษะที่ต้องอาศัยความรู้ความสามารถและการฝึกปฏิบัติ เพื่อให้เกิดความมั่นใจในการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง เช่น การวัดความดันโลหิตสูงมีความจำเป็นอย่างมากที่ผู้ดูแลจะต้องมีความรู้ที่ถูกต้องด้านเทคนิคและวิธีการ ซึ่งตรงกับแนวคิดขององค์การอนามัยโลก (1998) นิยามว่า “Health literacy represents the cognitive and social skill which determine the motivation and ability of individuals to gain access to, understand and use information in ways which promote and maintain good health” ซึ่งสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข แปลความว่า “ทักษะต่างๆ ทางการรับรู้ทางสังคม ซึ่งเป็นตัวกำหนดแรงจูงใจและความสามารถของปัจเจกบุคคลในการที่จะเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลในวิธีการต่างๆ เพื่อส่งเสริมและบำรุงรักษาสุขภาพของตนเองให้ดีอยู่เสมอ (พรทิพย์ ถาอุปชิต, 2565) แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของ

ตนเองในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าลุมภูอำเภอโนนสะอาด จังหวัดอุดรธานีผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยเบาหวานที่มีความสัมพันธ์การรับรู้ภาวะสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ไม่มีความสัมพันธ์กันทั้งสองกลุ่มยังพบว่าพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ระหว่างกลุ่มที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้และกลุ่มที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ไม่มีความแตกต่างกัน

ด้านการจัดการตนเองให้มีความปลอดภัยมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r=-0.746,P-value<0.001) พบว่า ผู้ที่เป็นโรคเบาหวานวัยสูงอายุที่ไม่สามารถดูแลตนเองได้ ผู้ที่มีประวัติภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำอย่างรุนแรง โรคตับ และโรคไตระยะสุดท้าย ผู้ที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจ ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำอยางรุนแรง โรคหลอดเลือดสมอง โรคลมชัก ควรควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดแบบไม่เข้มงวด คือ ควบคุมให้ไกลโคไซเลทฮีโมโกลบิน น้อยกวา ร้อยละ 8 ระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร อย่างน้อย 8 ชั่วโมง มีค่าใกล้เคียง 130 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร และระดับน้ำตาลในเลือดสูงสุดหลังรับประทานอาหารอย่างน้อย 1 -2 ชั่วโมง น้อยกว่า 180 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร เนื่องจากหากเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ออาจเกิดอันตรายได้ (สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทยฯ และคณะ,2554) และ (สมใจ จางวาง , 2557) สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มเสี่ยงอำเภอสะเดา จังหวัดสงขลา ผลการวิจัยพบว่า ความรู้และการรับรู้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานความรู้และการรับรู้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง

ข้อเสนอแนะ

หน่วยงานสาธารณสุขควรจัดการฝึกอบรมสัมมนานอกสถานที่ เพื่อสร้างความเข้าใจความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน และส่งเสริม สนับสนุนการทำงานเป็นทีม และบูรณาการกับหน่วยงานอื่น ที่เกี่ยวข้อง (อบต./เทศบาล/ผู้นำชุมชน) ให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

กระทรวงสาธารณสุข. (2568). **Health Data Center.** [อินเตอร์เน็ต]. สืบค้นเมื่อ 22 ธันวาคม 2568. เข้าถึงได้จาก: https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/page.php.

กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2547). **คู่มือการดูแลตนองเบื้องต้น เรื่องเบาหวาน**

สำหรับผู้เสี่ยงต่อโรค. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.

กองสุขศึกษา. (2556). **ความรอบรู้ด้านสุขภาพ.** พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.

เฉลิมพล ตันสกุล. (2543). **พฤติกรรมศาสตรสาธารณสุข.** พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: สหประชาพาณิชย์.

ณภัทร บูรณะพลานามัย และคณะฯ (2565). **ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ตำบลคลองหินปูน อำเภอวังน้ำเย็น จังหวัดสระแก้ว.** วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ; 18(1): 205-217

พรทิพย์ ถาอุปชิต (2565). **พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าลุมภูอำเภอโนนสะอาด จังหวัดอุดรธานี.** วารสารพุทธปรัชญาวิวัฒน์กรุงเทพฯ; 7(2) : 231-241

ศิริ ทวิชศรี. (2566). **พฤติกรรมการดูแลตนเองและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลปากน้ำหลังสวน จังหวัดชุมพร.** สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชุมพร.

สมใจ จางวาง และคณะ. (2557). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงของประชาชนกลุ่มเสี่ยง. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลสาธารณสุขภาคใต้; 3 (1): 110-128

สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย. (2560). [อินเตอร์เน็ต]. สืบค้นเมื่อ 22 ธันวาคม 2568. เข้าถึงได้จาก: https://www.dmthai.org/new/index.php/sara-khwam-ru/sahrab-bukhkhl- thawpi/health-information-and-articles/health-information-and-articles-2560

สุวิพรรณ มาปู่. (2568). **ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วย โรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในหน่วยบริการปฐมภูมิโรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราช องค์ที่ 17 อำเภอสองพี่น้อง จังหวัดสุพรรณบุรี.** The Journal of Boromarjonani College of Nursing, Suphanburi: 8(1): 100-116

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพังงา. (2568). ระบบคลังสุขภาพด้านการแพทย์และสาธารณสุข. [อินเตอร์เน็ต]. สืบค้นเมื่อ 22 ธันวาคม 2568. เข้าถึงได้จาก https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/page.php.

Best, John W. (1977). Research is Evaluation. (3rded). Englewood Cliffs: N.J. Prentice-Hall.

Cronbach, Lee J. (1951). Essentials of Psychological Testing. 3rd ed. New York: Harper.

Daniel W.W. (2010). Biostatistics: Basic Concepts and Methodology for the Health Sciences. (9th ed). New York: John Wiley & Sons.

Nutbeam, D. (2000). **Health Literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into health 21st century.** Health Promotion International. 15(8) printed in Great Britain.

World Health Organization. (2019). **Classification of diabetes mellitus**. Geneva: World Health Organization

Received: 8 May 2026 ; Revised: 15 May 2026
Accepted: 30 Jun 2026

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านปากพู่ ตำบลท่านา อำเภอกะปง จังหวัดพังงา

กาญจนา เหมาะมาศ [1]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านปากพู่ ประชากร คือ ผู้ป่วยเบาหวานที่มีรายชื่อตามทะเบียนบ้านเขตจังหวัด พังงา อำเภอกะปง ตำบลท่านา พ.ศ 2568 และอาศัยอยู่ในพื้นที่จริงอย่างน้อย 6 เดือนขึ้นไป กลุ่มตัวอย่างจำนวน 114 คน ได้มาจากการสุ่มตัวอย่างแบบมีระบบใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบมีระบบ เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูลคือ แบบสอบถาม ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ คุณลักษณะส่วนบุคคล ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ ทดสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและความเชื่อมั่น วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน และนำไปทดลองใช้เพื่อวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟ่าครอนบาค เท่ากับ 0.867 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง (56.14%) ($\overline{X}$=2.15, S.D.=0.66) พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง (48.25 %) ($\overline{X}$= = 2.20, S.D. = 0.62) ตามลำดับ ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านปากพู่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ การสื่อสารเพิ่มความเชี่ยวชาญ (r=0.215, P-value=0.011)

คำสำคัญ : ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, พฤติกรรมสุขภาพ, โรคเบาหวานชนิดที่ 2

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านปากพู่ จังหวัดพังงา, E-mail: : Karn.Mohmas@gmail.com

Factors Associated with Health Behaviors of Patients with Type 2 Diabetes Mellitus at Banpakphu Subdistrict Health Promoting Hospital, Tha Na Subdistrict, Kapong District, Phang Nga Province.

Karnjana Mohmas [1]

Abstract

This descriptive research aimed to study factors related to the health behaviors of type 2 diabetes patients in the Ban Pak Phu Subdistrict Health Promotion Hospital area. The population consisted of diabetic patients registered in the household registration in Kapong District, Tha Na Sub-district, Phang Nga Province, in 2025, who had resided in the area for at least six months. The sample size was 114 individuals, obtained through systematic sampling. The data collection instrument was a questionnaire consisting of three parts: personal characteristics, health literacy, and health behaviors. The questionnaire was validated through content validity and reliability testing. Data were analyzed using descriptive statistics. Content validity was tested by three experts, and reliability was assessed using Cronbach's alpha coefficient, which was 0.867. Pearson correlation coefficient was used to analyze the data at a statistical significance level of 0.05. The results of the data analysis showed that... Health literacy scores were at a moderate level (56.14%) ($\bar{X}$=2.15, S.D.=0.66). Health behaviors of type 2 diabetes patients also had moderate scores (48.25%) ($\bar{X}$=2.20, S.D.=0.62), respectively. Correlation analysis revealed that a statistically significant ($p < 0.05$) factor positively correlated with health behaviors of type 2 diabetes patients in the Ban Pak Phu Subdistrict Health Promotion Hospital area was communication for increased expertise (r=0.215, P-value=0.011).

Keywords: Health literacy, Health behaviors, Type 2 diabetes mellitus

[1] Registered Nurse, Professional Level Ban Pak Phu Subdistrict Health Promoting Hospital, Phang Nga Province, Thailand, E-mail: Karn.Mohmas@gmail.com

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นภาวะความผิดปกติทางเมตาบอลิซึมเรื้อรังที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งพบมากที่สุดในประชากรวัยผู้ใหญ่ มีสาเหตุสำคัญจากภาวะดื้อต่ออินซูลินหรือการผลิตอินซูลินไม่เพียงพอ ปัจจุบันทั่วโลกมีผู้ป่วยโรคเบาหวานประมาณ 830 ล้านคน และมากกว่าครึ่งหนึ่งไม่ได้รับการวินิจฉัยหรือการรักษาที่เหมาะสม (World Health Organization, 2025) สำหรับประเทศไทย พบความชุกของโรคเบาหวานในประชากรผู้ใหญ่ปี พ.ศ. 2563 ร้อยละ 9.5 และมีผู้ป่วยที่ยังไม่ได้รับการวินิจฉัยร้อยละ 30.6 (Dulyapach et al., 2022) ขณะที่ International Diabetes Federation (2024) รายงานว่าประเทศไทยมีผู้ป่วยประมาณ 6.36 ล้านคน หรือร้อยละ 10.2 ของประชากรผู้ใหญ่ ซึ่งสะท้อนถึงภาระโรคที่เพิ่มขึ้นจากภาวะอ้วน พฤติกรรมการบริโภคที่ไม่เหมาะสม การมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ และการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ

จังหวัดพังงา พบว่าอัตราการป่วยด้วยโรคเบาหวานในปี พ.ศ. 2568 เพิ่มขึ้น 191.54 ต่อแสนประชากร จากปี 2565 และในอำเภอกะปงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี โดยมีอัตราการป่วยในปี พ.ศ. 2565–2568 เท่ากับร้อยละ 8.99, 9.48, 10.01 และ 10.24 ตามลำดับ แม้ว่าจังหวัดพังงาจะมีจำนวนผู้ป่วยลดลงเล็กน้อยในช่วงปี พ.ศ. 2565–2567 โดยมีจำนวน 14,444 คน 14,102 คน และ 13,856 คน ตามลำดับ แต่อำเภอกะปงยังคงมีแนวโน้มผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพังงา, 2568) นอกจากนี้ ยังพบข้อจำกัดด้านพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วย เช่น การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง และการติดตามระดับน้ำตาลในเลือด ส่งผลให้ยังคงเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน รวมถึงข้อจำกัดด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพในพื้นที่ชนบทและประชากรสูงอายุที่เพิ่มขึ้น ดังนั้น การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในอำเภอกะปง จังหวัดพังงา จึงมีความสำคัญ เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการพัฒนาแนวทางส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ อันจะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการควบคุมโรค ลดความเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อน และยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านปากพู่ ตำบลท่านา อำเภอกะปง จังหวัดพังงา

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research study) ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนมกราคม–พฤษภาคม พ.ศ.2569 โดยกำหนดกรอบแนวคิด ประกอบด้วย ตัวแปรอิสระ คือ 1) คุณลักษณะส่วนบุคคล 2) ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านปากพู่ ตำบลท่านา อำเภอกะปง จังหวัดพังงา

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มประชากรที่ใช้ในการศึกษาคือ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ และขึ้นทะเบียนผู้รับบริการของคลินิกโรคเบาหวานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านปากพู่ อำเภอกะปง จังหวัดพังงา ในปีงบประมาณ 2568 จำนวน 140 คน กำหนดเกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ ผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่พบภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากโรคเบาหวาน ได้แก่ ตา ไต เท้า หัวใจ และได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องหรือไม่ขาดยา กำหนดเกณฑ์การคัดออก ได้แก่ ผู้ที่ไม่สมัครใจตอบคำถามและเจ็บป่วยในช่วงเก็บข้อมูลจนไม่สามารถให้ข้อมูลได้ คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ทราบจำนวนประชากรที่แน่นอนโดยใช้สูตร Daniel (2010) กำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ 95% ค่าความคลาดเคลื่อนสามารถยอมรับได้เท่ากับ 0.05 ได้กลุ่มตัวอย่าง เท่ากับ 114 คนใช้วิธีการสุ่มแบบมีระบบ (Systematic Random Sampling)เพื่อเลือกประชาชนกลุ่มเสี่ยงเป็นกลุ่มตัวอย่าง

การสุ่มตัวอย่าง

การสุ่มตัวอย่างใช้วิธีการสุ่มแบบมีระบบ (Systematic Random Sampling) เพื่อเลือกรายชื่อจากทะเบียนรายชื่อของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ตามเกณฑ์คัดเข้า โดยนำรายชื่อจำนวนผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มาเรียงลำดับรายชื่อตามตัวอักษร ก ถึง ฮ แล้วคำนวณค่าระยะห่างของการสุ่ม เท่ากับ 2 หลังจากนั้นเริ่มสุ่มหยิบรายชื่อกลุ่มตัวอย่างคนแรกแล้วหยิบรายชื่อกลุ่มตัวอย่างลำดับถัดไปโดยเว้นระยะห่างของรายชื่อเท่ากับ 2 สุ่มหยิบรายชื่อกลุ่มตัวอย่างไปจนครบ จำนวน 114 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย 3 ส่วน

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ได้แก่ ได้แก่ เพศ, อายุ, สถานภาพสมรส, ระดับการศึกษา, การประกอบอาชีพ, รายได้เฉลี่ยต่อเดือน, ดัชนีมวลกาย (BMI), โรคประจำตัว อื่น ๆ และสถานที่รับบริการคลินิกเบาหวาน

ส่วนที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีของนัทบีม (Nutbeam, 2000) ประกอบด้วย ความรู้ความเข้าใจ การเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพและบริการสุขภาพ การสื่อสารเพิ่มความเชี่ยวชาญ การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องและการจัดการตนเองให้มีความปลอดภัย ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบตามระดับความคิดเห็น 5 ระดับคือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ประกอบด้วย การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย ด้านการรับประทานยา ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบตามระดับการปฏิบัติ 5 ระดับคือ ปฏิบัติมากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด

แบบสอบถามส่วนที่ 2-3 ใช้เกณฑ์การแปลผลตามแนวคิดของ Best John W. (1977) แบ่งเป็น 3 ระดับคือ ระดับสูง (3.67–5.00 คะแนน) ระดับปานกลาง (2.34–3.66 คะแนน) และระดับต่ำ (1.00–2.33 คะแนน) แบบสอบถามนี้สร้างขึ้นจากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โดยแบบสอบถามผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน (ค่า IOC ระหว่าง 0.67-1.00) หลังจากนั้นนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 114 คน วิเคราะห์หาความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach, 1997) เท่ากับ 0.85

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติสถิติเชิงพรรณนาและการทดสอบสมมุติฐานวิจัยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson’s Product Moment correlation coefficient) โดยพิจารณาค่า P-value ที่มีค่าน้อยกว่า 0.05 หรือมีนัยสำคัญทางสถิติ

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยฉบับนี้ได้ผ่านการรับรองให้ทำวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์วิทยาลัยนอร์ทเทิร์น เอกสารรับรองเลขที่ NREC 0010/2569 รับรองวันที่ 12 มกราคม 2569

ผลการศึกษาวิจัย

ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (77.20%) ส่วนใหญ่อายุมากกว่า 65 ปี (44.70%) ($\overline{X}$=62.96, S.D.=11.254, Min=27, Max=88) มีสถานภาพสมรส/คู่และอยู่ด้วยกัน (62.30%) และมีผู้ป่วย

เบาหวาน ชนิดที่ 2 ที่คู่สมรสถึงแก่กรรม หม้าย/หย่า/แยก (35.10%) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (63.20%) สำหรับด้านอาชีพ พบว่าส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม (45.60%) รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือนมากกว่า 5,000 บาท (94.70%)สำหรับค่าดัชนีมวลกาย พบว่าส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มน้ำหนักเกิน 43.90% รองลงมาคือมีน้ำหนักปกติ 35.10% และอ้วน 12.30% ทั้งนี้ ผู้ป่วยส่วนใหญ่รับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพส่วนตำบลบ้านปากพู่ 53.50% รองลงมาคือโรงพยาบาลกะปงชัยพัฒน์ 38.60% และโรงพยาบาล ตะกั่วป่า 7.90% ตามลำดับ

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ภาพรวมมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง(56.14%) ($\bar{X}$=2.15, S.D.=0.66) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ (55.00%) ($\bar{X}$= 2.40, S.D. = 0.66) ด้านการสื่อสารเพิ่มความเชี่ยวชาญ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำมากที่สุด (74.56 %) ($\bar{X}$ = 2.74, S.D. = 0.43) ด้านการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ (59.65 %) ($\bar{X}$ = 2.38, S.D. = 0.81) ด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง ส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ (53.63 %) ($\bar{X}$= 2.40, S.D. = 0.70) และด้านการจัดการตนเองให้มีความปลอดภัย ส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ (42.11 %) ($\bar{X}$= 2.22, S.D. = 0.76) (ตามตารางที่ 1)

พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ประกอบด้วย การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย ด้านการรับประทานยา พบว่า ผลการวิเคราะห์พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 114 คน พบว่า โดยภาพรวมผู้ป่วยส่วนใหญ่มีพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง (48.25 %) ($\bar{X}$= 2.20, S.D. = 0.62) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านการรับประทานอาหาร ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง (86.84 %) ($\bar{X}$= = 2.06, S.D. = 0.35) ด้านการออกกำลังกาย ส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ (50.88%) ($\bar{X}$= 2.45, S.D. = 0.59) และด้านการรับประทานยา พบว่าส่วนใหญ่ อยู่ในระดับต่ำ (47.37%) ($\bar{X}$ = 2.09, S.D. = 0.92) ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังมีพฤติกรรมสุขภาพในระดับปานกลางถึงต่ำ โดยเฉพาะด้านการออกกำลังกายและการรับประทานยาที่ยังต้องได้รับการส่งเสริมและพัฒนาเพิ่มเติม (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านปากพู่ ตำบลท่านา อำเภอกะปง จังหวัดพังงา (n=114)

ตัวแปรอิสระ	ระดับคะแนน						Mean	S.D.
	สูง		ปานกลาง		ต่ำ			
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ		
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	**48**	**42.11**	**64**	**56.14**	**27**	**23.68**	**2.15**	**0.66**
1. ความรู้ความเข้าใจ	14	12.28	67	58.77	33	28.95	2.16	**0.62**
2. การเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพและบริการสุขภาพ	11	9.65	46	40.35	57	50.00	2.40	**0.66**
3. การสื่อสารเพิ่มความเชี่ยวชาญ	0	0.00	29	25.44	85	74.56	2.74	**0.43**
4. การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ	24	21.05	22	19.30	68	59.65	2.38	**0.81**
5. การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง	14	12.28	40	35.09	60	52.63	2.40	**0.70**
6. การจัดการตนเองให้มีความปลอดภัย	25	21.93	41	35.96	48	42.11	2.22	**0.76**
พฤติกรรมสุขภาพ	**18**	**15.79**	**55**	**48.25**	**41**	**35.96**	**2.20**	0.62
1. การรับประทานอาหาร	4	3.51	99	86.84	11	9.65	2.06	**0.35**
2. การออกกำลังกาย	6	5.26	50	48.86	58	50.88	2.45	**0.59**
3. การรับประทานยา	44	38.60	16	14.04	54	47.37	2.09	**0.92**

จากผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($r = 0.093$, P-value< 0.05)

ตารางที่ 2 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน การรับรู้ด้านสุขภาพ ที่มีความสัมพันธ์ทักษะของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

ปัจจัย	พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่2		
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (r)	P-value	ระดับความสัมพันธ์
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ			
- ความรู้ความเข้าใจ	-0.230	0.006*	มีความสัมพันธ์เชิงลบอย่างมีนัยสำคัญ
- การเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพและบริการสุขภาพ	-0.098	0.248	ไม่มีความสัมพันธ์
- การสื่อสารเพิ่มความเชี่ยวชาญ	0.215	0.011*	มีความสัมพันธ์เชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญ
- การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ	-0.002	0.986	ไม่มีความสัมพันธ์
-การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง	0.059	0.490	ไม่มีความสัมพันธ์
- การจัดการตนเองให้มีความปลอดภัย	-0.230	0.006*	มีความสัมพันธ์เชิงลบอย่างมีนัยสำคัญ
ภาพรวมความรอบรู้ด้านสุขภาพ	-0.082	<0.05	มีความสัมพันธ์เชิงลบระดับต่ำ

หมายเหตุ * ค่าระดับนัยสำคัญ น้อยกว่า 0.05, ** ค่าระดับนัยสำคัญ น้อยกว่า 0.01

การอภิปรายผล

ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านปากพู่ ตำบลท่านา อำเภอกะปง จังหวัดพังงา พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีระดับความรู้ความเข้าใจอยู่ในระดับปานกลาง (56.14%) รองลงมาคือระดับสูง (42.11%) สะท้อนให้เห็นว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเบาหวานและการดูแลสุขภาพตนเองในระดับหนึ่ง แต่อาจยังขาดความรู้เชิงลึกในการปฏิบัติตนอย่างเหมาะสม ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุและมีระดับการศึกษาประถมศึกษา ซึ่งอาจส่งผลต่อความสามารถในการเรียนรู้และทำความเข้าใจข้อมูลด้านสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของนฤมล แสงทอง (2567) ที่พบว่าระดับความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 (นฤมล แสงทอง, 2567)

ด้านการเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพและบริการสุขภาพ พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ (50.00%) รองลงมาคือระดับปานกลาง (40.35%) แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยยังมีข้อจำกัดในการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพและบริการสุขภาพที่จำเป็น อาจเนื่องมาจากข้อจำกัดด้านเทคโนโลยี การเข้าถึงสื่อดิจิทัล หรือข้อจำกัดด้านการเดินทางในพื้นที่ชนบทของอำเภอกะปง ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพที่ระบุว่าการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการดูแลตนเองและการตัดสินใจด้านสุขภาพของประชาชน (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2566)

ด้านการสื่อสารเพิ่มความเชี่ยวชาญ พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ (74.56%) สะท้อนให้เห็นว่าผู้ป่วยยังขาดทักษะในการซักถาม แลกเปลี่ยนข้อมูล หรือสื่อสารกับบุคลากรสาธารณสุขเกี่ยวกับโรคและการดูแลตนเอง ส่งผลให้ผู้ป่วยอาจไม่สามารถนำข้อมูลสุขภาพไปประยุกต์ใช้ได้อย่างถูกต้อง อย่างไรก็ตาม ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่า การสื่อสารเพิ่มความเชี่ยวชาญมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.215$, P-value= 0.011) แสดงให้เห็นว่าหากผู้ป่วยมีทักษะการสื่อสารที่ดี จะส่งผลให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Li และ Jullamate ที่พบว่าทักษะการสื่อสารและการได้รับคำแนะนำจากบุคลากรสุขภาพมีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน (Li & Jullamate, 2024)

ด้านการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ (59.65%) สะท้อนให้เห็นว่าผู้ป่วยยังขาดความสามารถในการวิเคราะห์และประเมินความน่าเชื่อถือของข้อมูลด้านสุขภาพจากสื่อต่าง ๆ ซึ่งอาจส่งผลต่อการเลือกใช้ข้อมูลที่ไม่ถูกต้องในการดูแลสุขภาพของตนเอง อย่างไรก็ตาม ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value = 0.986) อาจเนื่องมาจากผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังคงพึ่งพาคำแนะนำจากบุคลากรสาธารณสุขมากกว่าการแสวงหาข้อมูลจากสื่อออนไลน์

ด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ (52.63%) แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยยังมีข้อจำกัดในการเลือกแนวทางปฏิบัติด้านสุขภาพที่เหมาะสมกับตนเอง เช่น การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการป้องกันภาวะแทรกซ้อน แม้ว่าผลการวิเคราะห์จะไม่พบความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value = 0.490) แต่การมีทักษะการตัดสินใจที่เหมาะสมยังคงเป็นองค์ประกอบสำคัญของความรอบรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของกรมอนามัยที่กล่าวว่าการตัดสินใจด้านสุขภาพที่ถูกต้องจะช่วยลดความเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (กรมอนามัย, 2566)

ด้านการจัดการตนเองให้มีความปลอดภัย พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ (42.11%) และมีความสัมพันธ์เชิงลบกับพฤติกรรมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = -0.230, P-value = 0.006) อาจสะท้อนให้เห็นว่าผู้ป่วยบางส่วนยังขาดทักษะในการควบคุมพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง แม้จะมีความรู้เกี่ยวกับโรคก็ตาม ทั้งนี้อาจเกิดจากข้อจำกัดด้านอายุ ภาวะเศรษฐกิจ หรือแรงสนับสนุนทางสังคม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Polonsky และคณะ ที่พบว่าปัจจัยด้านอารมณ์และการจัดการตนเองมีผลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน (Polonsky et al., 2023)

ด้านพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่าโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (48.25%) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า พฤติกรรมการรับประทานอาหารส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง (86.84%) ขณะที่พฤติกรรมการออกกำลังกายอยู่ในระดับต่ำ (50.88%) สะท้อนให้เห็นว่าผู้ป่วยยังมีข้อจำกัดในการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ อาจเนื่องมาจากอายุที่เพิ่มขึ้นและข้อจำกัดด้านสุขภาพ ส่วนพฤติกรรมการรับประทานยา พบว่าผู้ป่วยจำนวนมากอยู่ในระดับต่ำ (47.37%) ซึ่งอาจส่งผลต่อประสิทธิภาพในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด สอดคล้องกับการศึกษาของ Manchu และคณะ ที่พบว่าพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานมีผลโดยตรงต่อการควบคุมโรคและการป้องกันภาวะแทรกซ้อน (Manchu et al., 2024)

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพโดยรวม พบว่ามีความสัมพันธ์เชิงลบระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = -0.082, P-valu < 0.05) ซึ่งอาจสะท้อนว่าการมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพียงอย่างเดียวอาจไม่เพียงพอที่จะทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม จำเป็นต้องอาศัยปัจจัยสนับสนุนอื่นร่วมด้วย เช่น แรงจูงใจ การสนับสนุนจากครอบครัว และการติดตามดูแลจากบุคลากรสาธารณสุข สอดคล้องกับแนวคิดขององค์การอนามัยโลกที่ระบุว่าการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรังจำเป็นต้องอาศัยทั้งปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยแวดล้อมร่วมกัน (World Health Organization, 2025)

จากผลการศึกษาครั้งนี้สามารถสรุปผลการศึกษาได้ว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง โดยเฉพาะด้านการออกกำลังกายและการดูแลตนเองที่ยังมีข้อจำกัด นอกจากนี้ ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สะท้อนให้เห็นว่าการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพสามารถช่วยพัฒนาพฤติกรรมการดูแลตนเองและลดความเสี่ยงจากภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานได้

ข้อเสนอแนะ

ผลการวิจัยไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนและพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีความเหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยเบาหวานในการวางแผนส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน โดยเน้นการพัฒนาความรู้และทัศนคติที่ถูกต้องเกี่ยวกับการดูแลตนเอง จัดโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพควรส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวและเครือข่ายชุมชนในการสนับสนุนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย เพื่อออกแบบโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น และให้เกิดการดูแลอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

เอกสารอ้างอิง

กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2566). *การรู้เท่าทันสื่อสุขภาพและการตัดสินใจด้านสุขภาพของประชาชนไทย*. กระทรวงสาธารณสุข.

กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพังงา. (2568). *รายงานสถานการณ์สุขภาพจังหวัดพังงา*. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพังงา.

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

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2566). *คู่มือการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ*. กระทรวงสาธารณสุข.

กรมอนามัย. (2564). *รายงานสถานการณ์สุขภาพคนไทย*. กรมอนามัย.

กรมอนามัย. (2566). *แนวทางการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทย*. กระทรวงสาธารณสุข.

กระทรวงสาธารณสุข. (2565). *รายงานสถิติผู้ป่วยโรคเบาหวานของประเทศไทย*. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.

นฤมล แสงทอง. (2567). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในชุมชน. *วารสารการพยาบาลและการสาธารณสุข*, 18(1), 45–58.

มงคล วรพิลาส, และ นาวิชาญ. (2567). ปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน. *วารสารการพยาบาล*.

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. (2567). *รายงานวิจัยการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนไทย*. สวรส.

สรุปสถิติสำคัญ. (2567). *รายงานสถานการณ์ด้านสาธารณสุข*. กรุงเทพฯ.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพังงา. (2568). *รายงานสถานการณ์สุขภาพจังหวัดพังงา*.

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2566). *แนวทางการพัฒนาระบบบริการสุขภาพและการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง*. สปสช.

สุพัตรา ใจดี และคณะ. (2566). ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 32(2), 123–135.

American Diabetes Association. (2024). *Standards of medical care in diabetes*. *Diabetes Care*.

Best, John W. (1977). Research is Evaluation. (3rd ed). Englewood Cliffs: N.J. Prentice-Hall.

Cronbach. (1997). Essentials of Psychological Testing. New york: Harper and Row.

Daniel W.W. (2010). Biostatistics: Basic Concepts and Methodology for the Health Sciences. (9 th ed). New York: John Wiley & Sons.

International Diabetes Federation. (2024). *IDF diabetes atlas* (10th ed.). International Diabetes Federation.

International Journal of Public Health. (2022). Public health trends and challenges. *International Journal of Public Health*.

Li, Y., & Jullamate, P.. (2024). Diabetes self-care and health outcomes. *International Journal of Nursing Studies*.

Manchu, R., et al. (2024). Self-management behaviors in diabetes patients. *Journal of Diabetes Research*.

Nicolucci, A., et al. (2023). Psychosocial aspects of diabetes management. *Diabetic Medicine*.

Nutbeam D. (2000). Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. Health Promotion International; 15(3): 259-267.

Polonsky, W. H., et al. (2023). Emotional well-being and diabetes outcomes. *Current Diabetes Reports*.

Speight, J., et al. (2021). Diabetes-related distress and quality of life. *Diabetic Medicine*. The Journal of Boromarjonani College of Nursing,

Suphanburi. (2025). Nursing and health science research. *The Journal of Boromarjonani College of Nursing, Suphanburi*.

World Health Organization. (2025). *Global health report*. World Health Organization

Received: 10 May 2026 ; **Revised:** 17 May 2026
Accepted: 30 Jun 2026

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสื่อสารเรื่องเพศของผู้ปกครองเด็ก อายุ 13-18ปี เขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลถ้ำ อำเภอตะกั่วทุ่ง จังหวัดพังงา

ศิริพร คันธานนท์ [1]

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนามีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสื่อสารเรื่องเพศของผู้ปกครองเด็ก อายุ 13-18 ปี ประชากรคือ ผู้ปกครองเด็ก อายุ 13-18 ปี เขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลถ้ำ อำเภอตะกั่วทุ่ง จังหวัดพังงา จำนวน 128 คน โดยใช้สูตรการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างของ Daniel มีจำนวนเท่ากับ 102 คน ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบมีระบบ เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่ คุณลักษณะส่วนบุคคล ความรู้ความเข้าใจ ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการสื่อสารเรื่องเพศ แบบสอบถามผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน และนำไปทดลองใช้เพื่อวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟ่าครอนบาค เท่ากับ 0.971 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า ความรู้ความเข้าใจมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง (79.41%) ($\overline{X}$=2.71, S.D.=0.623) ความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง (63.70%) ($\overline{X}$=2.16, S.D.=0.581) และพฤติกรรมการสื่อสารเรื่องเพศของผู้ปกครอง ค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง (61.80%) ($\overline{X}$=2.16, S.D.=0.598) ตามลำดับ ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการสื่อสารเรื่องเพศของผู้ปกครอง เขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลถ้ำ อำเภอตะกั่วทุ่ง จังหวัดพังงา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r=0.375, P-value < 0.001)

คำสำคัญ : ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, การสื่อสารเรื่องเพศ, ผู้ปกครอง, เด็กอายุ 13-18 ปี

[1] นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลถ้ำ จังหวัดพังงา, E-mail: siripornkrasom@gmail.com

Factor associated with communication about sex between Parents and Adolescent aged 13-18 year in Tham Sub-district Health Promoting Hospital, Takuatung District, Phangnga Province

Siriporn Kantanon [1]

Abstract

This descriptive research aimed to study factor associated with sexual communication among parents of adolescents aged 13-18 years. The study population consisted of 128 parents residing in the service area of Tham Sub-district Health Promoting Hospital, Takua Thung District, Phang Nga Province. A sample size of 102 participants was determined using Daniel's formula for a finite population and selected through systematic random sampling. Data were collected using a four-part questionnaire covering: personal characteristics, knowledge and understanding, health perception, and sexual communication behaviors. The instrument was validated by three experts for content validity and demonstrated high reliability with a Cronbach's alpha coefficient of 0.98. Data were analyzed using Pearson's correlation coefficient.The results revealed that parents' knowledge and understanding were at a high level (79.41%) %), ($\bar{X}$= 2.71, S.D. = 0.623). Health perception was at a moderate level (63.70%), ($\bar{X}$= 2.16, S.D. = 0.581), and sexual communication behavior was also at a moderate level (61.80%), ($\bar{X}$= 2.16, S.D. = 0.598). Correlation analysis indicated a statistically significant positive relationship between health perception and sexual communication behavior among parents in the study area (r = 0.375, P-value < 0.001).

Keywords: Health literacy,Sexual Communication, Parents, Children age 13-18 Aged years,

[1] Public Health Technical Officer, Professional Level, Tham Sub-district Health Promoting Hospital, Phang Nga Province, E-mail:siripornkrasom@gmail.com

บทนำ

ในยุคปัจจุบันที่ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีสารสนเทศเข้ามามีบทบาทสำคัญในการดำเนินชีวิต เยาวชนสามารถเข้าถึงข้อมูลและสื่อต่าง ๆ ได้อย่างรวดเร็วและไร้ขีดจำกัด ซึ่งส่งผลกระทบโดยตรงต่อพฤติกรรมและสุขภาวะทางเพศ จากรายงานสถานการณ์พฤติกรรมทางเพศของเด็กนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายในประเทศไทย พบว่ามีประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกมีแนวโน้มเกิดขึ้นเร็วขึ้นในช่วงอายุเพียง 14–16 ปี(สำนักอนามัยการเจริญพันธ์,2565) โดยในปี 2563 อัตราการมีเพศสัมพันธ์อยู่ที่ 16.9 ต่อ 1,000 คน และในปี พ.ศ. 2564 พบอัตราการมีเพศสัมพันธ์อยู่ที่ 16.7 ต่อ 1,000 คน เมื่อเทียบกับจังหวัดพังงา จำนวนการคลอดมีชีพ ในหญิงอายุ 15-19 ปี ปี พ.ศ 2566-2568 ร้อยละ10.33,8.37และ7.30 ตามลำดับ อำเภอตะกั่วทุ่ง ร้อยละ 12.29,10.67และ 6.21 (ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (HDC) เขตสุขภาพที่ 11,2568) โดยในปี พ.ศ. 2568 เขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลถ้ำ มีอัตราการคลอดมีชีพสูงถึงร้อยละ 14.8 ซึ่งเป็นตัวเลขที่สูงกว่าภาพรวมระดับอำเภออย่างเห็นได้ชัด(รายงานการคลอด โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลถ้ำ,2568) สะท้อนให้เห็นถึงความเสี่ยงต่อการตั้งครรภ์ไม่พร้อมและการแพร่ระบาดของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในพื้นที่ซึ่งยังคงเป็นปัญหาที่ต้องเร่งแก้ไข

สถาบันครอบครัวถือเป็นปราการด่านแรกและเป็นกลไกสำคัญที่สุดในการหล่อหลอมทัศนคติ รวมถึงสร้างภูมิคุ้มกันทางเพศที่ถูกต้องให้แก่เยาวชน โดยเฉพาะผู้ปกครองซึ่งเป็นบุคคลใกล้ชิดที่มีอิทธิพลต่อการเรียนรู้และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของบุตรหลาน อย่างไรก็ตาม ในบริบทสังคมไทยปัจจุบัน การสื่อสารเรื่องเพศภายในครอบครัวยังคงถูกจำกัดด้วยกำแพงทางวัฒนธรรมและความเชื่อดั้งเดิมที่มองว่าเรื่องเพศเป็นเรื่องน่าอายหรือไม่เหมาะสมที่จะหยิบยกมาพูดคุยอย่างเปิดเผย ผู้ปกครองจำนวนมากขาดทักษะและแนวทางในการสื่อสารที่เหมาะสมกับช่วงวัย 13–18 ปี มักใช้การตำหนิหรือสั่งห้ามแทนการให้คำปรึกษาเชิงบวก ส่งผลให้เด็กและเยาวชนเลือกที่จะแสวงหาข้อมูลจากสื่อออนไลน์หรือกลุ่มเพื่อนซึ่งอาจได้รับข้อมูลที่บิดเบือนและนำไปสู่การตัดสินใจที่ผิดพลาดได้ ด้วยสภาพปัญหาดังกล่าว ผู้วิจัยในฐานะผู้ปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขในพื้นที่เขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลถ้ำ จึงเล็งเห็นความจำเป็นเร่งด่วนในการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสื่อสารเรื่องเพศของผู้ปกครอง โดยประยุกต์ใช้แนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) มาเป็นกรอบในการวิเคราะห์ เพื่อทำความเข้าใจถึงความสามารถในการเข้าถึงข้อมูล การรู้เท่าทันสื่อ และทักษะการตัดสินใจของผู้ปกครองในพื้นที่ ผลการศึกษาครั้งนี้จะไม่เพียงแต่ทำให้ทราบถึงสถานการณ์ที่เป็นจริง แต่ยังจะเป็นข้อมูลพื้นฐานสำคัญในการออกแบบโปรแกรมการสื่อสารเชิงสร้างสรรค์ เพื่อเสริมสร้างสมรรถนะให้แก่ผู้ปกครองในการเป็นที่ปรึกษาที่ไว้วางใจ อันจะนำไปสู่การป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงและส่งเสริมสุขภาวะทางเพศที่ยั่งยืนให้แก่เยาวชนในชุมชนตำบลถ้ำสืบไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับกับการสื่อสารเรื่องเพศของผู้ปกครองเด็ก อายุ13-18 ปี เขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลถ้ำ อำเภอตะกั่วทุ่ง จังหวัดพังงา

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research study) โดยกำหนดตัวแปรอิสระ ได้แก่ คือ 1) คุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้ปกครองเด็ก อายุ 13-18 ปี 2) ความรู้ความเข้าใจ 3) ความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยใช้แนวคิดของ Nutbeam (2000) ตัวแปรตาม ได้แก่ พฤติกรรมการสื่อสารเรื่องเพศของผู้ปกครองเด็ก อายุ 13-18 ปี ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือน มกราคม - มิถุนายน พ.ศ 2569

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือ จำนวนเด็กที่อายุ 13- 18 ปี เขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลถ้ำ อำเภอตะกั่วทุ่ง จังหวัดพังงา ปีงบประมาณ พ.ศ 2568 จำนวน 128 คน เกณฑ์คัดเลือกเด็ก ได้แก่ เด็กที่มีอายุระหว่าง 13-18 ปี ที่อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลถ้ำ เกณฑ์คัดเลือกผู้ปกครอง คือผู้ที่ทำหน้าที่หลักในการดูแลเด็ก ที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนเดียวกัน อาศัยอยู่ในพื้นที่จริงอย่างน้อย 6 เดือนขึ้นไป และสามารถสื่อสารภาษาไทยอ่านออก เขียนได้ในการตอบแบบสอบถาม เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ ผู้ที่ไม่สมัครใจตอบคำถามและเจ็บป่วยในช่วงเก็บข้อมูลจนไม่สามารถให้ข้อมูลได้ คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตร Daniel (2010) กำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ 95% ค่าความคลาดเคลื่อนสามารถยอมรับได้เท่ากับ 0.05 ได้กลุ่มตัวอย่าง 102 คน ใช้วิธีการสุ่มแบบมีระบบ (Systematic Random Sampling) เพื่อเลือกรายชื่อเด็กอายุ 13-18 ปีเป็นกลุ่มตัวอย่าง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลคือ แบบสอบถาม ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้ปกครอง ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา การประกอบอาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ผู้ที่ทำหน้าที่หลักในการดูแลบุตรหลาน ประสบการณ์การพูดคุยหรือสอนเพศศึกษากับบุตรหลานและรูปแบบการอบรมเลี้ยงดูบุตรหลาน

ส่วนที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ประกอบด้วย การเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพและบริการสุขภาพ, การสื่อสารเพิ่มความเชี่ยวชาญทางสุขภาพ, การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ, การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง,

การจัดการตนเองให้มีความปลอดภัย ลักษณะข้อคำถามแบบประมาณค่า 5 ระดับ คือเห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ส่วนที่ 3 ความรู้ความเข้าใจในการสื่อสารเรื่องเพศ ประกอบด้วยเนื้อหาเกี่ยวกับความรู้ความเข้าใจพัฒนาการทางเพศเมื่อเข้าสู่วัยรุ่น การปฏิบัติที่ถูกต้อง อารมณ์เพศกับวัยรุ่น สุขภาพทางเพศ การวางแผนครอบครัว ทักษะการสื่อสารเชิงบวก เทคนิคการสื่อสารเรื่องเพศ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบเป็น ใช่ ไม่ใช่ ไม่แน่ใจ การแปลผลตามแนวคิดของ BLOOM (1975) แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ความรู้ระดับสูง คะแนน 80% หรือมากกว่า ความรู้ระดับปานกลาง คะแนนระหว่าง 61–79% ความรู้ระดับต่ำ คะแนน 60% หรือน้อยกว่า

ส่วนที่ 4 พฤติกรรมการสื่อสารเรื่องเพศ ประกอบด้วย พฤติกรรมการปรับทัศนคติตนเอง การเปิดใจ พฤติกรรมช่วงเวลาที่ควรสอนเพศศึกษา พฤติกรรมการสื่อสารแบบสองทางในการพูดคุยเรื่องเพศ พฤติกรรมการแสดงบทบาทสมมติเป็นแนวทางตอบคำถามเรื่องเพศ และพฤติกรรมฝึกทักษะการสื่อสารเชิงบวกลักษณะข้อคำถามแบบประมาณค่า 5 ระดับ คือเห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

แบบสอบถามส่วนที่ 2,4 ใช้เกณฑ์การแปลผลตามแนวคิดของ Best John W. (1977) แบ่งเป็น 3 ระดับคือ ระดับสูง (3.67–5.00 คะแนน) ระดับปานกลาง (2.34–3.66 คะแนน) และระดับต่ำ (1.00–2.33 คะแนน)

แบบสอบถามนี้สร้างขึ้นจากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่านตรวจสอบความตรงของเนื้อหา นำแบบสอบถามไปทดลองใช้คำนวณค่าความเที่ยง (Reliabiility) ด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach,1997) เท่ากับ 0.971

สถิติวิเคราะห์

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson’s Product Moment correlation coefficient) ที่ระดับความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.05

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้ดำเนินการขอความเห็นชอบจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ของ วิทยาลัยนอร์ทเทิร์น เอกสารรับรองเลขที่ HREC No.0037/2569 รับรองวันที่ 19 มกราคม 2569

ผลการศึกษาวิจัย

ผู้ปกครองเด็ก อายุ 13-18 ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (92.16%) ช่วงอายุอยู่ระหว่าง 45-60 ปี (49.02%) ($\overline{X}$ =51.75, S.D.= 9.335) Min=33, Max=76) มีสถานภาพสมรส/คู่อยู่ด้วยกัน (75.49%) นับถือศาสนาพุทธ (100%) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (36.27%) ผู้ปกครองเด็กส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม (39.22%) สำหรับรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 5,000 – 20,000 บาท (71.57%) ($\overline{X}$ =12,595.20, S.D.= 9699.576) Min=3000, Max=55,000) ผู้ทำหน้าที่หลักในการดูแลเด็กส่วนใหญ่ คือแม่ (64.71%) ส่วนใหญ่ผู้ทำหน้าที่หลักในการดูแลเด็กมี

ประสบการณ์การพูดคุยหรือสอนเพศศึกษาให้กับบุตรมาแล้ว (89.22%) และมีรูปแบบการอบรมเลี้ยงดูบุตรวัยรุ่นส่วนใหญ่จะดูแลแบบเอาใจใส่ (61.76%)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ภาพรวมมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง (63.70%) ($\overline{X}$ =2.16, S.D.=0.581) เมื่อพิจารณาความรอบรู้ด้านสุขภาพ จำแนกรายด้านที่มีคะแนนสูง ได้แก่ ด้านการเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพและบริการสุขภาพ ($\overline{X}$ =2.28, S.D.= 0.474) ด้านการสื่อสารเพิ่มความเชี่ยวชาญทางสุขภาพ($\overline{X}$ =2.68, S.D.= 0.487) ด้านการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ ($\overline{X}$ =2.52, S.D.= 0.520) ด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง ($\overline{X}$ =2.31, S.D.= 0.487) ด้านการจัดการตนเองให้มีความปลอดภัย ($\overline{X}$ =2.81, S.D.= 0.391) ด้านความรู้ความเข้าใจในการสื่อสารเรื่องเพศ ($\overline{X}$ =2.71, S.D.= 0.623) ตามลำดับ (ตามตารางที่ 1)

พฤติกรรมการสื่อสารเรื่องเพศของผู้ปกครองเด็กอายุ 13-18 ปี ภาพรวมมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง (61.80%) ($\overline{X}$ =2.16, S.D.=0.598) เมื่อพิจารณาความรอบรู้พฤติกรรมการสื่อสารเรื่องเพศของผู้ปกครอง จำแนกรายด้านที่มีคะแนนสูง ได้แก่ การฝึกทักษะการสื่อสารเชิงบวก (ฝึกฟังอย่างตั้งใจ) ($\overline{X}$ =2.23, S.D.= 0.632) การปรับทัศนคติตนเอง การเปิดใจ เรียนรู้ รับฟัง ความเห็นที่ต่าง ไม่ด่วนตัดสิน ($\overline{X}$ =2.20, S.D.= 0.602), การสื่อสารแบบสองทางในการพูดคุยเรื่องเพศ ($\overline{X}$ =2.17, S.D.= 0.603),ช่วงเวลาที่ควรสอนเรื่องเพศ($\overline{X}$ =2.07, S.D.= 0.557), การแสดงบทบาทสมมติเป็นแนวทางตอบคำถามเรื่องเพศ ($\overline{X}$ =2.06, S.D.= 0.584) ตามลำดับ (ตามตารางที่ 1)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ภาพรวมมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง (63.70%) ($\overline{X}$ =2.16, S.D.=0.581) และพฤติกรรมการสื่อสารเรื่องเพศของผู้ปกครอง ภาพรวมมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง (61.80%) ($\overline{X}$ = 2.16, S.D.=0.598) ตามลำดับ (ตามตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการสื่อสารเรื่องเพศของผู้ปกครองเด็กอายุ 13-18 ปี เขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลถ้ำ (n=102)

	ระดับคะแนน						Mean	S.D.
	สูง		ปานกลาง		ต่ำ			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	**27**	**26.50**	**65**	**63.70**	**10**	**9.80**	**2.16**	**0.581**
1.การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ	30	29.40	71	69.60	1	1.00	2.28	0.474
2.การสื่อสารเพิ่มความชำนาญ	71	69.60	30	29.40	1	1.00	2.68	0.487
3.การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ	55	53.90	46	45.10	1	1.00	2.52	0.520
4.การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง	33	32.40	68	66.70	1	1.00	2.31	0.487
5.การจัดการตนเองให้มีความปลอดภัย	83	81.40	19	18.60	-	-	2.81	0.391
6.ความรู้ความเข้าใจในการสื่อสารเรื่องเพศ	81	79.41	12	11.76	9	8.82	2.71	0.623
พฤติกรรมการสื่อสารเรื่องเพศ	**28**	**27.50**	**63**	**61.80**	**11**	**10.80**	**2.16**	**0.598**
1.การปรับทัศนคติตนเอง การเปิดใจ เรียนรู้ รับฟัง...	31	30.40	61	59.80	1	9.8	2.20	0.602
2.ช่วงเวลาที่ควรสอนเรื่องเพศ	20	19.6	70	68.60	12	11.80	2.07	0.557
3.การสื่อสารแบบสองทางในการพูดคุยเรื่องเพศ	28	28.40	62	60.80	11	10.80	2.07	0.557
4.การแสดงบทบาทสมมติเป็นแนวทางตอบคำถามเรื่องเพศ	21	20.60	67	65.70	14	13.70	2.06	0.584
5.ฝึกทักษะการสื่อสารเชิงบวก (ฝึกฟังอย่างตั้งใจ)	35	34.30	56	54.90	11	10.80	2.23	0.632

ผลการวิเคราะห์ตัวแปรอิสระที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการสื่อสารเรื่องเพศของผู้ปกครองเด็ก อายุ 13-18 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (r=0.375, P-value < 0.001) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการสื่อสารเรื่องเพศของผู้ปกครองเด็ก อายุ 13-18 ปี เขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลถ้ำ อำเภอตะกั่วทุ่ง จังหวัดพังงา

ตัวแปรอิสระ	พฤติกรรมการสื่อสารเรื่องเพศของผู้ปกครองเด็ก อายุ 13-18 ปี		
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (r)	P-value	ระดับความสัมพันธ์
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	**0.375**	**<0.001**	**มีความสัมพันธ์ทางบวก**
การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ	0.320	<0.001	มีความสัมพันธ์ทางบวก
การสื่อสารเพิ่มความเชี่ยวชาญ	0.215	<0.001	มีความสัมพันธ์ทางบวก
การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ	0.222	<0.001	มีความสัมพันธ์ทางบวก
การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง	0.362	<0.001	มีความสัมพันธ์ทางบวก
การจัดการตนเองให้มีความปลอดภัย	0.261	<0.001	มีความสัมพันธ์ทางบวก
ความรู้ความเข้าใจในการสื่อสารเรื่องเพศ	0.039	0.699	ไม่มีความสัมพันธ์

การอภิปรายผล

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการสื่อสารเรื่องเพศของผู้ปกครองเด็กอายุ 13-18 อย่างมีนัยสำคัญ (r=0.375, P-value < 0.001) สามารถอธิบายเหตุผลได้ว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพตามแนวคิดของ Nutbeam กล่าวว่า 1) ความรู้ ความเข้าใจและทักษะทางสังคมเป็นสิ่งที่กำหนดแรงจูงใจและความสามารถเฉพาะบุคคลในการเข้าถึง ทำความเข้าใจและใช้ข้อมูลเพื่อให้เกิดสุขภาพที่ดี รวมทั้งการพัฒนาความรู้และทำความเข้าใจในบริบทด้านสุขภาพ การเปลี่ยนแปลงทัศนคติและแรงจูงใจเพื่อก่อให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมด้วยตนเอง 2) สมรรถนะของบุคคลที่สามารถเข้าถึงเข้าใจ ประเมินใช้ความรู้และสื่อสารเกี่ยวกับสารสนเทศด้านสุขภาพตามต้องการ เพื่อส่งเสริมและรักษาสุขภาพที่ดีตลอดชีวิต 3) ทักษะทางสังคมและการคิดวิเคราะห์ที่กำหนดแรงจูงใจ และความสามารถของบุคคลในการเข้าถึงข้อมูล เข้าใจและใช้ข้อมูลเพื่อส่งเสริมและรักษาสุขภาพ แสดงว่าบุคคลที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับสูงจะส่งผลต่อพฤติกรรมการปฏิบัติตนในเรื่องการ

ดูแลสุขภาพ เนื่องจากมีการเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร มีทักษะในการสื่อสารที่ดี การรู้เท่าทันสื่อ สามารถวิเคราะห์ประเมินเนื้อหาจากสื่อ ตัดสินใจเลือกแนวทางปฏิบัติที่ถูกต้องในการป้องกันและควบคุมโรค และสามารถจัดการตนเองเพื่อป้องกันการเกิดโรคได้ดี ในทางกลับกันบุคคลที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับต่ำ มีแนวโน้มที่จะประสบปัญหาสุขภาพได้มากกว่าและมักจะเกิดการเจ็บป่วยและมีสุขภาพที่แย่กว่า (Nutbeam, 2000)และสอดคล้องกับ กองสุขศึกษา กล่าวว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง ทักษะต่างๆ ทางการรับรู้ทางสังคม ซึ่งเป็นตัวกำหนดแรงจูงใจและความสามารถของปัจเจกบุคคลในการที่จะเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลในวิธีการต่างๆ เพื่อส่งเสริมและบำรุงรักษาสุขภาพของตนเองให้ดีอยู่เสมอ (กองสุขศึกษา, 2559) ผลการวิจัยสอดคล้องกับการวิจัยของ สุวิมล เสาวรส, นุชจรินทร์ พูลสวัสดิ์, พรพรรณ เจริญวัฒนวิญญู, รติรัตน์ วัฒนาสกุลรัตน (2566) ที่พบว่าการเข้าถึงข้อมูล ความเข้าใจ การซักถาม การตัดสินใจ และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และความรอบรู้โดยรวม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมทางเพศของนักเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.000) กล่าวคือ นักเรียนที่มีความรอบรู้ มีความสามารถในการตัดสินใจหรือปฏิเสธสิ่งที่จะนำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ ก็จะส่งผลให้นักเรียนมีพฤติกรรมการป้องกันความเสี่ยงได้ แตกต่างกับงานวิจัยของ ปริยานุช ตั้งนรกุล (2561) ความรอบรู้ด้านสุขภาพทางเพศโดยรวม ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมทางเพศของนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r= .051, p= .545)

การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการสื่อสารเรื่องเพศของผู้ปกครองเด็กอายุ 13-18 ปีอย่างมีนัยสำคัญ (r=0.320, P-value = 0.001) สามารถอธิบายเหตุผลได้ว่า เมื่อผู้ปกครองมีความสามารถในการค้นหาแหล่งข้อมูลที่เชื่อถือได้ รู้ช่องทางการขอรับคำปรึกษาจากบุคลากรสาธารณสุข และสามารถเข้าถึงสื่อการสอนได้ จะส่งผลให้เกิดความมั่นใจในการนำข้อมูลมาสื่อสารกับบุตรหลาน จากผลการวิจัยพบว่า ผู้ปกครองมีระดับความรอบรู้ด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 69.60) สอดคล้องกับการศึกษาของ วันชัย สมใจเพ็ง (2565) การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับพฤติกรรมทางเพศของวัยรุ่น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (R = .39, P < .01)

ทักษะการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง (r=0.362, P-value = 0.000) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการสื่อสารเรื่องเพศของผู้ปกครองเด็กอายุ 13-18 ปี สามารถอธิบายเหตุผลได้ว่า เมื่อผู้ปกครองมีความสามารถในการวิเคราะห์สถานการณ์และตัดสินใจเลือกใช้วิธีการสื่อสารที่เหมาะสมกับช่วงวัยของบุตรหลาน จะส่งผลให้เกิดพฤติกรรมการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพและกล้าที่จะเริ่มต้นพูดคุยมากขึ้น เช่นบุตรหลานมีข้อสงสัยเกี่ยวกับพัฒนาการทางเพศ ท่านสามารถตัดสินใจเลือกใช้ภาษาที่เข้าใจง่ายและเหมาะสมกับวัยในการอธิบายได้ หรือหากบุตรหลานมีคำถามเกี่ยวกับความสัมพันธ์หรือการมีเพศสัมพันธ์ ท่านสามารถตัดสินใจที่จะเปิดใจรับฟัง

และตอบคำถามอย่างตรงไปตรงมาได้ จากผลการวิจัยพบว่า ผู้ปกครองมีระดับความรอบรู้ด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 66.70) สอดคล้องกับงานวิจัยของ ปริยานุช ตั้งนรกุล (2561) ความรอบรู้ด้านสุขภาพทางเพศแยกเป็นรายด้าน พบว่า ด้านการตัดสินใจมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมทางเพศอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (rs= .324, p< .001และสอดคล้องกับงานวิจัยของ วันชัย สมใจเพ็ง (2565) ทักษะการตัดสินใจมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับพฤติกรรมทางเพศของวัยรุ่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (R = .49, P < .01)

การจัดการตนเองให้มีความปลอดภัย (r=0.261, P-value = 0.008) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการสื่อสารเรื่องเพศของผู้ปกครองเด็กอายุ 13-18 ปี สามารถอธิบายเหตุผลได้ว่า ความสามารถในการจัดการอารมณ์ของตนเอง การควบคุมความขัดเขิน และการสร้างพื้นที่ปลอดภัยในการสนทนา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการสื่อสารเรื่องเพศ ผู้ปกครองที่สามารถควบคุมอารมณ์ได้แม้ในขณะที่บุตรหลานถามคำถามที่ตอบยากจะสามารถสร้างบรรยากาศที่เปิดกว้างและไว้วางใจในการสื่อสารได้ดีกว่า จากผลการวิจัยพบว่าผู้ปกครองมีระดับความรอบรู้ด้านการจัดการตนเองให้มีความปลอดภัย ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 81.40)
สอดคล้องกับงานวิจัยของ อมรรัตน์ ผาละศรี, อนุชา พรมกันยา (2567) ผลของการใช้โปรแกรมการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อความรู้ในการปฏิบัติตนการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองและพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นโรงพยาบาลหนองบัวแดงหลัง การใช้โปรแกรมฯ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t=11.81, p-value<.001)

การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ (r=0.222, P-value = 0.025) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการสื่อสารเรื่องเพศของผู้ปกครองเด็กอายุ 13-18 ปี สามารถอธิบายเหตุผลได้ว่า ในยุคดิจิทัลที่ข้อมูลเรื่องเพศเข้าถึงวัยรุ่นผ่านสื่อออนไลน์อย่างรวดเร็ว ความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัล (Digital Health Literacy) มีบทบาทสำคัญต่อการสื่อสารเรื่องเพศในครอบครัว ผู้ปกครองที่สามารถแยกแยะข้อมูลที่ถูกต้อง ประเมินความน่าเชื่อถือของสื่อ และเท่าทันภัยทางเพศออนไลน์ จะสามารถนำประเด็นจากสังคมออนไลน์มาเป็น "ประเด็นชวนคุย" ในครอบครัวได้ง่ายขึ้น และช่วยลดช่องว่างระหว่างวัย (Generation Gap) จากผลการวิจัยพบว่า ผู้ปกครองมีระดับความรอบรู้ด้านการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 53.90) เช่น ท่านสามารถแนะนำบุตรหลานให้รู้วิธีการตั้งค่าความเป็นส่วนตัว (Privacy Settings) ในโซเชียลมีเดียเพื่อป้องกันภัยคุกคามทางเพศ สอดคล้องกับงานวิจัยของ นิภา มหารัชพงศ์และปาจรีย์ อับดุลลากาซิม (2563) วัยรุ่นมีการรู้เท่าทันสื่อสังคมออนไลน์เรื่องเพศระดับสูง ร้อยละ 56.10 และมีพฤติกรรมทางเพศเหมาะสม ร้อยละ 51.00 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมทางเพศของวัยรุ่น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ได้แก่การเข้าถึงสื่อสังคมออนไลน์ ประสบการณ์มีเพศสัมพันธ์ การรู้เท่า

ทันสื่อสังคมออนไลน์เรื่องเพศ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับงานวิจัยของปุณยนุช สละชั่ว (2564) ความรอบรู้เท่าทันสื่อสุขภาพด้านเพศ" เป็นปัจจัยทางสังคมที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมทางเพศและการสื่อสารข้อมูลในครอบครัว โดยการพัฒนาทักษะการรู้เท่าทันสื่อจะช่วยเพิ่มความตั้งใจและความสะดวกใจในการพูดคุยเรื่องเพศระหว่างผู้ปกครองและเด็ก

การสื่อสารเพิ่มความเชี่ยวชาญ(r=0.215, P-value = 0.030) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการสื่อสารเรื่องเพศของผู้ปกครองเด็กอายุ 13-18 ปี สามารถอธิบายเหตุผลได้ว่า ทักษะการสื่อสารแบบสองทาง การใช้คำถามปลายเปิด การรับฟังอย่างตั้งใจ (Active Listening) และการให้คำปรึกษา เป็นองค์ประกอบสำคัญของความรอบรู้ด้านสุขภาพแบบปฏิสัมพันธ์ (Interactive Health Literacy) ตามแนวคิดของ Nutbeam (2000) ผลการวิจัยที่พบความสัมพันธ์ทางบวกระหว่างด้านการสื่อสารเพิ่มความเชี่ยวชาญกับพฤติกรรมการสื่อสารเรื่องเพศ ยืนยันว่า ทักษะการสื่อสารเป็นเครื่องมือสำคัญในการนำความรู้ไปสู่การปฏิบัติ แม้จะมีความสัมพันธ์แต่ยังต้องได้รับการพัฒนาเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะทักษะการฟังอย่างตั้งใจและการสื่อสารแบบสองทาง ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญที่จะช่วยลดช่องว่างระหว่างวัยในช่วงอายุ 13-18 ปี สอดคล้องกับงานวิจัยของ กิตติศักดิ์ คะษาวงศ์ (2566) ความสะดวกใจในการสื่อสารเรื่องเพศกับผู้ปกครองหลังได้รับโปรแกรม มีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ($p< 0.05$) ส่งผลให้ระดับความสะดวกใจในการสื่อสารเรื่องเพศกับผู้ปกครอง อยู่ในระดับปานกลาง เพิ่มขึ้นเป็นระดับสูง นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับงานวิจัยของ คณานิตย์ แสงหิรัญ และคณะ (2566) ผู้ปกครองที่มีความรู้และทัศนคติเชิงบวกต่อการสื่อสารเรื่องสุขภาพทางเพศฯ มีความสัมพันธ์กับการสื่อสารด้านความถี่ ความสะดวกใจและเห็นถึงความสำคัญในการสื่อสารเรื่องสุขภาพทางเพศฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ(P-value < 0.001)เช่นเดียวกันกับวัยรุ่นตอนต้นที่มีความรู้และมีทัศนคติเชิงบวกต่อการสื่อสารเรื่องสุขภาพทางเพศฯ มีความสัมพันธ์กับการเห็นความสำาคัญในการสื่อสารเรื่องสุขภาพฯ กับผู้ปกครองอย่างมีนัยสำ คัญทางสถิติ(P-value < 0.001)เช่นกัน

ความรู้ความเข้าใจไม่พบความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสื่อสารเรื่องเพศของผู้ปกครองเด็ก อายุ 13-18 ปี (r=0.039, P-value=0.699) อธิบายเหตุผลได้ว่า "การรู้" ข้อมูลเชิงวิชาการหรือความเข้าใจพื้นฐานเพียงอย่างเดียว ไม่สามารถแปรเปลี่ยนไปสู่ "การปฏิบัติ" ในการสื่อสารกับบุตรหลานได้ เนื่องจากเรื่องเพศในบริบทสังคมของตำบลถ้ำยังมีความเกี่ยวข้องกับทัศนคติ ความขัดเขิน และกำแพงทางวัฒนธรรม ในทางปฏิบัติผู้ปกครองที่มีความรู้แต่ไม่รู้หลักการที่จะสอนให้ถูก เป็นผลให้พ่อแม่ไม่รู้ว่าจะสอนอย่างไร ใช้เทคนิคอย่างไรอธิบายบุตรไม่ถูกและถึงแม้ว่าจะสอนได้แต่บางเรื่องก็ไม่รู้จะสอนอย่างไร เช่น ผู้ปกครองมีความรู้ความเข้าใจ การหลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกเมื่ออายุยังน้อย สามารถลดปัจจัยเสี่ยงการเกิดมะเร็งปากมดลูก ($\overline{X}$ =0.59, S.D.=0.495) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของจรรยา จันทร์ผ่อง (2562) ทีพบว่าผู้ปกครองจำนวนมากที่พร้อมจะคุย กับบุตรอย่าง

เปิดใจ แต่ขาดความเข้าจที่ถูกต้อง หรือมีความรู้ ความเชื่อที่ผิดๆเกี่ยวกับเรื่องเพศและการศึกษาของคณานิตย์ แสงหิรัญ และคณะ (2566) ที่พบว่าทัศนคติเชิงบวก เป็นปัจจัยทำนายพฤติกรรมการสื่อสารเรื่องสุขภาพทางเพศได้ดีกว่าความรู้ผลการวิจัย จึงชี้ให้เห็นว่าการพัฒนาพฤติกรรการสื่อสารเรื่องเพศของผู้ปกครอง ไม่ควรมุ่งเน้นแต่การให้ความรู้เพียงอย่างเดียว แต่ควรพัฒนาทักษะการสื่อสารเชิงปฏิบัติ ทักษะการจัดการอารมณ์ ทัศนคติเชิงบวก และความมั่นใจในตนเองควบคู่กันไป

ข้อเสนอแนะจากงานวิจัย

1) ผลการวิจัยพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการสื่อสารเรื่องเพศของผู้ปกครอง ในขณะที่ความรู้ความเข้าใจไม่มีความสัมพันธ์ ดังนั้น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลถ้ำ และหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ ควรพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ปกครองแบบองค์รวมที่ไม่จำกัดเฉพาะการให้ความรู้ แต่ครอบคลุมทักษะการเข้าถึงข้อมูล การสื่อสาร การรู้เท่าทันสื่อ การตัดสินใจ และการจัดการตนเอง

2) ควรให้ความสำคัญเป็นพิเศษกับด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำ ได้แก่ การแสดงบทบาทสมมติ และช่วงเวลาที่ควรสอนเรื่องเพศโดยจัดอบรมและให้ความรู้แก่ผู้ปกครองเกี่ยวกับเทคนิคการเริ่มต้นบทสนทนาเรื่องเพศการสังเกตสัญญาณความพร้อมของบุตรหลานและการจำลองสถานการณ์เพื่อฝึกตอบคำถามที่ตอบยาก

เอกสารอ้างอิง

กองสุขศึกษา. (2559). ความรอบรู้ด้านสุขภาพ. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข.

กิตติศักดิ์ คะษาวงศ์. (2566). ผลของโปรแกรมการพัฒนาทักษะและการสื่อสารเรื่องเพศของผู้ปกครองต่อความสะดวกใจในการสื่อสารเรื่องเพศของวัยรุ่น.

คณานิตย์ แสงหิรัญ, และคณะ. (2566). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสื่อสารเรื่องสุขภาพทางเพศระหว่างผู้ปกครองและวัยรุ่นตอนต้น.

นิภา มหารัชพงศ์, และ ปาจรีย์ อับดุลลากาซิม. (2563). การรู้เท่าทันสื่อสังคมออนไลน์เรื่องเพศและพฤติกรรมทางเพศของวัยรุ่น.

ปริยานุช ตั้งนรกุล. (2561). ความรอบรู้ด้านสุขภาพทางเพศและพฤติกรรมทางเพศของนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น.

ปุณยนุช สละชั่ว. (2564). ความรอบรู้เท่าทันสื่อสุขภาพด้านเพศและการสื่อสารข้อมูลในครอบครัว. โรงเรียนมัธยมศึกษาของรัฐบาลเขตอำเภอนาดี จังหวัดปราจีนบุรี

ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (HDC) เขตสุขภาพที่ 11. (2568). รายงานสถานการณ์การคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี ประจำปี พ.ศ. 2566-2568. กระทรวงสาธารณสุข.

รายงานการคลอด โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลถ้ำ. (2568). สถิติอัตราการคลอดมีชีพในพื้นที่รับผิดชอบ ประจำปี พ.ศ. 2568. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลถ้ำ จังหวัดพังงา.

วันชัย สมใจเพ็ง. (2565). ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพทางเพศกับพฤติกรรมทางเพศของวัยรุ่น. จังหวัดสุพรรณบุรี ที่ 5 ฉบับที่ 2 (2022): พฤษภาคม - สิงหาคม 2565

Daniel, W. W. (2010). *Biostatistics: A foundation for analysis in the health sciences* (9th ed.). John Wiley & Sons.

Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, 15(3), 259-267

Received: 10 May 2026 ; **Revised:** 17 May 2026
Accepted: 30 Jun 2026

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มพฤฒพลัง เขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางทอง อำเภอท้ายเหมือง จังหวัดพังงา

อัญชลี ศักดาสาวิตร [1]

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มพฤฒพลัง กลุ่มประชากรคือ ผู้สูงอายุเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางทอง อำเภอท้ายเหมือง จังหวัดพังงา จำนวน 716 คน โดยใช้สูตรการคำนวณกลุ่มตัวอย่างที่ทราบจำนวนประชากรที่แน่นอนของ Daniel ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 264 ราย ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบมีระบบ เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูลคือ แบบสอบถามประกอบด้วย 5 ส่วน ได้แก่ คุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับหลัก 3อ 2ส แรงสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มพฤฒพลัง การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน และนำไปทดลองใช้เพื่อวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟ่าครอนบาค เท่ากับ 0.816 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียรสัน ผลการวิจัยพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3อ 2ส ของผู้สูงอายุกลุ่มพฤฒพลัง มีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 93.56) มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.94 ($\overline{X}$ =2.93, S.D.=0.245) ส่วนความรู้ด้านสุขภาพ อยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 62.50) มีค่าเฉลี่ย 2.47 ($\overline{X}$ =2.47, S.D.=0.745) แรงสนับสนุนทางสังคม อยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 71.21) ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.69 ($\overline{X}$ =2.69,S.D.=0.492) และพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มพฤฒพลัง อยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 84.85) มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.85 ($\overline{X}$ =2.85,S.D.=0.359) ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มพฤฒพลัง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r=0.535, P-value<0.001) ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพตามหลัก 3อ 2ส มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มพฤฒพลัง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r=0.535, P-value<0.001) และ แรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มพฤฒพลัง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r=0.535, P-value<0.001)

คำสำคัญ : ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, ผู้สูงอายุพฤฒพลัง, แรงสนับสนุนทางสังคม, พฤติกรรมสุขภาพ

[1] **นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางทอง อำเภอท้ายเหมือง จังหวัดพังงา**
E-mail : anchalee2511@gmail.com

Factor associated with health behavior among Active Aging Elderly in Bangthong Sub-district Health Promoting Hospital, Thaimueang District, Phangnga Province.

Anchalee Sakdasawit [1]

Abstract

This descriptive research aimed to examine the relationships among health literacy, social support, and health behaviors among active aging older adults. The study population consisted of 716 older adults residing in the service area of Bang Thong Subdistrict Health Promoting Hospital. The sample size was calculated using Daniel's formula for a finite population, yielding 264 participants. Systematic random sampling was employed. The research instrument was a questionnaire consisting of five parts: personal characteristics of older adults, health literacy, knowledge and understanding regarding the 3E 2S principles, social support, and health behaviors among active aging older adults. Content validity was assessed by three experts, and the questionnaire was pilot-tested to determine reliability using Cronbach's alpha coefficient, which yielded a value of 0.816. Data were analyzed using Pearson's correlation coefficient. The findings revealed that health literacy based on the 3E 2S principles among active aging older adults was at a high level (93.56%), with a mean score of 2.94 (Mean = 2.93, S.D. = 0.245). Health knowledge was also at a high level (62.50%), with a mean score of 2.47 (Mean = 2.47, S.D. = 0.745). Social support was found to be at a high level (71.21%), with a mean score of 2.69 (Mean = 2.69, S.D. = 0.492). Furthermore, health behaviors among active aging older adults were at a high level (84.85%), with a mean score of 2.85 (Mean = 2.85, S.D. = 0.359). The correlation analysis indicated that health literacy was positively associated with health behaviors among active aging older adults at a statistically significant level ($r = 0.535$, p-value < 0.001). In addition, health knowledge and understanding based on the 3E 2S principles were positively associated with health behaviors at a statistically significant level ($r = 0.535$, p-value < 0.001). Social support was also positively associated with health behaviors among active aging older adults at a statistically significant level ($r = 0.535$, p-value < 0.001).

Keywords: Health Literacy, Active Aging Older Adults, Social Support, Health Behaviors

[1] Public Health Technical Officer, Professional Level, Bang Thong Subdistrict Health Promoting Hospital

E-mail: anchalee2511@gmail.com

บทนำ

สหประชาชาติ (United Nations: UN) คาดการณ์ว่าใน พ.ศ.2593 โลกจะมีประชากรสูงอายุ 2.1 พันล้านคน และอีก 50 ปี คือในพ.ศ.2643 ประชากรสูงอายุจะมีจำนวนกว่า 3 พันล้านคน จากรายงานพบว่า ในปี พ.ศ. 2567 ประเทศไทยมีอัตราผู้สูงอายุมากที่สุดในอาเซียนคือ ร้อยละ 20.83 รองลงมาได้แก่ สิงคโปร์ เวียดนาม และมาเลเซีย ตามลำดับ ในขณะที่ลาวมีอัตราผู้สูงอายุต่ำที่สุดคือ ร้อยละ 7.49 ไทยและสิงคโปร์เป็นเพียงสองประเทศในอาเซียนที่มีประชากรสูงอายุมากกว่าประชากรวัยเด็ก สำหรับสถานการณ์ในประเทศไทย พบว่า ในปีพ.ศ. 2567 ไทยมีประชากรประมาณ 65.9 ล้านคน เป็นผู้สูงอายุหรือประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ประมาณ 13.7 ล้านคนหรือร้อยละ 20.83 จำนวนประชากรสูงอายุมากกว่าประชากรวัยเด็กถึง 3.75 ล้านคน (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2568)

สถานการณ์จำนวนผู้สูงอายุในเขตจังหวัดพังงา พบว่า มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น โดยปี พ.ศ.2566-2568 มีจำนวนผู้สูงอายุเท่ากับ 44,110 45,396 และ 47,225 คน ตามลำดับ จากรายงานข้อมูลผลการประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ หรือ ADL (Activities of Daily Living) สามารถดำเนินการประเมิน ADL ให้แก่ผู้สูงอายุในจังหวัดพังงา ได้ครอบคลุมร้อยละ 91.20 93.10 และ 87.44 ตามลำดับ โดยสามารถแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุออกเป็น 3 กลุ่มดังนี้ กลุ่ม 1 ผู้สูงอายุติดสังคม จำนวน 7,378 7,408 และ 6,729 คน คิดเป็นร้อยละ 88.69 87.39 และ 76.47 ตามลำดับ กลุ่ม 2 ผู้สูงอายุติดบ้าน จำนวน 99 126 และ 91 คน คิดเป็นร้อยละ 1.19 1.47 และ 1.03 ตามลำดับ ส่วนกลุ่ม 3 ผู้สูงอายุติดเตียง มีจำนวน 49 40 และ 26 คน คิดเป็นร้อยละ 0.59 0.47 และ 0.30 ตามลำดับ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพังงา , 2569)

สำหรับผู้สูงอายุในเขตอำเภอท้ายเหมือง จังหวัดพังงา ปี พ.ศ. 2566-2568 นั้นพบว่ามีจำนวนเพิ่มทุกปีอย่างเห็นได้ชัด คือจำนวน 8,318 8,477 และ 8,800 และพบผู้สูงอายุติดสังคม จำนวน 7,378 7,408 และ 6,729 ตามลำดับ ผู้สูงอายุติดบ้าน จำนวน 99 126 และ 91 คนส่วนกลุ่มผู้สูงอายุติดเตียงพบว่า มีจำนวนลดลง 49 40 และ 26 คน ตามลำดับ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพังงา, 2569) ตำบลบางทอง ซึ่งประกอบด้วย 7 หมู่บ้าน ในปี 2569 มีจำนวนผู้สูงอายุ ทั้งหมดจำนวน 1,265 คน เป็นผู้สูงอายุติดสังคม จำนวน 965 คน คิดเป็นร้อยละ 76.28 จากแนวโน้มของผู้สูงอายุที่เพิ่มมากขึ้น จึงนำมาซึ่งภาวะเสี่ยงและปัญหาด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่เพิ่มมากขึ้นอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ เนื่องจากผู้สูงอายุเป็นวัยแห่งความเสื่อมถอยในทุก ๆ ด้าน ทำให้เกิดอาการเจ็บป่วยตามวัย ดังนั้นการส่งเสริมให้ประชาชนทุกคนมีการเตรียมความพร้อมและวางแผนการก้าวเข้าสู่วัยสูงอายุอย่างมีคุณภาพสอดคล้องกับกรอบนโยบายพฤฒพลังขององค์การอนามัยโลก โดยพฤฒพลังเป็นกระบวนการที่เหมาะสมที่นำไปสู่การมีสุขภาพดี (Healthy) การมีส่วนร่วม (Participation) และการมีหลักประกันที่มั่นคง (Security) ในการที่จะเสริมสร้างคุณภาพชีวิตเมื่อสูงวัย การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มพฤฒพลัง

เขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางทอง อำเภอท้ายเหมือง จังหวัดพังงา โดยประยุกต์ใช้แนวทางจากองค์การสหประชาชาติ ได้แก่ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ การมีส่วนร่วม สุขภาพและความปลอดภัย (World Health Organization, 2002) ซึ่งเป็นตัวกำหนดปัจจัยต่าง ๆ ที่เอื้อต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุพฤตพลัง

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มพฤฒพลัง เขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางทอง อำเภอท้ายเหมือง จังหวัดพังงา

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มพฤฒพลัง เขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางทอง อำเภอท้ายเหมือง จังหวัดพังงา ใช้รูปแบบการศึกษาวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research Study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้คือ ผู้สูงอายุที่มีรายชื่อตามทะเบียนบ้านในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางทอง อำเภอท้ายเหมือง จังหวัดพังงา ปีงบประมาณ พ.ศ.2569 จำนวน 716 คน (กระทรวงสาธารณสุข ,2569) โดยมีเกณฑ์การคัดออก ได้แก่ ผู้ที่ไม่สมัครใจตอบคำถามและเจ็บป่วยในช่วงเก็บข้อมูลจนไม่สามารถให้ข้อมูลได้ คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ทราบจำนวนประชากรที่แน่นอนโดยใช้สูตร Daniel (2010) กำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ 95% ค่าความคลาดเคลื่อนสามารถยอมรับได้เท่ากับ 0.05 ได้กลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 264 คน

การสุ่มตัวอย่าง

ทำการสุ่มเลือกรายชื่อของผู้สูงอายุเพื่อเป็นตัวแทนกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการสุ่มแบบมีระบบ (Systematic Random sampling) ด้วยวิธีการนำข้อมูลรายชื่อผู้สูงอายุมาเรียงลำดับรายชื่อตามตัวอักษร จาก ก ถึง ฮ คำนวณระยะห่างของการเลือกตำแหน่งตัวอักษร เท่ากับ 3 หลังจากนั้นเริ่มสุ่มหยิบรายชื่อกลุ่มตัวอย่างคนแรกแล้วหยิบรายชื่อกลุ่มตัวอย่างลำดับถัดไปจนครบ จำนวน 264 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย 5 ส่วน

ส่วนที่ 1 เป็นข้อคำถามที่เกี่ยวกับคุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ เป็นข้อคำถามแบบปลายปิดและเติมคำลงในช่องว่างจำนวน 8 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา การประกอบอาชีพ รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน โรคประจำตัว ผู้ที่ทำหน้าที่หลักในการดูแล

ส่วนที่ 2 เป็นข้อคำถามที่เกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Nutbeam, 2000) ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพและบริการสุขภาพ,ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ, การสื่อสารเพิ่มความเชี่ยวชาญทางสุขภาพ, การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ, การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง, การจัดการตนเองให้มีความปลอดภัย จำนวน 48 ข้อ ข้อคำถามมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับตามความคิดเห็น ดังนี้ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ส่วนที่ 3 เป็นข้อคำถามที่เกี่ยวกับด้านความรู้เข้าใจทางสุขภาพตามหลัก 3อ 2ส.ประกอบด้วย การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์ การไม่ดื่มสุรา การไม่สูบบุหรี่ จำนวน 11 ข้อ เป็นข้อคำถามมีลักษณะเป็นการเลือกตอบ คือ ใช่ หมายถึง ความคิดเห็นของท่านตรงกับข้อความนั้นมากที่สุดไม่ใช่ หมายถึง ความคิดเห็นของท่านไม่ตรงกับข้อความนั้น และไม่แน่ใจ หมายถึง ท่านไม่สามารถบอกได้ว่าท่านคิดเห็นตามข้อความนั้นหรือไม่

ส่วนที่ 4 เป็นข้อคำถามที่เกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคม โดยมีเนื้อหาประกอบด้วยแรงสนับสนุนจากครอบครัว จากชุมชนและจากบุคลากรสาธารณสุข จำนวน 21 ข้อ ข้อคำถามที่มีความหมายทางบวก 15 ข้อ และข้อคำถามที่มีความหมายทางลบ 6 ข้อ แต่ละข้อเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ให้ผู้ตอบเลือกตอบ ดังนี้ มากที่สุด มาก ปานกลาง เล็กน้อย ไม่เลย

ส่วนที่ 5 เป็นข้อคำถามที่เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุตามหลัก 3อ. 2ส. 1ฟ. ประกอบด้วย การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์ การไม่ดื่มสุรา การไม่สูบบุหรี่ และการดูแลสุขภาพช่องปาก จำนวน 25 ข้อ ข้อคำถามมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับตามความคิดเห็น ดังนี้ ปฏิบัติมากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด

แบบสอบถามส่วนที่ 2,4-5 ใช้เกณฑ์การแปลผลตามแนวคิดของ Best John W. (1977) แบ่งเป็น 3 ระดับคือ ระดับสูง (3.67–5.00 คะแนน) ระดับปานกลาง (6.70–8.70 คะแนน) และระดับต่ำ (1.00–2.33 คะแนน) และส่วนที่ 3 ใช้เกณฑ์การแปลผลตามแนวคิดของ Bloom. (1976) แบ่งเป็น 3 ระดับคือ ระดับสูง (≥80%) ระดับปานกลาง (61%-79%) และระดับต่ำ (≤60%)

แบบสอบถามนี้สร้างขึ้นจากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โดยแบบสอบถามผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน (ค่า IOC ระหว่าง 0.50-

1.00) หลังจากนั้นนำไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติเหมือนกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน วิเคราะห์หาความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach, 1997) เท่ากับ 0.816

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติสถิติเชิงพรรณนาและการทดสอบสมมุติฐานวิจัยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment correlation coefficient) โดยพิจารณาค่า P-value ที่มีค่าน้อยกว่า 0.05

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยฉบับนี้ได้ผ่านการรับรองให้ทำวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยนอร์ทเทริร์น เอกสารรับรองเลขที่ NREC No.0065/2569 รับรองวันที่ 26 มกราคม 2569

ผลการศึกษาวิจัย

ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้สูงอายุกลุ่มพฤฒพลัง เขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บางทอง อำเภอท้ายเหมือง จังหวัดพังงา จำนวน 264 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง (58.71 %) มากกว่าเพศชาย (41.29 %) เมื่อพิจารณาช่วงอายุของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ระหว่าง 63-75 ปี (51.52 %) รองลงมาคือ อายุน้อยกว่า 63 ปี (26.14 %) โดยกลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 69 ปี (S.D.=11.740) อายุสูงสุด 91 ปี และอายุต่ำสุด 60 ปี สถานภาพสมรสของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ แต่งงาน/อยู่ด้วยกัน (78.03 %) รองลงมาคือ สถานภาพหม้าย/หย่า/แยก (14.39 %) สำหรับระดับการศึกษา พบว่าส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (52.63 %) รองลงมาคือระดับมัธยมศึกษา (29.55 %) ส่วนด้านการประกอบอาชีพ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม (55.30 %) รองลงมาคือ อาชีพรับจ้างทั่วไป (13.26 %) และพบว่ามีกลุ่มตัวอย่างที่ว่างงาน/ไม่มีอาชีพ (ร้อยละ12.50) สำหรับรายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือนของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าส่วนใหญ่มีรายได้ระหว่าง 5,000-25,000 บาท (80.30 %) และมีรายได้มากกว่า 25,000 บาทและน้อยกว่า 5,000 บาท ในจำนวนที่ใกล้เคียงกัน คือ (10.23 %) และ (9.47 %) ตามลำดับ โดยมีรายได้ของครอบครัวเฉลี่ย 15,420.45 บาท (S.D.=10,840.62) รายได้ของครอบครัวต่ำสุด 1,000 บาท และสูงสุด 95,000 บาท และผู้ที่ทำหน้าที่หลักในการดูแลสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ส่วนใหญ่เป็นสามี/ภรรยา (62.50 %) กลุ่ม

ตัวอย่างส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว (60.98 %) โรคประจำตัวที่พบคือโรคความดันโลหิตสูง (52.17 %) รองลงมาเป็นโรคไขมันในเลือดสูง (43.48 %)

ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3อ 2ส ของผู้สูงอายุกลุ่มพฤฒพลัง เขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางทอง อำเภอท้ายเหมือง จังหวัดพังงา พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพในภาพรวมอยู่ในระดับสูง (93.56%) ($\overline{X}$ =2.93, S.D.=0.245) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความรอบรู้ด้านสุขภาพ ตามหลัก 3อ 2ส ของผู้สูงอายุกลุ่มพฤฒพลัง เขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางทอง อำเภอท้ายเหมือง จังหวัดพังงา (n=264)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3อ 2ส	ระดับ						Mean	S.D.
	สูง		ปานกลาง		ต่ำ			
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ		
ด้านความรู้ ความเข้าใจตามหลัก 3อ 2ส	171	64.77	93	35.23	-	-	2.64	0.478
ด้านการเข้าถึงข้อมูลบริการสุขภาพตามหลัก 3อ 2ส	237	89.77	23	8.71	4	1.52	2.88	0.367
ด้านการสื่อสารทางสุขภาพตามหลัก 3อ 2ส	243	92.05	21	7.95	-	-	2.92	0.271
ด้านการจัดการตนเองตามหลัก 3อ 2ส	235	89.02	25	9.47	4	1.52	2.87	0.374
ด้านการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ ตามหลัก 3อ 2ส	212	80.30	49	18.56	3	1.14	2.79	0.434
ด้านการตัดสินใจตามหลัก 3อ 2ส	228	86.36	35	13.26	1	0.38	2.85	0.358
รวมความรอบรู้ด้านสุขภาพ	247	93.56	17	6.44	-	-	2.93	0.245

ระดับความรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3อ 2ส ของผู้สูงอายุกลุ่มพฤฒพลัง พบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง (62.50%) ($\bar{x}$ =2.47, S.D.=0.745) (ตาราง 2)

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความรู้ของผู้สูงอายุ กลุ่มพฤฒพลัง เขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางทอง อำเภอท้ายเหมือง จังหวัดพังงา (n=264)

ด้านความรู้	ระดับ						Mean	S.D.
	สูง		ปานกลาง		ต่ำ			
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ		
ด้านความรู้ ความเข้าใจตามหลัก 3อ 2ส	165	62.50	59	22.35	40	15.15	2.47	0.745

ระดับแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุกลุ่มพฤฒพลัง พบว่า อยู่ในระดับสูง (71.21%) ($\bar{x}$ =2.69,S.D.=0.492) (ตาราง 3)

ตารางที่ 3 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุกลุ่มพฤฒพลัง เขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางทอง อำเภอท้ายเหมือง จังหวัดพังงา (n=264)

แรงสนับสนุนทางสังคม	ระดับ						Mean	S.D.
	สูง		ปานกลาง		ต่ำ			
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ		
การได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัว	213	80.70	47	17.80	4	1.52	2.79	0.443
การได้รับแรงสนับสนุนจากชุมชน	162	61.36	87	32.95	15	5.68	2.55	0.601
การได้รับแรงสนับสนุนจากบุคคลากรสาธารณสุข	205	77.65	59	22.35	-	-	2.77	0.417
รวมแรงสนับสนุนทางสังคม	**188**	**71.21**	**72**	**27.27**	**4**	**1.52**	**2.69**	**0.492**

ระดับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มพฤฒพลัง พบว่า อยู่ในระดับสูง (84.85%)($\bar{x}$ = 2.85,S.D.=0.359) (ตาราง 4)

ตารางที่ 4 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มพฤฒพลัง เขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางทอง อำเภอท้ายเหมือง จังหวัดพังงา (n=264)

พฤติกรรมสุขภาพ	ระดับ						Mean	S.D.
	สูง		ปานกลาง		ต่ำ			
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ		
การรับประทานอาหาร	232	87.88	26	9.85	6	2.27	2.85	0.411
การออกกำลังกาย	190	71.97	74	28.03	-	-	2.72	0.450
การจัดการด้านอารมณ์	228	86.36	35	13.26	1	0.38	2.86	0.358
การไม่ดื่มสุรา/ไม่สูบบุหรี่	164	62.12	99	37.50	1	0.38	2.62	0.494
การดูแลสุขภาพช่องปาก	190	71.97	72	27.27	2	0.76	2.72	0.470
รวมพฤติกรรมสุขภาพ	**224**	**84.85**	**40**	**15.15**	**-**	**-**	**2.85**	**0.359**

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มพฤฒพลัง เขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางทอง อำเภอท้ายเหมือง จังหวัดพังงา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ประกอบด้วย ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (r=0.535, P-value<0.001) ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพตามหลัก 3 อ 2ส (r=0.535, P-value<0.001) แรงสนับสนุนทางสังคม (r=0.535, P-value<0.001) (ตาราง 5)

ตารางที่ 5 สัมประสิทธ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพ,ความรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3อ 2 ส และแรงสนับสนุนทางสังคม ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มพฤฒพลัง เขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางทอง อำเภอท้ายเหมือง จังหวัดพังงา

ปัจจัย	พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มพฤฒพลัง		
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (r)	P-value	ระดับความสัมพันธ์
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	0.535	0.000**	มีความสัมพันธ์ทางบวก
- ด้านความรู้ ความเข้าใจ	0.532	0.293	ไม่มีความสัมพันธ์
- ด้านการเข้าถึงข้อมูลบริการสุขภาพ	0.065	0.000**	มีความสัมพันธ์ทางบวก
- ด้านการสื่อสารทางสุขภาพ	0.444	0.000**	มีความสัมพันธ์ทางบวก
- ด้านการจัดการตนเอง	0.664	0.000**	มีความสัมพันธ์ทางบวก
- ด้านการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ	0.242	0.000**	มีความสัมพันธ์ทางบวก
- ด้านการตัดสินใจ	0.307	0.000**	มีความสัมพันธ์ทางบวก
ความรู้ ความเข้าใจทางสุขภาพตามหลัก 3อ 2ส	1.00	0.022**	มีความสัมพันธ์ทางบวก
แรงสนับสนุนทางสังคม	0.403	0.000**	มีความสัมพันธ์ทางบวก
- การได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัว	0.303	0.000**	มีความสัมพันธ์ทางบวก
- การได้รับการสนับสนุนจากชุมชน	0.392	0.000**	มีความสัมพันธ์ทางบวก
- การได้รับการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่...	0.179	0.004**	มีความสัมพันธ์ทางบวก

หมายเหตุ * ค่าระดับนัยสำคัญ น้อยกว่า 0.05, ** ค่าระดับนัยสำคัญ น้อยกว่า 0.01

การอภิปรายผล

ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นปัจจัยพื้นฐานที่ช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน และนำข้อมูลด้านสุขภาพไปใช้ในการตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพของตนเองได้อย่างเหมาะสม และมีแนวโน้มแสดงพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมมากขึ้น เช่น การเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสม การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ การจัดการอารมณ์ และการหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยง จึงส่งผลให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ดีและลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรค นอกจากนี้ แนวคิด 3อ 2ส ซึ่งประกอบด้วย อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ และการลด ละ เลิกสิ่งเสพติดและพฤติกรรมเสี่ยง เป็นกรอบแนวคิดที่ครอบคลุมพฤติกรรมสุขภาพที่สำคัญของผู้สูงอายุ จึงทำให้ความรอบรู้ในด้านนี้

มีผลโดยตรงต่อการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพ ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับแนวคิดเรื่องความรอบรู้ด้านสุขภาพของ Nutbeam (2000) ซึ่งอธิบายว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพประกอบด้วยความสามารถในการเข้าถึง ความเข้าใจ และการใช้ข้อมูลด้านสุขภาพเพื่อส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค โดยบุคคลที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงจะสามารถตัดสินใจด้านสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมมากขึ้น เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพทุกด้าน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มพฤฒพลังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value<0.001) ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ สมใจ อ่อนละเอียด (2564) ที่พบว่า สมรรถนะของบุคคลที่สามารถเข้าถึงเข้าใจ ประเมินใช้ความรู้และสื่อสารเกี่ยวกับสารสนเทศด้านสุขภาพตามต้องการ เพื่อส่งเสริมและรักษาสุขภาพที่ดีตลอดชีวิต ทักษะทางสังคมและการคิดวิเคราะห์ที่กำหนดแรงจูงใจ และความสามารถของบุคคลในการเข้าถึงข้อมูล เข้าใจและใช้ข้อมูลเพื่อส่งเสริมและรักษาสุขภาพ แสดงว่าบุคคลที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ ในระดับสูงจะส่งผลต่อพฤติกรรมการปฏิบัติตนในเรื่องการดูแลสุขภาพ เนื่องจากมีการเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร มีทักษะในการสื่อสารที่ดี การรู้เท่าทันสื่อ สามารถวิเคราะห์ประเมินเนื้อหาจากสื่อ ตัดสินใจเลือกแนวทางปฏิบัติที่ถูกต้องในการป้องกันและควบคุมโรค และสามารถจัดการตนเองเพื่อป้องกันการเกิดโรคได้ดี ในทางกลับกันบุคคลที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับต่ำ มีแนวโน้มที่จะประสบปัญหาสุขภาพได้มากกว่าและมักจะเกิดการเจ็บป่วยและมีสุขภาพที่แย่กว่า นอกจากนี้ความรอบรู้ด้านสุขภาพ เป็นปัจจัยที่สามารถร่วมทำนายผลพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มพฤฒพลังประกอบด้วย การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ ความรู้ ความเข้าใจทางสุขภาพ และระดับการศึกษา ตามลำดับ สามารถทำนายได้ถูกต้อง ร้อยละ 14.4 ยกเว้นด้านความรู้ ความเข้าใจ ที่พบว่าไม่สอดคล้อง เช่นเดียวกับงานวิจัยของ นวนันท์ กองอุด (2567) ที่ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุชาวไทพวน ในจังหวัดหนองคาย และพบว่า ความรอบรู้ทางสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง (p-value > 0.05)

ผู้สูงอายุที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ชุมชน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอย่างเหมาะสมจะมีแนวโน้มในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ดีมากขึ้น เนื่องจากแรงสนับสนุนทางสังคมช่วยส่งเสริมทั้งด้านข้อมูลข่าวสาร กำลังใจ การดูแลเอาใจใส่ และการช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจกรรมด้านสุขภาพ ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความตระหนัก เห็นความสำคัญของการดูแลสุขภาพ และสามารถปฏิบัติตนได้อย่างถูกต้องและต่อเนื่อง เช่น การรับประทานอาหารที่เหมาะสม การออกกำลังกาย การรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ และการเข้ารับบริการสุขภาพตามนัด นอกจากนี้ ครอบครัวยังมีบทบาทสำคัญในการดูแลและกระตุ้นให้ผู้สูงอายุปฏิบัติตัวด้านสุขภาพอย่างเหมาะสม ชุมชนเป็นแหล่งสนับสนุนกิจกรรมทางสังคมและกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ส่วนเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมี

บทบาทในการให้ความรู้ คำแนะนำ และติดตามดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง จึงส่งผลให้ผู้สูงอายุกลุ่มพฤฒพลังมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมมากขึ้น ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับแนวคิดแรงสนับสนุนทางสังคมของ House ที่กล่าวว่า การได้รับการสนับสนุนจากบุคคลรอบข้างจะช่วยให้บุคคลสามารถปรับตัวและมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม รวมทั้งสอดคล้องกับงานวิจัยของ จิรานันท์ วงศ์สุวรรณ และคณะ (2563) ที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ r= 0.847, P-value < 0.05 และงานวิจัยของจามจุรี แซ่หลู่ และคณะ (2564) ผลการวิจัยพบว่าแรงสนับสนุนทางสังคม โดยภาพรวมของผู้สูงอายุในสังคมเมือง กึ่งเมืองกึ่งชนบทและชนบทอยู่ในระดับมาก เนื่องจากผู้สูงอายุโดยส่วนใหญ่ยังคงอาศัยอยู่กับคู่สมรส ครอบครัวและบุตร ประกอบกับวัฒนธรรมไทยสมาชิกในครอบครัวจะให้ความเคารพนับถือผู้สูงอายุว่าเป็นบุคคลสำคัญที่ลูกหลานต้องดูแลเอาใจใส่ เมื่อผู้สูงอายุมีข้อจำกัดทางด้านร่างกาย ไม่สามารถประกอบอาชีพได้หรือผู้สูงอายุมีภาวะพึ่งพาจะต้องมีสมาชิกในครอบครัวคอยดูแล นอกจากนี้การศึกษาที่ผ่านมาพบว่าครอบครัวมีบทบาทที่สำคัญในการให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุ ในด้านค่าใช้จ่ายในชีวิตประจำวัน ค่ารักษาพยาบาล ช่วยเหลือในการตอบสนองการทำกิจวัตร ส่วนงานวิจัยของ ฐิติมา ทาสุวรรณอินทร และคณะ (2563) ที่ศึกษาเรื่อง พฤติกรรมการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วยและการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยง ชุมชนกะเหรี่ยงรวมมิตร ตำบลแม่ยาว อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย พบว่าพฤติกรรมการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับแรงสนับสนุนทางสังคม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 (r=0.261,p=.008) นอกจากนั้น ผลการศึกษาครั้งนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Kim, Oh, และ Lee (2020) ที่พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะการสนับสนุนด้านอารมณ์และข้อมูลข่าวสารจากครอบครัว บุคลากรทางสุขภาพ และบุคคลใกล้ชิด ซึ่งช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างเหมาะสมและมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีมากขึ้น

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1) ควรจัดการเสริมความเข้าใจในการดูแลสุขภาพตนเองให้ผู้สูงอายุ โดยจัดทีมสุขภาพไปตรวจสุขภาพที่บ้าน เลือกสื่อในการให้ความรู้ที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ และควรมีการประสานงานกับเครือข่าย หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หน่วยงานด้านพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ มาร่วมงานกันมาให้ความรู้ คำแนะนำและการให้คำปรึกษาด้านสุขภาพรวมทั้งกิจกรรมเสริมรายได้แก่ผู้สูงอายุ

2) ควรจัดหาอุปกรณ์ออกกาลังกาย หรือสถานที่ออกกาลังกายที่เป็นพื้นที่สาธารณะสำหรับผู้สูงอายุตลอดจนการจัดกิจกรรมพบปะสังสรรค์แลกเปลี่ยนความคิดในการส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง

3) ควรทำการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกมากยิ่งขึ้น ประกอบกับการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมกิจกรรมในชมรมผู้สูงอายุตามวิถีชุมชน เนื่องจากชุมชนตำบลบางทอง เป็นชุมชนที่มีทุนภูมิปัญญาและทุนวัฒนธรรม ที่มีความโดดเด่นของวิถีชีวิต

เอกสารอ้างอิง

กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2568). รายงานประจำปี 2568 กรมกิจการผู้สูงอายุ. สืบค้นเมื่อ วันที่ 1 พฤษภาคม 2569. เข้าถึงจาก https://www.dop.go.th/th/implementaion/2/1/1525

จิรานันท์ วงศ์สุวรรณ, ศิวพร อึ้งวัฒนา, สุกฤตา สวนแก้ว. (2563). การสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ อำเภอสูงเม่น จังหวัดแพร่. วารสารพยาบาลสาร; 47(3) : 267-276.

จามจุรี แซ่หลู่, ธมลวรรณ แก้วกระจก, ดาลิมา สำแดงสาร. (2564). อิทธิพลของแรงสนับสนุนทางสังคมและความรอบรู้ทางสุขภาพต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในสังคมเมือง สังคมกึ่งเมืองกึ่งชนบท และสังคมชนบท อำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้; 8(2) : 39-52.

ฐิติมา ทาสุวรรณอินทร์, มณุเชษฐ์ มะโนธรรม, วรัญญา มณีรัตน์ พย.ม., จุฑามาศ เมืองมูล วท.ม., วารุณี พันธ์วงศ์ วท.ม. (2562). พฤติกรรมการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วยและการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยง ชุมชนกะเหรี่ยงรวมมิตร ตำบลแม่ยาว อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ; 38(2) : 158-167.

นวนันท์ กองอุด. (2567). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุชาวไทพวนในจังหวัดหนองคาย. วารสารวิจัยสุขภาพโรงพยาบาลและชุมชน; 2(2) : 95-108.

วารินทร์ แผนเจริญ. (2567). ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านวังยาว ตำบลดอนขุนห้วย อำเภอชะอำ จังหวัดเพชรบุรี. Journal of Council of Community Public Health 2024; 6(3), 69-82

สมใจ อ่อนละเอียด. (2564). ความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ พฤฒพลัง จังหวัดนครปฐม. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ; 14(3) : 333-345.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2567). รายงานสถิติรายปีประเทศไทย 2567. สืบค้นเมื่อ วันที่ 1 พฤษภาคม 2569. เข้าถึงจาก https://www.nso.go.th/public/e-book/Statistical-Yearbook/SYB-2024_webPage/Page_SYB_TH.html

สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2566). คู่มือแนวทางการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ หลักสูตร 420 ชั่วโมง. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพังงา. (2569). ข้อมูลประชากรและสุขภาพจากระบบ Health Data Center (HDC) ปีงบประมาณ 2569. สืบค้นจาก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพังงา

อมรศักดิ์ โพธิ์อ่า. (2566). คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุกลุ่มพฤฒพลัง จังหวัดนครปฐม. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีนอร์ทเทิร์น; 4(2) : 1-12.

Bloom, B. S. (1976). Human characteristics and school learning. New York, NY: McGraw-Hill.

Best, John W. (1977). Research is Evaluation. (3rded). Englewood Cliffs: N.J. Prentice-Hall.

Cronbach, Lee J. (1951). Essentials of Psychological Testing. 3rd ed. New York: Harper.

Daniel W.W. (2010). Biostatistics: Basic Concepts and Methodology for the Health Sciences. (9th ed). New York: John Wiley & Sons.

Kim, S. H., Oh, J., & Lee, Y. (2020). *Health-related quality of life in older adults: Its association with health literacy, self-efficacy, social support, and health-promoting behavior*. Healthcare, 8(4), 407. https://doi.org/10.3390/healthcare8040407

Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. Health Promotion International, 15(3), 259–267. https://doi.org/10.1093/heapro/15.3.259

World Health Organization. (2002). *Active ageing: A policy framework*. World Health Organization. https://iris.who.int/handle/10665/67215

Received: 9 May 2026 ; **Revised:** 16 May 2026
Accepted: 30 Jun 2026

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ เขตตำบลกระโสม อำเภอตะกั่วทุ่ง จังหวัดพังงา

สุดาวดี สินทรัพย์ [1]

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนามีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ กลุ่มประชากรคือ ผู้สูงอายุเขตตำบลกระโสม อำเภอตะกั่วทุ่ง จังหวัดพังงา จำนวน 1,242 คน โดยใช้สูตรการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างของ Daniel เท่ากับ จำนวน 309 คน ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบมีระบบ เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่ คุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมและพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ แบบสอบถามผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน และนำไปทดลองใช้เพื่อวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟ่าครอนบาค เท่ากับ 0.89 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันที่ระดับความเชื่อมั่น 0.05 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมของผู้สูงอายุมีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง (74.11%) ($\overline{X}$=2.74, S.D.=0.439) แต่ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมอยู่ในระดับต่ำ(47.79%) ($\overline{X}$=1.84, S.D.=0.881) พฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุมีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง (53.72%) ($\overline{X}$=2.41, S.D.=0.543) ตามลำดับ ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุเขตตำบลกระโสม อำเภอตะกั่วทุ่ง จังหวัดพังงา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r=0.209, P-value<0.001)

คำสำคัญ : พฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อม, ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, ภาวะสมองเสื่อม, ผู้สูงอายุ

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกระโสมอำเภอตะกั่วทุ่ง จังหวัดพังงา, E-mail: jubkasom@gmail.com

Factors Associated with Dementia Prevention Behaviors among Elderly in Krasom Subdistrict, Takua Thung District, Phang Nga Province

Sudawadee Sinsup [1]

Abstract

This descriptive research aimed to study factors associated with dementia prevention behaviors among older adults in Krasom Subdistrict, Takua Thung District, Phang Nga Province. The population in this study consisted of 1,242 older adults residing in Krasom Sub-district, Takua Thung District, Phang-nga Province. The sample size of 294 participants was determined using Daniel's formula for a known population, and participants were selected through systematic random sampling. The research instrument was a questionnaire comprising four parts: personal characteristics, health literacy, knowledge and understanding of dementia, and dementia prevention behaviors. Content validity was verified by three experts, and the instrument was pilot-tested for reliability, yielding a Cronbach's alpha coefficient of 0.89. Data were analyzed using Pearson's product-moment correlation coefficient. The results revealed that the overall health literacy of older adults was at a high level (74.11%) ($\bar{X}$=2.74, S.D.=0.439), whereas knowledge and understanding of dementia was at a low level (47.79%) ($\bar{X}$=1.84, S.D.=0.881). Dementia prevention behaviors were at a moderate level (53.72%) ($\bar{X}$=2.41, S.D.=0.543). The correlation analysis indicated that overall health literacy was positively and significantly associated with dementia prevention behaviors among older adults in Krasom Sub-district, Takua Thung District, Phang-nga Province (r=0.209, P-value<0.01).

Keywords: Dementia prevention behaviors, Health literacy, Dementia, Older adults

[1] Registered Nurse, Professional Level, Krasom Sub-District Health Promoting Hospital Phang nga Province.

E-mail: jubkasom@gmail.com

บทนำ

สถานการณ์การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรโลกกำลังเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างรวดเร็ว องค์การสหประชาชาติรายงานว่า ในปี ค.ศ. 2022 ประชากรโลกที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป มีจำนวนประมาณ 771 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 10 ของประชากรโลก และคาดการณ์ว่าจะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 16 ในปี ค.ศ. 2050 (United Nations, 2022) การเพิ่มขึ้นของประชากรสูงอายุส่งผลให้ภาวะโรคที่เกี่ยวข้องกับความเสื่อมของสมองมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะภาวะสมองเสื่อม (Dementia) ซึ่งเป็นกลุ่มอาการที่เกิดจากความผิดปกติของสมอง ส่งผลกระทบต่อความคิด ความจำ ภาษา การตัดสินใจ และความสามารถในการดำรงชีวิตประจำวัน จนไม่สามารถดำเนินกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ (World Health Organization, 2021) องค์การอนามัยโลกรายงานว่า ในปี ค.ศ. 2023 ทั่วโลกมีผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมมากกว่า 55 ล้านคน และคาดว่าจะเพิ่มเป็น 78 ล้านคน ในปี ค.ศ. 2030 และ 139 ล้านคน ในปี ค.ศ. 2050 ภาวะสมองเสื่อมเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับที่ 7 ของโลก และเป็นหนึ่งในสาเหตุสำคัญของภาวะทุพพลภาพและการพึ่งพิงในผู้สูงอายุ ค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมทั่วโลกในปี ค.ศ. 2019 สูงถึง 1.3 ล้านล้านดอลลาร์สหรัฐ และคาดว่าจะเพิ่มเป็น 2.8 ล้านล้านดอลลาร์สหรัฐ ในปี ค.ศ. 2030 (World Health Organization, 2021)

สำหรับประเทศไทย ปัจจุบันเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ (Complete Aged Society) โดยในปี พ.ศ. 2568 มีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 21.44 ของประชากรไทย (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2568) และคาดการณ์ว่าจะเพิ่มเป็นร้อยละ 28 ในปี พ.ศ. 2574 ซึ่งจะทำให้ประเทศไทยกลายเป็นสังคมผู้สูงอายุระดับสุดยอด (Super-Aged Society) (สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย, 2566) จากข้อมูลของสถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ พบว่า ผู้สูงอายุไทยมีภาวะสมองเสื่อมประมาณร้อยละ 6 หรือกว่า 680,000 คน และยังมีผู้สูงอายุที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย (Mild Cognitive Impairment: MCI) อีกจำนวนมากที่เสี่ยงต่อการพัฒนาเป็นภาวะสมองเสื่อมในอนาคต (สถาบันประสาทวิทยา, 2565)

Livingston et al. (2020) ในรายงาน Lancet Commission on Dementia Prevention, Intervention, and Care ได้ระบุว่า ปัจจัยเสี่ยงที่สามารถปรับเปลี่ยนได้ 12 ประการ ได้แก่ ระดับการศึกษาต่ำ การสูญเสียการได้ยิน การบาดเจ็บที่ศีรษะ ความดันโลหิตสูง การดื่มแอลกอฮอล์มากเกินไป โรคอ้วน การสูบบุหรี่ ภาวะซึมเศร้า ความโดดเดี่ยวทางสังคม การขาดการออกกำลังกาย โรคเบาหวาน และมลพิษทางอากาศ หากสามารถควบคุมปัจจัยเหล่านี้ได้อย่างเหมาะสม จะสามารถลดหรือชะลอความเสี่ยงของการเกิดภาวะสมองเสื่อมได้ถึงร้อยละ 40

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ตามแนวคิดของ Nutbeam (2000) เป็นสมรรถนะที่ช่วยให้บุคคลสามารถเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน และใช้ข้อมูลด้านสุขภาพเพื่อการตัดสินใจและการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม โดยจำแนกเป็น 3 ระดับ คือ ระดับพื้นฐาน (Functional Health Literacy) ระดับปฏิสัมพันธ์ (Interactive Health Literacy) และระดับวิจารณญาณ (Critical Health Literacy) ในประเทศไทย กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ (2559) ได้พัฒนาองค์ประกอบความรอบรู้ด้านสุขภาพ 6 ด้าน ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ ความรู้ความเข้าใจ การสื่อสารทางสุขภาพ การจัดการตนเอง การรู้เท่าทันสื่อ และการตัดสินใจ งานวิจัยหลายเรื่องยืนยันว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพมีบทบาทสำคัญในการกำหนดพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อม (วิมลรัตน์ บุญเสถียร และคณะ, 2565; พรณรงค์ ศรีม่วง และประยุกต์ ปิติวรยุทธ, 2565)

สำหรับตำบลกระโสม อำเภอตะกั่วทุ่ง จังหวัดพังงา ในปี พ.ศ. 2568 มีสัดส่วนผู้สูงอายุสูงถึงร้อยละ 25.83 ของประชากรทั้งตำบล ซึ่งถือว่าเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพังงา, 2568) ลักษณะชุมชนเป็นกึ่งเมืองกึ่งชนบท ประชากรผู้สูงอายุส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรมและรับจ้างทั่วไป มีระดับการศึกษาไม่สูง ประกอบกับยังไม่มีข้อมูลเชิงระบบเกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อมและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในระดับตำบล ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุเขตพื้นที่ตำบลกระโสม อำเภอตะกั่วทุ่ง จังหวัดพังงา เพื่อนำผลวิจัยไปใช้เป็นข้อมูลเชิงประจักษ์ในการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพสมองในระดับชุมชนต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุเขตตำบลกระโสม อำเภอตะกั่วทุ่ง จังหวัดพังงา

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research study) โดยกำหนดตัวแปรอิสระ 1) คุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ 2) ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ตามแนวคิดของ Nutbeam (2000) ตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ เขตตำบลกระโสม อำเภอตะกั่วทุ่ง จังหวัดพังงา ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนมกราคม–มิถุนายน พ.ศ.2569

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60-69 ปี เขตตำบลกระโสม อำเภอตะกั่วทุ่ง จังหวัดพังงา ปีงบประมาณ จำนวน 1,242 คน เกณฑ์การคัดเข้า ได้แก่ เป็นผู้สูงอายุติดสังคม (Social Bound) ผู้ที่มีสุขภาพร่างกายแข็งแรง โดยใช้ผลการประเมิน ADL จะต้องไม่ติดเตียง ไม่ติดบ้าน สื่อสารภาษาไทยสามารถอ่านออกเขียนได้ และสมัครใจเข้าร่วมวิจัย เกณฑ์การคัดออก คือ ผู้ที่ไม่สมัครใจตอบคำถามและเจ็บป่วยในช่วงเก็บข้อมูลจนไม่สามารถให้ข้อมูลได้ คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตร Daniel (2010) กำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ 95% ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้เท่ากับ 0.05 ได้กลุ่มตัวอย่าง 309 คน ใช้วิธีการสุ่มแบบมีระบบ (Systematic Random Sampling) เพื่อเลือกรายชื่อผู้สูงอายุเป็นกลุ่มตัวอย่าง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถาม ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา การประกอบอาชีพ รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน โรคประจำตัว การอยู่อาศัย (อยู่ลำพัง/อยู่กับครอบครัว)

ส่วนที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันภาวะสมองเสื่อม จำนวน 35 ข้อ ประยุกต์จากแนวคิดของ Nutbeam (2000) ประกอบด้วย การเข้าถึงข้อมูลบริการสุขภาพ การสื่อสารทางสุขภาพ การจัดการตนเอง การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ และการตัดสินใจ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบตามระดับความคิดเห็น 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ส่วนที่ 3 เป็นข้อคำถามข้อคำถามที่เกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Nutbeam, 2000) ด้านความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม ใช้ประเมินความรู้ความเข้าใจของผู้สูงอายุเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบ 3 ตัวเลือก ได้แก่ “ใช่” “ไม่ใช่” และ “ไม่แน่ใจ” ซึ่งการแปลผลคะแนนใช้เกณฑ์ร้อยละของคะแนนรวม แบ่งระดับความรู้เป็น 3 ระดับ คือระดับสูง ระดับปานกลาง และระดับต่ำ โดยใช้เกณฑ์การแปลผลของ Boom (1975) แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ความรู้ระดับสูง คะแนน≥ 80% ระดับปานกลาง คะแนนระหว่าง 61-79% และระดับต่ำ คะแนน ≤ 60%

ส่วนที่ 4 พฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อม จำนวน 25 ข้อ ประกอบด้วย 5 ด้าน ได้แก่ การออกกำลังกายและกิจกรรมทางกาย การฝึกความจำและกิจกรรมกระตุ้นสมอง การบริโภคอาหารที่เหมาะสม การจัดการความเครียดและอารมณ์ และการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบตามระดับการปฏิบัติ 5 ระดับคือ ปฏิบัติมากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด

แบบสอบถามส่วนที่ 2 และ 4 ใช้เกณฑ์การแปลผลตามแนวคิดของ Best john W. (1977) แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับสูง (3.67-5.00 คะแนน) ระดับปานกลาง (2.34 -3.66 คะแนน) และระดับต่ำ (1.00-2.33 คะแนน)

แบบสอบถามนี้สร้างขึ้นจากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง และนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา นำแบบสอบถามไปทดลองใช้คำนวณค่าความเที่ยง (Reliability) ด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach, 1997) เท่ากับ 0.89

สถิติวิเคราะห์

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณาและวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment correlation coefficient) เท่ากับ 0.05

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้ดำเนินการขอความเห็นชอบจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยนอร์ทเทิร์น เอกสารรับรองเลขที่ NREC 0039/2569 รับรองวันที่ 19 มกราคม 2569

ผลการศึกษาวิจัย

ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้สูงอายุเขตตำบลกระโสม อำเภอตะกั่วทุ่ง จังหวัดพังงา จำนวน 309คน พบว่า เป็นเพศหญิง (59.55%) เพศชาย (4.45%) ช่วงอายุของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 61 -67 ปี ($\overline{X}$ = 64.30,S.D.=2.612,min=60, max= 69) รองลงมาอายุน้อยกว่า 61 ปี (17.48%) สถานภาพของกลุ่มตัวอย่าง มีสถานภาพสมรสคู่/แต่งงาน/อยู่ด้วยกัน (69.26%) รองลงมาคือ สถานภาพหม่าย/ หย่า /แยก(22.01%) การนับถือศาสนา พบว่า นับถือศาสนาพุทธ (85.11%) รองลงมานับถือศาสนาอิสลาม (14.56%) ระดับการศึกษา พบว่า ส่วนใหญ่อยู่ระดับประถมศึกษา (66.02%) รองลงมา คือระดับมัธยมศึกษา/ ปวส. (16.83%) การประกอบอาชีพ พบว่าส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม (28.28%) รองลงมา คืออาชีพรับจ้างทั่วไป (25.24%) รายได้ครอบครัวเฉลี่ย 11,079.94 บาทต่อเดือน ($\overline{X}$ =11079.94 S.D.=7,371.437 ,min= 600, max = 50,000) ส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 5,000 15,000 บาท (64.72%) รองลงมาคือรายได้น้อยกว่า 5,000 บาท (18.77%)สำหรับภาวะสุขภาพ พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว (56.31%) ส่วนผู้ที่มีโรคประจำตัว พบเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด (32.69%) รองลงมา คือ โรคไขมันในเลือดสูง (17.48%) ด้านการอยู่อาศัย พบว่าส่วนใหญ่ไม่ได้อยู่คนเดียว หมายถึงมีผู้ดูแลเมื่อเจ็บป่วย (98.71%) และอยู่ลำพัง หรือไม่มีผู้ดูแล (1.29%) ตามลำดับ

ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ภาพรวมมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง (74.11%) ($\overline{X}$=2.74, S.D.=0.439) เมื่อพิจารณาความรอบรู้ด้านสุขภาพ จำแนกรายด้านพบว่า การเข้าถึงข้อมูลบริการสุขภาพ อยู่ในระดับสูง (90.94%) ($\overline{X}$=2.91, S.D.=0.288), ด้านการสื่อสารทางสุขภาพอยู่ในระดับสูง (83.82%) ($\overline{X}$=2.84,

S.D.=0.380) ,ด้านการจัดการตนเองอยู่ในระดับสูง (74.11%) ($\bar{X}$=2.73, S.D.=0.474) ด้านการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศอยู่ในระดับสูง (70.23%) ($\bar{X}$=2.68, S.D.=0.514) , ด้านการตัดสินใจอยู่ในระดับปานกลาง (53.72%) ($\bar{X}$=2.43, S.D.=0.528) และด้านความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมอยู่ในระดับต่ำ(47.90%) ($\bar{X}$=1.84, S.D.=0.881) ตามลำดับ (ตารางที่ 1)

พฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ ภาพรวมมีคะแนนเฉลี่ย อยู่ในระดับปานกลาง (53.72%) ($\bar{X}$=2.41, S.D.=0.543) เมื่อพิจารณาพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ จำแนกรายด้านพบว่า ด้านการออกกำลังกายและกิจกรรมทางกายอยู่ในระดับปานกลาง (51.13%) ($\bar{X}$ = 2.38, S.D. = 0.589) ,ด้านการฝึกความจำและทำกิจกรรมกระตุ้นสมองอยู่ในระดับปานกลาง(69.26%) ($\bar{X}$ = 2.06, S.D. = 0.553) ,ด้านการบริโภคอาหารที่เหมาะสมอยู่ในระดับสูง(51.78%) ($\bar{X}$ = 2.48, S.D. = 0.556) ,ด้านการจัดการความเครียดและอารมณ์อยู่ในระดับสูง (54.37%) ($\bar{X}$ = 2.49, S.D.= 0.585), ด้านการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมอยู่ในระดับสูง (52.10%) ($\bar{X}$ = 2.49, S.D.= 0.550) ตามลำดับ (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุเขตตำบลกระโสม อำเภอตะกั่วทุ่ง จังหวัดพังงา (n=309)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	ระดับ						Mean	S.D.
	สูง		ปานกลาง		ต่ำ			
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ		
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	**229**	**74.11**	**80**	**25.89**	-	-	**2.74**	**0.439**
					-	-		
ด้านการเข้าถึงข้อมูลบริการสุขภาพ	281	90.94	28	9.06	-	-	2.91	0.288
ด้านการสื่อสารทางสุขภาพ	259	83.82	49	15.86	1	0.32	2.84	0.380
ด้านการจัดการตนเอง	229	74.11	76	24.60	4	1.29	2.73	0.474
ด้านการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ	217	70.23	85	27.50	7	2.27	2.68	0.514
ด้านการตัดสินใจ	138	44.66	166	53.72	5	1.62	2.43	0.528

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	ระดับ						Mean	S.D.
	สูง		ปานกลาง		ต่ำ			
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ		
ด้านความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม	99	32.04	62	20.06	148	47.90	1.84	0.881
พฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อม	**135**	**43.69**	**166**	**53.72**	**8**	**2.59**	**2.41**	**0.543**
ด้านการออกกำลังกายและกิจกรรมทางกาย	134	43.37	158	51.13	17	5.50	2.38	0.589
ด้านการฝึกความจำและทำกิจกรรมกระตุ้นสมอง	56	18.12	214	69.26	39	12.62	2.06	0.553
ด้านการบริโภคอาหารที่เหมาะสม	160	51.78	140	45.31	9	2.91	2.48	0.556
ด้านการจัดการความเครียดและอารมณ์	168	54.37	127	41.10	14	4.53	2.49	0.585
ด้านการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม	161	52.10	140	45.31	8	2.59	2.49	0.550

ผลการวิเคราะห์ตัวแปรอิสระที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุตำบลกระโสม อำเภอตะกั่วทุ่ง จังหวัดพังงา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (r=0.209, P-value=0.001) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพ ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุเขตพื้นที่ตำบลกระโสม อำเภอตะกั่วทุ่ง จังหวัดพังงา

ปัจจัย	พฤติกรรมป้องกันสมองเสื่อม		
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (r)	P-value	ระดับความสัมพันธ์
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	**0.209**	**<0.001**	**มีความสัมพันธ์ทางบวก**
- ด้านการเข้าถึงข้อมูลบริการสุขภาพ	0.198	<0.001	มีความสัมพันธ์ทางบวก
- ด้านการสื่อสารทางสุขภาพ	0.204	<0.001	มีความสัมพันธ์ทางบวก
- ด้านการจัดการตนเอง	0.209	<0.001	มีความสัมพันธ์ทางบวก
- ด้านการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ	0.136	0.017	มีความสัมพันธ์ทางบวก
- ด้านการตัดสินใจ	-0.030	0.597	ไม่พบความสัมพันธ์
- ด้านความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม	0.211	<0.001	มีความสัมพันธ์ทางบวก

การอภิปรายผลและสรุปผล

ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ อย่างนัยสำคัยทางสถิติ < 0.001 สามารถอธิบายเหตุผลได้ว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพตามแนวคิดของ Nutbeam กล่าวว่า ความรู้ ความเข้าใจ และทักษะทางสังคม สามารถช่วยผลักดันให้บุคคลเข้าถึง ประเมิน และใช้ข้อมูลเพื่อการตัดสินใจดูแลสุขภาพของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยนัทบีมได้จำแนกระดับของทักษะออกเป็น 3 ระดับคือ 1) ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน (Functional Health Literacy) ซึ่งมุ่งเน้นไปที่ทักษะการอ่านออกเขียนได้และการเข้าใจคำศัพท์พื้นฐาน เพื่อให้บุคคลสามารถอ่านฉลากยา ปฏิบัติตามคำแนะนำทางการแพทย์ หรือเข้าใจระบบบริการสุขภาพเบื้องต้นได้ 2)ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นปฏิสัมพันธ์ (Interactive Health Literacy) ซึ่งเป็นขั้นที่พัฒนาขึ้นมาสู่การใช้ทักษะทางสังคมและการสื่อสาร บุคคลในระดับนี้จะสามารถแสวงหาข้อมูล แลกเปลี่ยนเรียนรู้ และซักถามข้อสงสัยกับบุคลากรทางการแพทย์เพื่อนำความรู้มาประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวัน 3) ระดับสูงสุดคือ ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นวิจารณญาณ (Critical Health Literacy) ซึ่งเป็นทักษะการคิดวิเคราะห์ขั้นสูง โดยบุคคลจะสามารถประเมินความถูกต้องและความน่าเชื่อถือของข้อมูลสุขภาพ แยกแยะปัจจัยแวดล้อมทางสังคมที่ส่งผลต่อสุขภาวะ ตลอดจนมีพลังในการตัดสินใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรวมถึงขับเคลื่อนสิทธิทางสุขภาพเพื่อตนเอง

และชุมชนได้ โดยแนวคิดทั้งสามระดับนี้มีความต่อเนื่องกัน และสะท้อนว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่ใช่ทักษะคงที่ แต่สามารถพัฒนาได้ผ่านการศึกษา การสื่อสาร และประสบการณ์ในชีวิตจริง ในระดับพื้นฐาน บุคคลที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพียงพอจะสามารถปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพได้อย่างถูกต้อง เมื่อความรอบรู้เพิ่มขึ้นในระดับปฏิสัมพันธ์ บุคคลจะสามารถซักถาม พูดคุย และตัดสินใจร่วมกับบุคลากรสุขภาพได้ดีขึ้น ส่งผลให้เกิดการดูแลตนเองที่เหมาะสมกับสภาพปัญหาและความต้องการของตนเอง ขณะที่ระดับวิพากษ์ช่วยให้บุคคลไม่เพียงรับข้อมูล แต่ยังสามารถคัดกรองข้อมูลที่น่าเชื่อถือและเลือกแนวทางปฏิบัติที่เหมาะสมที่สุดสำหรับตนเอง และสอดคล้องกับกองสุขศึกษา กล่าวว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง ความสามารถในการเข้าถึงข้อมูล ความรู้ ความเข้าเพื่อวิเคราะห์ ประเมินการปฏิบัติและจัดการตนเอง รวมถึงสามารถชี้แนะเรื่องสุขภาพ ส่วนบุคคล ครอบครัวและชุมชนเพื่อสุขภาพที่ดี ผลการวิจัยสอดคล้องกับงานวิจัยของวิมลรัตน์ บุญเสถียร และคณะ (2565) ที่พบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญที่อธิบายพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดปทุมธานี และสอดคล้องกับพรณรงค์ ศรีม่วง และประยุกต์ ปิติวรยุทธ (2565) ที่พบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพสามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อมได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การเข้าถึงข้อมูลบริการสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุเขตตำบลกระโสม อำเภอตะกั่วทุ่ง จังหวัดพังงา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.198$, P-value < 0.01) สามารถอธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุที่สามารถเข้าถึงข้อมูลสุขภาพได้สะดวกและรวดเร็ว ผ่านช่องทางต่างๆ จะมีโอกาสรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับการป้องกันภาวะสมองเสื่อมและนำไปปฏิบัติได้มากกว่า ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพเชิงพื้นฐาน (Functional Health Literacy) ของ Nutbeam (2000) ที่เน้นทักษะการอ่าน การเข้าใจและการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพพื้นฐาน สอดคล้องกับงานวิจัยของ ขนิษฐา สระทองพร้อมและสุนิสา จันทร์แสง (2568) ที่พบว่า การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r= 0.455$, P-value < 0.001)

ด้านการสื่อสารทางสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุเขตตำบลกระโสม อำเภอตะกั่วทุ่ง จังหวัดพังงา (P-value<0.01) อธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุที่สามารถสื่อสารข้อมูลสุขภาพกับผู้อื่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งการสอบถามข้อมูลจากบุคลากรสาธารณสุขและการแลกเปลี่ยนข้อมูลกับเพื่อนร่วมวัย จะช่วยเสริมความรู้และแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสม ซึ่งสอดคล้องกับระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพเชิงปฏิสัมพันธ์ (Interactive Health Literacy) ของ Nutbeam (2000) ที่เน้นทักษะการสื่อสารแบบสองทางและการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคลากรสุขภาพ สอดคล้องกับงานวิจัยของ นธรรศ น้อยทัน (2567) ที่พบว่า

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยง โดยเฉพาะด้านการสื่อสารทางสุขภาพ (r = 0.232, p =0.017)

ด้านการจัดการตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = 0.209, P-value < 0.01) สะท้อนว่าผู้สูงอายุที่มีทักษะในการกำหนดเป้าหมาย วางแผนปฏิบัติ ทบทวน และปรับเปลี่ยนวิธีดูแลสุขภาพของตนเอง เช่น การวางแผนออกกำลังกาย การเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสม และการจัดการความเครียด จะมีพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อมในระดับที่ดีกว่า ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับแนวคิดของ Nutbeam (2008) ที่อธิบายว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับสูงสุด คือ ความรอบรู้เชิงวิพากษ์ (Critical Health Literacy) ซึ่งไม่ได้หยุดอยู่ที่การรับและแลกเปลี่ยนข้อมูล หากแต่ครอบคลุมถึงความสามารถในการวิเคราะห์ข้อมูลสุขภาพอย่างมีวิจารณญาณ และนำมาใช้ควบคุมจัดการพฤติกรรมสุขภาพของตนเองได้อย่างอิสระและต่อเนื่อง ผลการศึกษาดังกล่าวสอดคล้องกับงานวิจัยของ ธรณินทร์ คุณแขวน และคณะ (2566) ที่พบว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Self-efficacy) ในการป้องกันภาวะสมองเสื่อมเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลสูงสุดต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ (Beta = 0.334) เช่นเดียวกับงานวิจัยของ ดวงธิดา ช่างย้อม และคณะ (2567) ที่พบว่าการรับรู้ความสามารถของตนเองมีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อม (p < .001)

ด้านการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุเขตตำบลกระโสม อำเภอตะกั่วทุ่ง จังหวัดพังงา ในระดับต่ำ (P-value<0.05) อาจสะท้อนข้อจำกัดของผู้สูงอายุในการเข้าถึงและประเมินข้อมูลสุขภาพในยุคดิจิทัล โดยเฉพาะข้อมูลจากสื่อออนไลน์ที่มีจำนวนมากและหลากหลายคุณภาพ ผลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นถึงข้อจำกัดในระดับ ความรอบรู้เชิงวิพากษ์ (Critical Health Literacy) ของ Nutbeam (2000) ที่ต้องอาศัยทักษะการคิดวิเคราะห์อย่างมีวิจารณญาณ ความสามารถในการประเมินความน่าเชื่อถือของแหล่งข้อมูล และการนำข้อมูลที่ผ่านการกลั่นกรองไปใช้ตัดสินใจด้านสุขภาพได้อย่างอิสระ สอดคล้องกับของงานวิจัยของ ขนิษฐา สระทองพร้อมและสุนิสา จันทร์แสง (2568) ที่พบว่า การรู้เท่าทันสื่อสุขภาพดิจิทัลอยู่ในระดับต่ำ และมีแนวโน้มเชื่อข้อมูลสุขภาพจากสื่อสังคมออนไลน์โดยไม่ตรวจสอบแหล่งที่มา ซึ่งส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม พบการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r= 0.401, P-value < 0.001)

ด้านการตัดสินใจไม่พบความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุเขตตำบลกระโสม อำเภอตะกั่วทุ่ง จังหวัดพังงา (P-value=0.597) ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า ในบริบทชุมชนกึ่งชนบท การตัดสินใจด้านสุขภาพของผู้สูงอายุอาจได้รับอิทธิพลจากบรรทัดฐานทางสังคม ความเกรงใจ และความสัมพันธ์ใน

ครอบครัวมากกว่าการคิดวิเคราะห์รายบุคคล เช่น การปฏิเสธอาหารที่ไม่เหมาะสมในงานสังสรรค์ ซึ่งแตกต่างจากงานวิจัยของขนิษฐา สระทองพร้อมและสุนิสา จันทร์แสง (2568) ที่พบว่า การตัดสินใจมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับสูงกับพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r= 0.541, P-value < 0.001) ตรงกับแนวคิดของ Nutbeam (2000) ที่เกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับเชิงวิพากษ์ (Critical Health Literacy) ว่า เป็นทักษะสำคัญที่ทำให้คนวิเคราะห์ข้อมูลสุขภาพได้ดี และตัดสินใจเรื่องสุขภาพอย่างเหมาะสม

ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุเขตตำบลกระโสม อำเภอตะกั่วทุ่ง จังหวัดพังงา (P-value<0.01) ซึ่งเป็นค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สูงสุด (r=0.211) แม้ว่าโดยรวมจะอยู่ในระดับต่ำ (ร้อยละ 47.90) แต่ก็ยังแสดงความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญ สะท้อนว่าแม้เพียงความรู้พื้นฐานก็มีบทบาทในการกระตุ้นพฤติกรรม ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Livingston et al. (2020) ที่ระบุว่าความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมเป็นองค์ประกอบพื้นฐานที่ช่วยให้บุคคลตระหนักถึงความเสี่ยงและเลือกปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสม สอดคล้องกับประทีป กาลเขว้า (2567) และอนันต์ อิฟติคาร์ และคณะ.(2566) ที่พบว่าความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมเป็นปัจจัยอธิบายพฤติกรรมการป้องกันได้อย่างมีนัยสำคัญ

ข้อเสนอแนะ

หน่วยงานสาธารณสุขและหน่วยบริการสุขภาพควรพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมกิจกรรมฝึกความจำและกระตุ้นสมองในชุมชน ซึ่งเป็นด้านที่ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมในระดับต่ำที่สุด โดยออกแบบให้สอดคล้องกับวัฒนธรรมท้องถิ่น เช่น การสวดมนต์ การร้องเพลงพื้นบ้าน และเกมฝึกสมองแบบกลุ่ม ควบคู่กับการพัฒนาควความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม โดยเฉพาะการแยกแยะอาการเริ่มต้นกับการหลงลืมตามวัย และควรเสริมสร้างทักษะการตัดสินใจด้านสุขภาพในบริบทสังคมวัฒนธรรมไทย โดยใช้กระบวนการกลุ่มและสถานการณ์จำลองสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

เอกสารอ้างอิง

กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2568). รายงานประจำปี 2568 กรมกิจการผู้สูงอายุ. สืบค้นเมื่อวันที่ 20 มกราคม 2569. เข้าถึงจาก https://www.dop.go.th/th/implementaion/2/1/1525

กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2561). กลยุทธ์การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ.กรุงเทพฯ: กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข.

ขนิษฐา สระทองพร้อม, สุนิสา จันทร์แสง .(2568). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยงสมองเสื่อม อำเภอโพธาราม จังหวัดราชบุรี. *วารสารศาสตร์สาธารณสุขและนวัตกรรม, 5(3) :1–14.

ดวงธิดา ช่างย้อม,นิตยา สุทธยากร,อภิญญา คชมาตย์,วัชราวรรณ วงศ์เครือศร.(2568). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ในชุมชนชนบท. วารสารพยาบาล มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 52(3) : 196–210

ธรณินทร์ คุณแขวน, ปัญญ์กรินทร์ หอยรัตน์, สุวารี ทวนวิเศษกุล. (2566). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุในจังหวัดชัยภูมิ. วารสารพยาบาล 72(3):47-54.

นธรรศ น้อยทัน. (2567). ความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลน้ำอ่าง อำเภอตรอน จังหวัดอุตรดิตถ์.วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีนอร์ทเทิร์น, 5(3) : 52–64.

ประทีป กาลเขว้า, ชนาภา จันสุระ, วัลวิกา สระทองบ้อง, เบญญาภา กาลเขว้า. (2567). ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง ในตำบลช้างเผือก อำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด.วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพและสาธารณสุขชุมชน, 7(2) : 81–90.

พรณรงค์ ศรีม่วง, ประยุกต์ ปิติวรยุทธ. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในจังหวัดสมุทรปราการ. วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย 2565 ; 12(2):303-18.

วิมลรัตน์ บุญเสถียร, เขมศ์ณริณี รื่นฤดีภิรมย์, สุวรีย์ เพชรแต่ง. (2565). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน จังหวัดปทุมธานี. วารสารพยาบาล สงขลานครินทร์ 42(3) : 97-110.

สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์. (2565). แนวทางเวชปฏิบัติภาวะสมองเสื่อม. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพังงา. (2568). ข้อมูลสุขภาพผู้สูงอายุจังหวัดพังงา ปีงบประมาณ 2568. พังงา: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพังงา.

สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย. (2566). *ภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุไทยในอนาคตอีก 20 ปี: อนามัยพยากรณ์.* กระทรวงสาธารณสุข

อนันต์ อิฟติคาร์ และคณะ. (2566). ปัจจัยความรอบรู้ทางสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ จังหวัดสกลนคร. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 16(2), 31-40.

Best, John W. (1977). Research is Evaluation. (3rd ed). Englewood Cliffs: N.J. Prentice-Hall.

Bloom, B.S. (1975). Taxonomt of Education. David McKay Company Inc., New York.

Cronbach. (1997). Essentials of Psychological Testing. New york: Harper and Row.

Daniel W.W. (2010). Biostatistics: Basic Concepts and Methodology for the Health Sciences. (9th ed). New York: John Wiley & Sons.

Livingston G., Huntley J., Sommerlad A., et al. (2020). Dementia prevention, intervention, and care: 2020 report of the Lancet Commission. Lancet; 396(10248): 413-446.

Nutbeam D. (2000). Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. Health Promotion International; 15(3): 259-267.

United Nations. (2022). World Population Prospects 2022: Summary of Results. New York: United Nations.

World Health Organization. (2021). Global status report on the public health response to dementia.

Received: 10 May 2026 ; **Revised:** 17 May 2026
Accepted: 30 Jun 2026

ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง เขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคึกคัก อำเภอตะกั่วป่า จังหวัดพังงา

เมธยา ชูเหล็ก [1]

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนามีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ประชากรคือผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคึกคัก อำเภอตะกั่วป่า จังหวัดพังงา จำนวน 684 คน โดยคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างจากสูตรของ Daniel จำนวน 231 คน ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบมีระบบ เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ทดสอบความเชื่อมั่นโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ 0.956 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ผลการวิจัยพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับสูง (58.80%) ($\bar{X}$=2.55, S.D.=0.547) และพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับสูง (61.90%) ($\bar{X}$=2.61, S.D.=0.496) ตามลำดับ ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (r=0.655, P-value<0.001)

คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, พฤติกรรมสุขภาพ, โรคความดันโลหิตสูง

[1] โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคึกคัก อำเภอตะกั่วป่า จังหวัดพังงา, E-mail: tuktuk2511@gmail.com

Association between health literacy and health behavior among Hypertension patients in Chronic Clinic, Khukkhak Sub-district Health Promoting Hospital, Takuapa District, Phangnga Province.

Wasana Wetchakul [1]

Abstract

This descriptive research aimed to examine the association between health literacy and health behaviors among patients with hypertension in the area of Ban Khukkhak Health Promoting Hospital, Takua Pa District, Phang Nga Province. The study population consisted of 684 registered hypertensive patients. The sample size was calculated using Daniel's formula about 231 cases, and systematic random sampling were determining. Data collection were collected by questionnaire composed of three parts: 1) personal data 2) health literacy and 3) health behaviors. The instrument's content validity was verified by three experts, and its reliability was tested using Cronbach's alpha coefficient of 0.956. Data were analyzed using Pearson's Product Moment Correlation Coefficient, with a significance level set at 0.05. The results showed that overall health literacy classified in high level (58.80%) ($\overline{X}$=2.55, S.D.=0.547), and overall health behaviors classified in high level (61.90%) ($\overline{X}$=2.61, S.D.=0.496), respectively. The analysis revealed a statistically significant positive correlation between health literacy and health behaviors at the 0.01 level (r=0.655, P-value<0.001).

Keywords: Health literacy, health behavior, hypertension

[1] Khukkhak Sub-district Health Promoting Hospital, Takuapa District, Phang-nga Province, E-mail: tuktuk2511@gmail.com

บทนำ

โรคความดันโลหิตสูงเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญระดับโลก โดยองค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2021) รายงานว่ามีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในประชากรอายุ 30–79 ปี กว่า 1.28 พันล้านคนทั่วโลก และแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โรคนี้มักไม่แสดงอาการในระยะเริ่มต้นแต่ส่งผลให้เกิดโรคแทรกซ้อนที่รุนแรง เช่น โรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง โรคไต และภาวะสมรรถภาพทางเพศลดลง ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร (Fuchs & Whelton, 2020) จากสถิติในประเทศไทยพบว่าอัตราการป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มจาก 2,008.92 รายต่อประชากรแสนคนในปี พ.ศ.2559 เป็น 2,388.84 รายต่อแสนคนในปี พ.ศ.2562 และอัตราการเสียชีวิตจากโรคดังกล่าวเพิ่มขึ้นจาก 13.07 รายเป็น 14.48 รายต่อแสนคนในปี พ.ศ.2564 (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2564) นอกจากนี้ ผลการสำรวจสุขภาพประชากรไทย ปี 2562–2563 พบว่าประชากรกว่า 13 ล้านคนเป็นโรคความดันโลหิตสูง และกว่า 7 ล้านคนไม่ทราบว่าตนเองป่วย หากไม่ได้รับการรักษาและดูแลอย่างถูกต้อง ย่อมเพิ่มความรุนแรงของโรคและภาวะแทรกซ้อนตามมา อย่างไรก็ตาม หากได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องและปรับพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การควบคุมอาหาร ออกกำลังกาย และติดตามความดันโลหิตด้วยตนเอง จะช่วยลดความเสี่ยงจากโรคได้อย่างมีนัยสำคัญ

สำหรับจังหวัดพังงาสถานการณ์โรคความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จากรายงาน Health Data Center ของสำนักงานสุขจังหวัดพังงา,2568 ปีพ.ศ.2565 พบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทั้งสิ้น 36,689 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 14,622.2 ต่อแสนประชากร พ.ศ.2566 พบผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทั้งสิ้น 37,263 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 13,907.8 ต่อแสนประชากร พ.ศ.2567 พบผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทั้งสิ้น 37,700 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 14,096.7 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพังงา, 2568) โดยเฉพาะในพื้นที่ตำบลคึกคัก อำเภอตะกั่วป่า อัตราป่วยเพิ่มขึ้นร้อยละ 23.21 ภายใน 3 ปี โดยปีพ.ศ 2565 มีผู้ป่วยจำนวนรายใหม่ 66 ราย คิดเป็นอัตราป่วย1,011.80.ต่อแสนประชากร ปี พ.ศ.2566 มีจำนวนผู้ป่วยรายใหม่ 79 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 1,203.35 ต่อแสนประชากร ปี พ.ศ.2567 มีจำนวนผู้ป่วยรายใหม่ 82 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 1,246.58 ต่อแสนประชากร (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพังงา, 2568) แม้ว่าร้อยละของผู้ป่วยที่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ดีจะเพิ่มจาก 28.27% ในปี 2565 เป็น 46.76% ในปี 2567 แต่ยังมีผู้ป่วยมากกว่าครึ่งที่ไม่สามารถควบคุมโรคได้ (กระทรวงสาธารณสุข, 2567) สะท้อนให้เห็นถึงปัจจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพและระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ซึ่งส่งผลต่อประสิทธิภาพในการควบคุมโรคและการป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นทักษะสำคัญในการเข้าถึง ทำความเข้าใจ และใช้ข้อมูลสุขภาพอย่างเหมาะสม (Nutbeam, 2008) โดยผู้ที่มีความรอบรู้เพียงพอมักมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีและสามารถควบคุมโรคได้ดีกว่าผู้ที่มี

ความรอบรู้ไม่เพียงพอ งานวิจัยในประเทศไทยพบว่าความรอบรู้ที่ดีช่วยให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมการดูแลตนเองถูกต้องมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (นงลักษณ์ แก้วทอง และคณะ, 2557; หทัยกานต์ ห้องกระจก และนฤมล ปทุมารักษ์, 2559) ดังนั้น การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในพื้นที่ตำบลคึกคัก จึงมีความสำคัญต่อการพัฒนากลยุทธ์การส่งเสริมสุขภาพในระดับชุมชน เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมโรคได้อย่างต่อเนื่องและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคึกคัก อำเภอตะกั่วป่า จังหวัดพังงา

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research Study) โดยกำหนดตัวแปรอิสระ ได้แก่ 1) ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง 2) ความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยใช้แนวคิดของ Nutbeam (2000) ตัวแปรตาม ได้แก่ พฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในเขตตำบลคึกคัก อำเภอตะกั่วป่า จังหวัดพังงา และอาศัยอยู่ในพื้นที่ตำบลคึกคัก อำเภอตะกั่วป่า จังหวัดพังงา อย่างน้อย 6 เดือนขึ้นไป จำนวน 684 คน สามารถเข้าใจภาษาไทยและตอบแบบสอบถามได้ เป็นผู้ที่สมัครใจและยินดีให้ความร่วมมือตลอดการทำวิจัย เกณฑ์การคัดออก คือ ผู้ที่ไม่สมัครใจตอบคำถามและเจ็บป่วยในช่วงเก็บข้อมูลจนไม่สามารถให้ข้อมูลได้ คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตร Daniel (2010) กำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ 95% ค่าความคลาดเคลื่อนสามารถยอมรับได้เท่ากับ 0.05 ได้กลุ่มตัวอย่าง 231 คน ใช้วิธีการสุ่มแบบมีระบบ (Systematic Random Sampling) เพื่อเลือกรายชื่อผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในเขตตำบลคึกคัก อำเภอตะกั่วป่า จังหวัดพังงา เป็นกลุ่มตัวอย่าง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลคือ แบบสอบถาม ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง เขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคึกคัก อำเภอตะกั่วป่า จังหวัดพังงา ประกอบด้วยเพศ อายุ ความเพียงพอของรายได้ รายได้เฉลี่ย ดัชนีมวลกาย การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ ระยะเวลาการป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง และโรคประจำตัวอื่นๆ

ส่วนที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ประกอบด้วย ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง, การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ, การสื่อสารข้อมูลสุขภาพ, การตัดสินใจด้านสุขภาพ, การจัดการตนเองด้านสุขภาพเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม, การรู้เท่าทันสื่อด้านสุขภาพเพื่อควบคุมโรคความดันโลหิตสูง ลักษณะข้อคำถามแบบประมาณค่า 5 ระดับคือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย การบริโภคอาหาร การรับประทานยา การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด ลักษณะคำถามแบบประมาณค่า 5 ระดับ คือ ปฏิบัติมากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด

แบบสอบถามส่วนที่ 2, 3 ใช้เกณฑ์การแปลผลตามแนวคิดของ Best John W. (1977) แบ่งเป็น 3 ระดับคือ ระดับสูง (3.67–5.00 คะแนน) ระดับปานกลาง (2.34–3.66 คะแนน) ระดับต่ำ (1.00–2.33 คะแนน)

แบบสอบถามนี้สร้างขึ้นจากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่านตรวจสอบความตรงของเนื้อหา นำแบบสอบถามไปทดลองใช้คำนวณค่าความเที่ยง (Reliability) ด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาค (Cronbach, 1951) เท่ากับ 0.956

สถิติวิเคราะห์

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิง พรรณนาและวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson’s Product Moment correlation coefficient) ที่ระดับความเชื่อมั่น 0.05

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้ดำเนินการขอความเห็นชอบจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยนอร์เทิร์น จังหวัดตาก เอกสารรับรองเลขที่ NREC 0013/69 ลงวันที่ 12 มกราคม 2569

ผลการศึกษาวิจัย

ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (57.58%) ช่วงอายุอยู่ระหว่าง 50-60 ปี (52.38%) ($\overline{X}$=56.14, S.D.=7.124, Min=29, Max=69) สำหรับรายได้ต่อเดือนส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 9,000-25,000 บาท (80.09%) ($\overline{X}$=18,606.06, S.D.=8,093.248) โดยส่วนใหญ่ระบุว่ามีรายได้เพียงพอ (69.70%) ด้านดัชนีมวลกาย (BMI) ส่วนใหญ่มีน้ำหนักสมส่วน (BMI 18.50-22.90) (44.16%) ($\overline{X}$==21.87, S.D.=4.771) สำหรับพฤติกรรมสุขภาพ พบว่าส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่ (60.61%) และส่วนใหญ่ไม่ดื่มแอลกอฮอล์ (45.89%) ประวัติการเจ็บป่วย พบว่าส่วนใหญ่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงมาแล้ว 5-10 ปี (46.75%) นอกจากนี้ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวอื่น

ร่วมด้วย (51.08%) โดยโรคประจำตัวที่พบมากที่สุดคือโรคไขมันในเลือดสูง (36.36%) รองลงมาคือโรคเบาหวาน (14.29%)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ภาพรวมมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง (58.80%) ($\overline{X}$=2.55, S.D.=0.547) เมื่อพิจารณาความรอบรู้ด้านสุขภาพจำแนกรายด้านที่มีคะแนนในระดับสูง ได้แก่ ด้านการตัดสินใจด้านสุขภาพ (68.00%) ($\overline{X}$=2.67, S.D.=0.488) ด้านการจัดการตนเอง (64.50%) ($\overline{X}$=2.64, S.D.=0.479) ด้านความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง (63.60%) ($\overline{X}$=2.50, S.D.=0.727) ด้านการรู้เท่าทันสื่อด้านสุขภาพ (60.60%) ($\overline{X}$=2.58, S.D.=0.544) ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ (51.10%) ($\overline{X}$=2.50, S.D.=0.526) ตามลำดับ สำหรับด้านที่มีคะแนนในระดับปานกลางมากที่สุด ได้แก่ ด้านการสื่อสารข้อมูลสุขภาพ (53.20%) ($\overline{X}$=2.44, S.D.=0.523) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล คึกคัก อำเภอตะกั่วป่า จังหวัดพังงา (n=231)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง	ระดับการรับรู้ด้านสุขภาพ						Mean	S.D.
	สูง		ปานกลาง		ต่ำ			
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ		
1. ด้านความรู้	147	63.60	52	22.50	32	13.19	2.50	0.727
2. ด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ	118	51.10	110	47.60	3	1.30	2.50	0.526
3. ด้านการสื่อสารข้อมูลสุขภาพ	105	45.50	123	53.20	3	1.30	2.44	0.523
4. ด้านการตัดสินใจด้านสุขภาพ	157	68.00	72	31.20	2	9.00	2.67	0.488
5. ด้านการจัดการตนเอง	149	64.50	82	35.50	0	0	2.64	0.479
6. ด้านการรู้เท่าทันสื่อด้านสุขภาพ	140	60.60	85	36.80	6	2.60	2.58	0.544
ระดับความรอบรู้รวม	**136**	**58.80**	**88**	**38.20**	**7**	**3.00**	**2.55**	**0.547**

พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคึกคัก อำเภอตะกั่วป่า จังหวัดพังงา ภาพรวมมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง (61.90%) ($\overline{X}$=2.61, S.D.=0.496) เมื่อพิจารณาพฤติกรรมสุขภาพจำแนกรายด้านที่มีคะแนนในระดับสูง ได้แก่ ด้านการรับประทานยา (92.60%) ($\overline{X}$=2.92, S.D.=0.261) ด้านการจัดการความเครียด (76.20%) ($\overline{X}$=2.75, S.D.=0.451) ด้านการบริโภคอาหาร (59.30%) ($\overline{X}$=2.55, S.D.=0.571) ตามลำดับ สำหรับด้านที่มีคะแนนในระดับปานกลาง ได้แก่ ด้านการออกกำลังกาย (52.40%) ($\overline{X}$=2.22, S.D.=0.653) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ระดับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคึกคัก อำเภอตะกั่วป่า จังหวัดพังงา (n=231)

พฤติกรรมสุขภาพ	ระดับพฤติกรรมสุขภาพ						Mean	S.D.
	สูง		ปานกลาง		ต่ำ			
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ		
ด้านการบริโภคอาหาร	137	59.30	85	36.80	9	3.90	2.55	0.571
ด้านการรับประทานยา	214	92.60	17	7.40	-	-	2.92	0.261
ด้านการออกกำลังกาย	81	35.10	121	52.40	29	12.60	2.22	0.653
ด้านการจัดการความเครียด	176	76.20	53	22.90	2	0.90	2.75	0.451
รวมพฤติกรรมสุขภาพ	143	61.90	87	37.70	1	0.40	2.61	0.496

จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ตามตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์ความรอบรู้สุขภาพด้านที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคึกคัก อำเภอตะกั่วป่า จังหวัดพังงา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ ด้านความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง (r=0.324, P-value<0.001) ด้านการเข้าถึงข้อมูลบริการสุขภาพ (r=0.521, P-value<0.001) ด้านการสื่อสารข้อมูลสุขภาพ (r=0.607, P-value<0.001) ด้านการสื่อสารข้อมูลสุขภาพ (r=0.607, P-value<0.001) ด้านการตัดสินใจด้านสุขภาพ (r=0.568, P-value<0.001) ด้านการจัดการตนเองด้านสุขภาพ (r= 0.516, P-value<0.001) ด้านการรู้เท่าทันสื่อด้านสุขภาพ (r= 0.527, P-value<0.001) ตามลำดับ

ตารางที่ 3 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่าง ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคึกคัก อำเภอตะกั่วป่า จังหวัดพังงา

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง		
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (r)	P-value	ระดับความสัมพันธ์
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	**0.655**	**<0.001**	**มีความสัมพันธ์ทางบวก**
- ด้านความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง	0.324	<0.001	มีความสัมพันธ์ทางบวก
- ด้านการเข้าถึงข้อมูลบริการสุขภาพ	0.521	<0.001	มีความสัมพันธ์ทางบวก
- ด้านการสื่อสารข้อมูลสุขภาพ	0.607	<0.001	มีความสัมพันธ์ทางบวก
- ด้านการตัดสินใจด้านสุขภาพ	0.568	<0.001	มีความสัมพันธ์ทางบวก
- ด้านการจัดการตนเองด้านสุขภาพ	0.516	<0.001	มีความสัมพันธ์ทางบวก
- ด้านการรู้เท่าทันสื่อด้านสุขภาพ	0.527	<0.001	มีความสัมพันธ์ทางบวก

การอภิปรายผลและสรุปผล

ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโรคความดันโลหิตสูง การเข้าถึงข้อมูลบริการสุขภาพ การสื่อสารข้อมูลสุขภาพ การตัดสินใจด้านสุขภาพ การจัดการตนเองด้านสุขภาพ และการรู้เท่าทันสื่อ โดยความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r=0.655, P-value<0.001) สามารถอธิบายเหตุผลได้ว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นทักษะทางปัญญาและสังคมที่เป็นตัวกำหนดแรงจูงใจและความสามารถของบุคคลในการเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลเพื่อส่งเสริมและรักษาสุขภาพ ซึ่งตรงกับแนวคิดของ Nutbeam (2000) ที่กล่าวว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นความรู้ ความเข้าใจ และทักษะทางสังคม ที่กำหนดแรงจูงใจและความสามารถเฉพาะบุคคลในการเข้าถึง ทำความเข้าใจ และใช้ข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ รวมทั้งการพัฒนาความรู้และทำความเข้าใจในบริบทด้านสุขภาพ เพื่อก่อให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมด้วยตนเอง อันจะนำไปสู่การส่งเสริมและรักษาสุขภาพที่ดีตลอดชีวิต จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลวิจัยพบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคึกคัก อำเภอตะกั่วป่า จังหวัดพังงา มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับสูง (58.80%) และมีพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับสูงเช่นกัน (61.90%) เมื่อผู้ป่วยมีระดับความรอบรู้ที่สูงขึ้นย่อมส่งผลให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในทิศทางที่ดีขึ้นตามไปด้วย ผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับ

งานวิจัยของ จิราภรณ์ อริยสิทธิ์ (2566) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่าพฤติกรรมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรอบรู้ด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value< 0.01) และผู้ป่วยมีความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดีมากถึงร้อยละ 62.3 ซึ่งใกล้เคียงกับผลการวิจัยครั้งนี้ที่พบว่าผู้ป่วยมีความรอบรู้อยู่ในระดับสูงร้อยละ 58.80 สะท้อนให้เห็นว่าผู้ป่วยที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพดีย่อมแสดงพฤติกรรมสุขภาพที่ดีตามไปด้วย นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ ลินยา เทสมุทร และคณะ (2566) ที่พบว่ากลุ่มผู้ป่วยที่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้จะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับสูง ขณะที่กลุ่มที่ควบคุมไม่ได้จะมีความรอบรู้ต่ำและพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง โดยทั้งสองกลุ่มมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value<0.001) ยืนยันให้เห็นว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพมีบทบาทสำคัญต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและการควบคุมโรคในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

ในขณะเดียวกัน ผลการวิจัยนี้ยังสอดคล้องกับงานวิจัยของ สุรีพร คชรินทร์ (2568) ที่พบว่าการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงสามารถเพิ่มระดับพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value<0.001) และส่งผลให้ค่าความดันโลหิตลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งชี้ให้เห็นว่าการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นกลไกสำคัญในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและการควบคุมโรคในระยะยาว

ด้านการสื่อสารข้อมูลสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r=0.607, P-value<0.001) โดยมีค่าความสัมพันธ์สูงที่สุดเมื่อเปรียบเทียบกับด้านอื่นๆ สามารถอธิบายเหตุผลได้ว่า การสื่อสารข้อมูลสุขภาพเป็นทักษะที่ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถรับและถ่ายทอดข้อมูลสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ เช่น การอธิบายอาการให้บุคลากรทางการแพทย์ทราบ และการนำคำแนะนำมาปฏิบัติ จากผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีระดับความรอบรู้ด้านการสื่อสารอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 53.20) โดยผู้ป่วยมีความสามารถในการเล่าหรืออธิบายเนื้อหาจากเอกสารให้ผู้อื่นทราบ และการนำสิ่งที่แพทย์หรือพยาบาลแนะนำมาปฏิบัติ ผลการวิจัยสอดคล้องกับงานวิจัยของ ปราณี ทัดศรี และคณะ (2565) ที่พบว่าความรอบรู้ด้านการสื่อสารมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญ

ด้านการตัดสินใจด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r=0.568, P-value<0.001) สามารถอธิบายเหตุผลได้ว่า กระบวนการตัดสินใจด้านสุขภาพสะท้อนถึงความสามารถของผู้ป่วยในการเลือกทางเลือก ปฏิเสธ หรือหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงเพื่อสุขภาพที่ดี จากผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีระดับความรอบรู้ด้านการตัดสินใจอยู่ในระดับสูง (68%) โดยผู้ป่วยมีความสามารถในการจัดการตนเองตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข การเข้าร่วมกิจกรรมป้องกันโรคในชุมชน และการอนุญาตให้เจ้าหน้าที่มาเยี่ยมบ้านเพื่อให้คำแนะนำ ผลการวิจัยสอดคล้องกับการศึกษาของ นริศ

เกียรติชูเจริญ (2567) ที่ระบุว่าการประยุกต์ใช้ข้อมูลซึ่งเกี่ยวข้องกับการตัดสินใจมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพ

ด้านการรู้เท่าทันสื่อด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r=0.527, P-value<0.001) สามารถอธิบายเหตุผลได้ว่า การรู้เท่าทันสื่อสุขภาพเป็นความสามารถในการวิเคราะห์ ประเมินคุณค่า และตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลที่ได้รับจากสื่อต่างๆ ซึ่งจะนำไปสู่การตัดสินใจปรับพฤติกรรมที่เหมาะสม จากผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีระดับความรอบรู้ด้านนี้อยู่ในระดับสูง (60.60%) โดยผู้ป่วยปฏิบัติตามเอกสารและสื่อต่างๆ เมื่อมีการเน้นย้ำถึงความรุนแรงของโรคและการปฏิบัติตน

ด้านการเข้าถึงข้อมูลบริการสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r=0.521, P-value<0.001) สามารถอธิบายเหตุผลได้ว่า การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพที่ถูกต้องและหลากหลายเป็นรากฐานสำคัญของการมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม จากผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีระดับความรอบรู้ด้านนี้อยู่ในระดับสูง (51.10%) โดยผู้ป่วยมีความสามารถในการอ่านฉลากยาและปฏิบัติตามได้อย่างเข้าใจ

ด้านการจัดการตนเองด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r=0.516, P-value<0.001) สามารถอธิบายเหตุผลได้ว่า การจัดการตนเองด้านสุขภาพสะท้อนถึงความสามารถของผู้ป่วยในการกำหนดเป้าหมาย วางแผน และปฏิบัติตามแผนการดูแลสุขภาพของตนเองอย่างต่อเนื่อง จากผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีระดับความรอบรู้ด้านนี้อยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 64.50) โดยผู้ป่วยมีความสามารถในการจัดการเรื่องการรับประทานยาด้วยตนเองหรือให้สมาชิกในครอบครัวช่วยเตือน

ด้านความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r=0.324, P-value<0.001) แม้จะมีค่าความสัมพันธ์น้อยที่สุดเมื่อเปรียบเทียบกับด้านอื่นๆ แต่ยังถือว่ามีนัยสำคัญ สามารถอธิบายเหตุผลได้ว่า ความรู้เป็นพื้นฐานสำคัญ (Functional Health Literacy) ที่ช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจเหตุและผลของการเกิดโรค ซึ่งตรงกับแนวคิดของ Green & Kreuter (1991) ที่กล่าวว่า ความรู้เป็นปัจจัยสำคัญที่จะส่งผลต่อการแสดงพฤติกรรมสุขภาพของแต่ละบุคคล จากผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยมีระดับความรู้ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง (63.60%) โดยผู้ป่วยมีความรู้ที่ถูกต้องในประเด็นต่างๆ ได้แก่ ค่าความดันโลหิตที่ผิดปกติ (140/90 mmHg) และการปฏิบัติตัวเมื่อมีอาการผิดปกติหลังใช้ยา

ผลการวิจัยสอดคล้องกับงานวิจัยของ วรางคณา บุญมา และ ศรินญาภรณ์ จันทร์ดีแก้วสกุล (2566) ที่พบว่าความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคมีความสำคัญต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ

ข้อเสนอแนะจากงานวิจัย

หน่วยงานสาธารณสุขควรจัดกิจกรรมส่งเสริมทักษะการสื่อสารและการสืบค้นข้อมูลสุขภาพที่ถูกต้องจากสื่อต่างๆ ส่งเสริมพฤติกรรมการออกกำลังกาย หรือสนับสนุนให้มีแกนนำด้านสุขภาพนำออกกำลังกายที่เหมาะสมกับช่วงอายุ มีกิจกรรมให้ความรู้เรื่องภาวะแทรกซ้อนและการใช้ยาที่ถูกต้อง รวมถึงส่งเสริมให้สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแล เพื่อให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างยั่งยืน

เอกสารอ้างอิง

กระทรวงสาธารณสุข. (2567). Health Data Center. [อินเตอร์เน็ต]. สืบค้นเมื่อ 25 ธันวาคม 2567. เข้าถึงได้จาก: https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/page.php.

กรมควบคุมโรค. กระทรวงสาธารณสุข. (2564).คู่มือกระบวนการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ.พิมพ์ครั้งที่ 1.บริษัท อาร์ เอ็น พี พี วอเทอร์ จำกัด. นนทบุรี.

จิราภรณ์ อริยสิทธิ์. (2566). ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. วารสารวิชาการแพทย์และสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 3, 20(3), 117-123

นริศ เกียรติชูเจริญ. (2567). ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ตำบลดอนมะโนรา อำเภอบางคนที จังหวัดสมุทรสงคราม. วารสารการพยาบาลสุขภาพและสาธารณสุข, 3(2), 1-16

นงลักษณ์ แก้วทอง และคณะ. (2557). ความแตกฉานด้านสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองหอย จังหวัดสระแก้ว. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ, 30(1), 45-56.

ปราณี ทัดศรี และคณะ. (2565). ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้สุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ข อ ง ผู้สูงอายุที่เป็นความดันโลหิตสูง. วารสารการพยาบาลและสุขภาพ สสอท, 5(1), 1-16.

ลินยา เทสมุทร และคณะ. (2566). ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ของผู้ป่วยโรค ความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ และผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้. วารสารวิจัยการพยาบาลและวิทยาศาสตร์, 15(2), e 262142

วรางคณา บุญมา และ ศรินญาภรณ์ จันทร์ดีแก้วสกุล. (2564). ความรอบรู้ทางสุขภาพและพฤติกรรม สุขภาพของผู้ที่มีความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลชุมชนตำบลแห่งหนึ่ง. วารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ, 6(2), 1-12

หทัยกานต์ ห้องกระจก และคณะ. (2559). อิทธิพลของความแตกฉานด้านสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนและการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย โ ร ค ความดันโลหิตสูงปฐมภูมิ. วารสารแพทย์นาวี, 43(2), 39-54.

สุรีพร คชรินทร์ (2568)**.** ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อพฤติกรรมสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง. โรงพยาบาลวังโป่ง จังหวัดเพชรบูรณ์

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพังงา. (2568). ระบบคลังสุขภาพด้านการแพทย์และสาธารณสุข. [อินเตอร์เน็ต]. สืบค้นเมื่อ 3 มกราคม 2568. เข้าถึงได้จาก https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/page.php.

Best John W. (1977)**.** Research is Evaluation. (3rd ed). Englewood Cliffs: N.J. Prentice-Hall.

Cronbach, (1951). Essentials of Psychological Testing. 3rd ed. New York: Harper.

Daniel (2010). Biostatistics: Basic Concepts and Methodology for the Health Sciences. (9th ed). New York: John Wiley & Sons.

Fuchs, F. D., & Whelton, P. K. (2020). High blood pressure and cardiovascular disease. Hypertension, 75(2), 285-292

Green, L. W., & Kreuter, M. W. (1991). Health promotion planning: An educational and environmental approach (2nd ed.). Mayfield Publishing.

Nutbeam, (2000) Health Literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into health (21st century. Health Promotion International. 15(8) printed in Great Britain.

World Health Organization. (2021). Hypertension. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hypertension

Received: 10 May 2026 ; **Revised:** 17 May 2026
Accepted: 30 Jun 2026

ผลของโปรแกรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และค่าระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด ของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ในตำบลบ้านติ้ว อำเภอหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์

พัณณิตา คำโสม [1], พัฒนาวดี พัฒนถาบุตร [2] และ ธนัช กนกเทศ [2]

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ในตำบลบ้านติ้ว อำเภอหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 48 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 24 คน และกลุ่มควบคุม 24 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และผลตรวจระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ Mann–Whitney U test และ Wilcoxon signed-rank test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดโดยรวมเพิ่มขึ้นจาก 65.00 (IQR = 60.50–69.50) เป็น 98.00 (IQR = 95.50–101.00) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และสูงกว่ากลุ่มควบคุมซึ่งมีคะแนนเพิ่มขึ้นจาก 64.50 (IQR = 61.00–68.00) เป็น 69.00 (IQR = 66.50–72.00) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) นอกจากนี้ พฤติกรรมรายด้านได้แก่ การรับประทานอาหาร การใช้ยา การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียดของกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$ ทุกด้าน) ในขณะที่ระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดของกลุ่มทดลองลดลงจาก 8.75 (IQR = 8.33–9.08) เป็น 8.40 (IQR = 7.65–9.00) แต่ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.051$) และไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุม ($p = 0.642$)

คำสำคัญ เบาหวานชนิดที่ 2, โปรแกรมการจัดการตนเอง, พฤติกรรมสุขภาพ, ระดับน้ำตาลในเลือด

[1] **นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร Phannitak66@nu.ac.th 064-7946516**

[2] **ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร thanachk@nu.ac.th 081-8865761**

The Effects of a Self-management Program for Diabetes on Self-care Behaviors and Glycemic Control in Uncontrolled Type 2 Diabetes Patients in Ban Tiew Sub-district, Lomsak, Phetchabun Province.

Supatta Piam-on [1], Phattanawadee Phatthanathabut [2] และ Thanach Kanokthet [2]

Abstract

This two-group, pretest-posttest quasi-experimental study aimed to examine the effects of a self-management program for diabetes on blood sugar control behaviors and glycated hemoglobin (HbA1c) levels among type 2 diabetes patients with uncontrolled blood glucose levels in Ban Tio Subdistrict, Lom Sak District, Phetchabun Province. The sample consisted of 48 participants, divided into an experimental group of 24 and a control group of 24. Data were collected using a blood sugar control behavior questionnaire and HbA1c laboratory results. Statistical analyses were performed using the Mann–Whitney U test and the Wilcoxon signed-rank test, with a significance level set at 0.05.

The results revealed that, after the intervention, the experimental group's overall blood sugar control behavior scores increased significantly from 65.00 (IQR = 60.50–69.50) to 98.00 (IQR = 95.50–101.00) ($p < .001$), which was significantly higher than those of the control group, whose scores increased from 64.50 (IQR = 61.00–68.00) to 69.00 (IQR = 66.50–72.00) ($p < .001$). Furthermore, behavior scores in each individual domain dietary intake, medication adherence, physical exercise, and stress management increased significantly in the experimental group ($p < .001$ for all domains). Meanwhile, the experimental group's HbA1c levels decreased from 8.75 (IQR = 8.33–9.08) to 8.40 (IQR = 7.65–9.00); however, this difference did not reach statistical significance ($p = 0.051$), and no significant difference was found compared to the control group ($p = 0.642$).

Keywords; Type 2 Diabetes Mellitus, Self-management program, Health Behavior, Blood glucose level

[1] Master's student in Public Health, Faculty of Public Health, Naresuan University. Phannitak66@nu.ac.th 064-7946516

[2] Assistant Professor, Faculty of Public Health, Naresuan University, thanachk@nu.ac.th, 081-8865761

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นปัญหาสาธารณสุขระดับโลกที่มีแนวโน้มรุนแรงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ข้อมูลจาก International Diabetes Federation (2021) รายงานว่าในปี ค.ศ. 2021 มีผู้ป่วยโรคเบาหวานทั่วโลกถึง 537 ล้านคน และคาดว่าจะเพิ่มเป็น 784 ล้านคนในปี ค.ศ. 2045 โดยมีผู้เสียชีวิตที่เกี่ยวข้องกับโรคนี้ประมาณ 6.7 ล้านคนต่อปี สำหรับประเทศไทย กรมควบคุมโรค (2566) รายงานว่ามีผู้ป่วยสะสมประมาณ 3.3 ล้านคน และมีผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้นราว 300,000 รายต่อปี โดยมีค่าใช้จ่ายในการรักษาเฉลี่ยประมาณ 25,000 บาทต่อคนต่อปี และสูงขึ้นตามภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น (Phrommintikul et al., 2022; กรมควบคุมโรค, 2566)

ในระดับพื้นที่ ตำบลบ้านติ้ว อำเภอหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์ พบอัตราผู้ป่วยโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากร้อยละ 8.07 ในปี พ.ศ. 2561 เป็นร้อยละ 10.44 ในปี พ.ศ. 2566 โดยในปีงบประมาณ 2566 มีผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ขึ้นทะเบียน 96 ราย ในจำนวนนี้ร้อยละ 56.3 ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด (HbA1c) ได้ตามเกณฑ์ และร้อยละ 65.31 มีภาวะแทรกซ้อน (กระทรวงสาธารณสุข, 2566; โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านติ้ว, 2566)

ปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการควบคุมโรค ได้แก่ พฤติกรรมการดูแลตนเองที่ไม่เหมาะสม ทั้งด้านโภชนาการ การออกกำลังกาย และการรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ รวมถึงบริบทของชุมชนที่นิยมบริโภคข้าวเหนียวและอาหารที่มีคาร์โบไฮเดรตสูง ตลอดจนข้อจำกัดด้านเศรษฐกิจและการขาดผู้ดูแล (American Diabetes Association [ADA], 2024; ศิริพร นิธิวัฒน์และคณะ, 2558) หลักฐานเชิงประจักษ์แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองมีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังสามารถควบคุมโรคและมีผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีขึ้น (Hanlon et al., 2017; Lorig & Holman, 2003) อย่างไรก็ตาม โปรแกรมที่มีอยู่ยังไม่ครอบคลุมกระบวนการกำกับตนเองอย่างครบถ้วนตามกรอบแนวคิดเชิงทฤษฎี และยังขาดการประเมินผลด้วยค่า HbA1c ซึ่งสะท้อนการควบคุมโรคในระยะยาวได้ดีกว่าค่าน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร (Lin et al., 2022; กนกวรรณ ด้วงกลัดและคณะ, 2563)

การศึกษาครั้งนี้จึงมุ่งพัฒนาโปรแกรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเอง โดยประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดการกำกับตนเองของ Kanfer (1991) และ Creer (2000) ซึ่งครอบคลุมกระบวนการตั้งเป้าหมาย ติดตามพฤติกรรม และประเมินผลอย่างเป็นระบบ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ตามเกณฑ์ ในตำบลบ้านติ้ว สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและค่า HbA1c ได้อย่างมีประสิทธิภาพ อันจะนำไปสู่การลดภาวะแทรกซ้อนและยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในระดับชุมชนอย่างยั่งยืน

คำถามการวิจัย

1. โปรแกรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองส่งผลต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้หรือไม่

2. โปรแกรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองส่งผลต่อระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้หรือไม่

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อประเมินผลของโปรแกรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด (HbA1c) ของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ในตำบลบ้านติ้ว อำเภอหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์

สมมติฐานของการวิจัย

1. พฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ในกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองสูงกว่าก่อนการทดลอง

2. ระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ในกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองจะต่ำกว่าก่อนการทดลอง

3. พฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ในกลุ่มทดลองหลังการทดลองจะสูงกว่ากลุ่มควบคุม

4. ระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ในกลุ่มทดลองหลังการทดลองจะต่ำกว่ากลุ่มควบคุม

ขอบเขตการวิจัย

1. ขอบเขตด้านประชากร คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ และเข้ารับการรักษาในพื้นที่วิจัย โดยกลุ่มทดลองเป็นผู้ป่วยที่เข้ารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านติ้ว และกลุ่มควบคุมเป็นผู้ป่วยที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหวาย

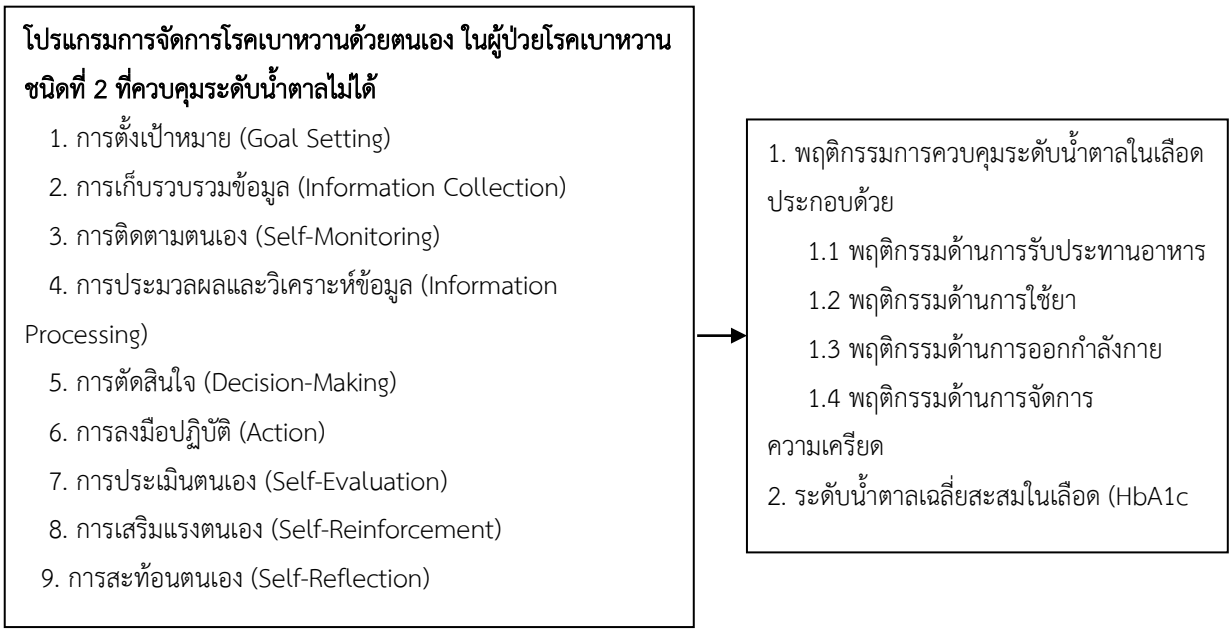
3. ขอบเขตด้านระยะเวลา ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนเมษายนถึงเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2568 ครอบคลุมระยะก่อนการทดลอง ระหว่างการทดลอง และหลังการทดลอง

4. ขอบเขตด้านตัวแปรที่ศึกษา

4.1 ตัวแปรต้น ได้แก่ โปรแกรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเอง

4.2 ตัวแปรตาม ได้แก่ 1) พฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด 2) ระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด (HbA1c)

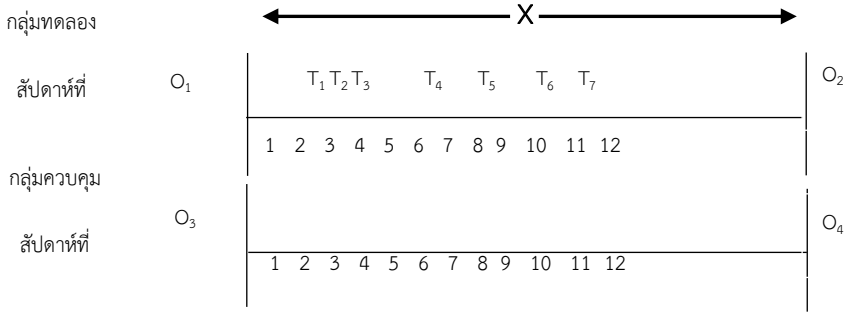
กรอบแนวคิดของการวิจัย



ภาพที่ 1 แสดงกรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research Design) โดยใช้รูปแบบการวิจัยแบบ 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มทดลอง (Experimental Group) และ กลุ่มควบคุม (Control Group) โดยดำเนินการวัดผลก่อนและหลังการทดลอง ดังภาพที่ 2 แสดงรูปแบบการวิจัย



ภาพที่ 1 แสดงรูปแบบการวิจัย

สัญลักษณ์ที่ใช้ในรูปแบบการทดลอง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ทั้งเพศชายและเพศหญิง อายุระหว่าง 20–59 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีระยะเวลาการเป็นโรคไม่เกิน 10 ปี และไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ โดยมีระดับฮีโมโกลบินเอวันซี (Hemoglobin A1c: HbA1c) มากกว่าร้อยละ 7 (HbA1c > 7%) ซึ่งเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านติ้ว และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหวาย อำเภอหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์

กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างตามหลักการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (Power analysis) สำหรับการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างสองกลุ่มอิสระ (independent two-sample comparison) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ (α) เท่ากับ 0.05 (two-tailed) และกำหนดอำนาจการทดสอบ (Power) เท่ากับ 0.80 โดยผู้วิจัยใช้โปรแกรม G*Power เวอร์ชัน 3.1 ในการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบสำหรับการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างสองกลุ่มอิสระ (Means: Difference between two independent means)

การศึกษานี้มีข้อจำกัดด้านจำนวนผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์และสามารถจัดกลุ่มได้จริงในแต่ละหน่วยบริการ ทำให้สามารถคัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัยได้สูงสุดหน่วยบริการละ 24 ราย ดังนั้นจึงกำหนดกลุ่มทดลองจำนวน 24 ราย และกลุ่มควบคุมจำนวน 24 ราย รวมทั้งสิ้น 48 ราย เพื่อแสดงความเพียงพอเชิงอำนาจการทดสอบภายใต้จำนวนตัวอย่างจริง ผู้วิจัยคำนวณ ขนาดอิทธิพลต่ำสุดที่ตรวจพบได้ (Minimum Detectable Effect Size; Cohen's d) ภายใต้ α=0.05 และ Power=0.80 สำหรับการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยสองกลุ่ม โดยใช้สมการประมาณของการทดสอบแบบสองกลุ่มอิสระ

$$n = \frac{2\,(Z_{\alpha/2} + Z_{\beta})^2}{d^2}$$

เมื่อกำหนด α=0.05 (two-tailed) จะได้ Z_(α/2)=1.96 และเมื่อกำหนด Power=0.80 จะได้ Z_β=0.84

สรุปได้ว่า ภายใต้จำนวนตัวอย่างจริง 24 รายต่อกลุ่ม การศึกษาครั้งนี้มีความสามารถในการตรวจพบผลของโปรแกรม เมื่อขนาดอิทธิพลมีค่าตั้งแต่ประมาณ d≥0.81 ภายใต้ระดับนัยสำคัญทางสถิติ α = 0.05 และอำนาจการทดสอบ (Power) เท่ากับ 0.80 ซึ่งจัดอยู่ในระดับปานกลางถึงสูง

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria)

1. มีอายุระหว่าง 20–59 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2
2. มีระยะเวลาการเป็นโรคเบาหวานตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป และไม่เกิน 10 ปี และมีระดับฮีโมโกลบินเอวันซี (HbA1c) มากกว่าร้อยละ 7 ในช่วง 3–6 เดือนก่อนเข้าร่วมวิจัย
3. มีความสามารถในการดูแลตนเอง ไม่มีภาวะพึ่งพิง
4. สามารถติดต่อสื่อสารทางโทรศัพท์ได้ เพื่อติดตามผลรายสัปดาห์ตามแผนการทดลองได้
5. ไม่มีความพิการด้านการมองเห็น การได้ยิน หรือการเคลื่อนไหวที่เป็นอุปสรรคต่อโปรแกรม
6. ได้รับการรักษาโรคเบาหวานด้วยยาเม็ดรับประทานเท่านั้น
7. มีค่าความดันโลหิตเฉลี่ย <140/90 mmHg และได้รับการรักษาด้วยยาควบคุมความดันโลหิตที่ไม่ส่งผลกระทบต่อระดับน้ำตาลในเลือด ได้แก่ ยากลุ่ม ACE inhibitors (เช่น Enalapril, Lisinopril) ยากลุ่ม ARBs (เช่น Losartan, Valsartan) ยากลุ่ม Calcium Channel Blockers (เช่น Amlodipine, Nifedipine) และ ยาขับปัสสาวะชนิด Thiazide ขนาดต่ำ (≤ 25 mg/day เช่น Hydrochlorothiazide)

เกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria)

1. มีภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานหรือโรคร่วมที่มีความรุนแรง เช่น โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ โรคหลอดเลือดสมอง หรือภาวะไตวายระยะสุดท้าย
2. ผู้ป่วยที่มีภาวะสุขภาพไม่คงที่ ซึ่งอาจส่งผลต่อการเข้าร่วมกิจกรรม เช่น มีอาการเจ็บป่วยเฉียบพลันต่อเนื่อง หรือได้รับยาที่มีผลกระทบต่อระดับน้ำตาลในเลือดอย่างมีนัยสำคัญ

เกณฑ์ถอดถอน (Withdrawal criteria)

1. ผู้ป่วยขอถอนตัวจากการเข้าร่วมโครงการด้วยความสมัครใจ ไม่ว่าด้วยเหตุผลใดก็ตาม
2. ผู้ป่วยได้รับการเปลี่ยนแผนการรักษาเป็นการฉีดอินซูลินในระหว่างการเข้าร่วมโปรแกรม
3. ผู้ป่วยไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมได้ครบถ้วนตลอดระยะเวลา 12 สัปดาห์ หรือขาดการติดตามต่อเนื่องเกินร้อยละ 20 ของกิจกรรมทั้งหมด

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง/ผู้ที่เข้าร่วมในการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร (IRB) เลขที่ IRB No. P2-0476/2567 ลงวันที่ 25 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2568 ผู้วิจัยได้เข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อแนะนำตนเองและอธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัยอย่างชัดเจน โดยระหว่างการเข้าร่วมวิจัย หากกลุ่มตัวอย่างรู้สึกไม่สะดวกหรือไม่สบายใจในการตอบคำถาม ผู้วิจัยได้แจ้งให้ทราบว่าสามารถรายงานให้ผู้วิจัยทราบได้ทันที และมีสิทธิ์ถอนตัวออกจากโครงการได้ตลอดเวลา

แผนการจัดกิจกรรมโปรแกรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเอง

การวิจัยนี้ออกแบบโปรแกรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองให้มีระยะเวลา 12 สัปดาห์ โดยอ้างอิงแนวคิดการจัดการตนเอง (Self-Management) ของ Kanfer (1991) และ Creer (2000) เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยใน 4 ด้าน ได้แก่ การรับประทานอาหาร การใช้ยา การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียด โดยมุ่งเน้นกระบวนการกำกับตนเอง (Self-regulation) อย่างเป็นระบบ ครอบคลุม 9 ขั้นตอน ได้แก่ การเก็บรวบรวมข้อมูลและการเฝ้าติดตามตนเอง การประมวลผลข้อมูล การตั้งเป้าหมาย การตัดสินใจ การลงมือปฏิบัติ การติดตามพฤติกรรม การประเมินตนเอง การสะท้อนตนเอง และการเสริมแรงตนเอง ซึ่งดำเนินเป็นวงจรต่อเนื่องเพื่อส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยอย่างยั่งยืน

โปรแกรมดำเนินการเป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ โดยกลุ่มทดลองเข้าร่วมกิจกรรมแบบเผชิญหน้า จำนวน 2 ครั้ง ได้แก่ สัปดาห์ที่ 1 (ก่อนการทดลอง) เพื่อเก็บข้อมูลพื้นฐาน ตรวจวัดระดับ HbA1c และดำเนินกิจกรรมกลุ่มเชิงปฏิบัติการ (workshop) ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมฐานความรู้ 6 ฐาน รวมถึงการตั้งเป้าหมายสุขภาพและวางแผนปฏิบัติรายสัปดาห์ และสัปดาห์ที่ 12 (หลังการทดลอง) เพื่อประเมินผล (Post-test) ทั้งด้านพฤติกรรมสุขภาพและระดับ HbA1c พร้อมทั้งการสะท้อนตนเองและการเสริมแรงตนเอง

ในช่วงสัปดาห์ที่ 2 ถึง 11 ผู้ป่วยนำแผนที่กำหนดไปปฏิบัติด้วยตนเองในชีวิตประจำวัน โดยบันทึกพฤติกรรมสุขภาพลงในสมุดบันทึกเบาหวานเพื่อการดูแลตนเอง และได้รับการติดตามทางโทรศัพท์จำนวน 7 ครั้ง ในสัปดาห์ที่ 2, 3, 4, 6, 8, 10 และ 11 เพื่อทบทวนความก้าวหน้า วิเคราะห์อุปสรรค ปรับแผนการปฏิบัติ และเสริมแรงอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้ การดำเนินโปรแกรมครอบคลุมพฤติกรรมสุขภาพ 4 ด้าน ได้แก่ การรับประทานอาหาร การใช้ยา การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียด ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

ตาราง 1 แผนการจัดกิจกรรมตามโปรแกรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเอง

สัปดาห์ที่ / สถานที่	กิจกรรมย่อย	อุปกรณ์ / สื่อการสอน	แนวคิดที่ใช้ในโปรแกรม	ผู้ดำเนินกิจกรรม
สัปดาห์ที่ 1 (ครั้งที่ 1) รพ.สต./หน่วยบริการ	- เก็บข้อมูล(Pre-test) – ตรวจ HbA1c - ประเมินพฤติกรรมสุขภาพ 4 ด้าน	แบบสอบถาม อุปกรณ์เจาะเลือด	Information Collection + Self-awareness	ผู้วิจัย
	- วิเคราะห์พฤติกรรมสุขภาพรายบุคคล - อภิปรายกลุ่ม	กระดาษ / flip chart	Information Processing	ผู้วิจัย
	- กิจกรรมฐานความรู้ 6 ฐาน	PowerPoint โมเดลอาหาร โมเดลยา แผ่นพับ สมุดบันทึก	Information Processing + Self-regulation	ผู้วิจัย
	- ตั้งเป้าหมายสุขภาพ (SMART goal) - วางแผนปฏิบัติรายสัปดาห์	แบบฟอร์มแผน	Goal Setting + Decision Making	ผู้วิจัย
สัปดาห์ที่ 2 ที่บ้านผู้ป่วย	- เริ่มปฏิบัติตามแผน - บันทึกพฤติกรรม - โทรติดตามครั้งที่ 1: ทบทวนความเข้าใจและการเริ่มต้นปฏิบัติ	สมุดบันทึก โทรศัพท์	Action + Self-Monitoring	ผู้ป่วย / ผู้วิจัย
สัปดาห์ที่ 3	- ปฏิบัติต่อเนื่อง - โทรติดตามครั้งที่ 2: ติดตามความสม่ำเสมอและแก้ปัญหาเบื้องต้น	สมุดบันทึก โทรศัพท์	Self-Monitoring + Self-Reinforcement	ผู้วิจัย
สัปดาห์ที่ 4	- ปฏิบัติต่อเนื่อง - โทรติดตามครั้งที่ 3: วิเคราะห์ปัญหาปรับแผน	สมุดบันทึก โทรศัพท์	Self-Monitoring + Decision Making	ผู้วิจัย
สัปดาห์ที่ 5	- ปฏิบัติต่อเนื่องด้วยตนเอง - บันทึกพฤติกรรม	สมุดบันทึก	Action	ผู้ป่วย
สัปดาห์ที่ 6	- ปฏิบัติต่อเนื่อง	สมุดบันทึก โทรศัพท์	Self-Monitoring + Self-Reinforcement	ผู้วิจัย

สัปดาห์ที่ / สถานที่	กิจกรรมย่อย	อุปกรณ์ / สื่อการสอน	แนวคิดที่ใช้ในโปรแกรม	ผู้ดำเนินกิจกรรม
	- โทรติดตามครั้งที่ 4: ติดตามความก้าวหน้า และเสริมแรง			
สัปดาห์ที่ 7	- ปฏิบัติต่อเนื่องด้วยตนเอง	สมุดบันทึก	Action	ผู้ป่วย
สัปดาห์ที่ 8	- ปฏิบัติต่อเนื่อง - โทรติดตามครั้งที่ 5: ทบทวนเป้าหมายและความต่อเนื่อง	สมุดบันทึก โทรศัพท์	Self-Monitoring + Self-Reinforcement	ผู้วิจัย
สัปดาห์ที่ 9	- ปฏิบัติต่อเนื่องด้วยตนเอง	สมุดบันทึก	Action	ผู้ป่วย
สัปดาห์ที่ 10	- ปฏิบัติต่อเนื่อง - โทรติดตามครั้งที่ 6: เตรียมความพร้อมก่อนประเมินผล	สมุดบันทึก โทรศัพท์	Self-Evaluation + Decision Making	ผู้วิจัย
สัปดาห์ที่ 11	- ปฏิบัติต่อเนื่อง - โทรติดตามครั้งที่ 7: เสริมแรงและคงพฤติกรรม	สมุดบันทึก โทรศัพท์	Self-Reflection + Self-Reinforcement	ผู้วิจัย
สัปดาห์ที่ 12 (ครั้งที่ 2) รพ.สต./ หน่วยบริการ	- Post-test - ประเมินพฤติกรรม 4 ด้าน - ตรวจ HbA1c	แบบสอบถาม อุปกรณ์เจาะเลือด	Self-Evaluation	ผู้วิจัย
	- สะท้อนผลลัพธ์และประสบการณ์ - เสริมแรงตนเอง	-	Self-Reflection + Self-Reinforcement	ผู้วิจัย

วิธีวิเคราะห์ข้อมูล

แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่ามัธยฐาน และพิสัยระหว่างควอไทล์ (Median และ Interquartile Range: IQR) และสถิติเชิงอนุมาน โดยใช้สถิติ Chi-square test หรือ Fisher's exact test สำหรับตัวแปรเชิงกลุ่ม และใช้สถิติ Mann–Whitney U test และ Wilcoxon signed-rank test สำหรับตัวแปรเชิงปริมาณ กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (two-tailed test)

ผลการวิจัย

1) ผลการวิเคราะห์กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนเริ่มการทดลอง พบว่าทั้งสองกลุ่มมีลักษณะพื้นฐานใกล้เคียงกัน โดยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงในสัดส่วนเท่ากัน (ร้อยละ 75.00) และมีอายุมัธยฐาน 56 ปี (IQR = 52–59) ตัวแปรพื้นฐาน ได้แก่ น้ำหนัก ดัชนีมวลกาย สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ ระยะเวลาการเจ็บป่วย ภาวะโรคร่วม ตลอดจนพฤติกรรมการดื่มสุราและการสูบบุหรี่ ไม่แตกต่างกันทางสถิติ ($p > .05$) ยกเว้น ระดับการศึกษาแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.017$) แต่ตัวแปรพื้นฐานอื่นส่วนใหญ่มีลักษณะใกล้เคียงกัน จึงสามารถนำมาใช้ในการเปรียบเทียบผลของโปรแกรมระหว่างกลุ่มได้อย่างเหมาะสม

2) ผลการประเมินด้านพฤติกรรมการรับประทานอาหาร พบว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองมีแนวโน้มปรับพฤติกรรมไปในทางที่เหมาะสมมากขึ้นเมื่อเทียบกับก่อนดำเนินการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยค่ามัธยฐานมีแนวโน้มสูงขึ้น ($p < .001$) ในขณะที่กลุ่มควบคุมไม่พบการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญ ($p = 0.393$) นอกจากนี้ เมื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ภายหลังการทดลองระหว่างสองกลุ่ม พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ดังรายละเอียดตามตารางที่ 1

ตาราง 1 แสดงการเปลี่ยนแปลงคะแนนพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดด้านการรับประทานอาหาร ก่อนและหลังการดำเนินโปรแกรม โดยเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

พฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	หลังเข้าร่วมโปรแกรม	Z	p-value
	Median (IQR)	Median (IQR)		
กลุ่มทดลอง	35.00 (32–38)	50.50 (48–53)	-4.292[a]	< 0.001*
กลุ่มควบคุม	34.50 (32–37.75)	36.00 (33.25–37)	-0.854[a]	0.393
ระหว่างกลุ่ม (หลังทดลอง)	-	-	-5.948[b]	< 0.001*

หมายเหตุ: [a] Wilcoxon signed-rank test [b] Mann–Whitney U test * มีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .05$

3) ผลการวิเคราะห์พฤติกรรมการใช้ยา พบว่าหลังการเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมด้านการใช้ยาเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยกลุ่มควบคุมพบการเปลี่ยนแปลงเพียงเล็กน้อย แม้จะมีความแตกต่างทางสถิติ ($p = 0.015$) เมื่อพิจารณาผลลัพธ์หลังการทดลองระหว่างสองกลุ่ม พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ดังรายละเอียดตามตารางที่ 2

ตาราง 2 แสดงผลการเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดด้านการใช้ยา ก่อนและหลังการดำเนินโปรแกรม ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

พฤติกรรมด้านการใช้ยา	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	หลังเข้าร่วมโปรแกรม	Z	p-value
	Median (IQR)	Median (IQR)		
กลุ่มทดลอง	9.50 (8–10)	14.00 (13–14)	-4.298[a]	< 0.001*
กลุ่มควบคุม	9.00 (8–10)	10.00 (10–11)	-2.435[a]	0.015*
ระหว่างกลุ่ม (หลังทดลอง)	-	-	-5.793[b]	< 0.001*

หมายเหตุ: [a] Wilcoxon signed-rank test [b] Mann–Whitney U test * มีนัยสำคัญทางสถิติที่ p < .05

4) พฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดด้านการออกกำลังกายของกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยค่ามัธยฐานเพิ่มจาก 12.50 (IQR = 12–14) เป็น 21.00 (IQR = 20–22) (p < .001) ส่วนกลุ่มควบคุมมีคะแนนเพิ่มขึ้นเพียงเล็กน้อย จาก 13.00 (IQR = 11–14) เป็น 15.00 (IQR = 13–16) แม้ว่าจะพบความแตกต่างทางสถิติ (p = 0.001) เมื่อพิจารณาผลภายหลังการทดลองระหว่างสองกลุ่ม พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนด้านการออกกำลังกายสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .001) ดังรายละเอียดตามตารางที่ 3

ตาราง 3 แสดงการเปลี่ยนแปลงคะแนนพฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

พฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	หลังเข้าร่วมโปรแกรม	Z	p-value
	Median (IQR)	Median (IQR)		
กลุ่มทดลอง	12.50 (12–14)	21.00 (20–22)	-4.237[a]	< 0.001*
กลุ่มควบคุม	13.00 (11–14)	15.00 (13–16)	-3.182[a]	0.001*
ระหว่างกลุ่ม (หลังทดลอง)	-	-	-5.873[b]	< 0.001*

หมายเหตุ: [a] Wilcoxon signed-rank test [b] Mann–Whitney U test * มีนัยสำคัญทางสถิติที่ p < .05

5) ผลการวิเคราะห์พฤติกรรมด้านการจัดการความเครียดของกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P < .001) และเมื่อพิจารณาผลภายหลังการทดลองระหว่างสองกลุ่ม พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ (P < .001)

ตาราง 4 แสดงผลการเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมด้านการจัดการความเครียด ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

พฤติกรรมด้านการจัดการความเครียด	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม Median (IQR)	หลังเข้าร่วมโปรแกรม Median (IQR)	Z	p-value
กลุ่มทดลอง	8.50 (7–9.50)	13.50 (12–14.50)	-4.301[a]	< 0.001*
กลุ่มควบคุม	8.00 (7.25–9.75)	9.50 (8–10.50)	-2.316[a]	0.021*
ระหว่างกลุ่ม (หลังทดลอง)	-	-	-5.708[b]	< 0.001*

หมายเหตุ: [a] Wilcoxon signed-rank test [b] Mann–Whitney U test * มีนัยสำคัญทางสถิติที่ p < .05

6) ผลการเปรียบเทียบค่าระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด (HbA1c ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองมีแนวโน้มของค่า HbA1c ลดลง แต่ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = 0.051) เช่นเดียวกับกลุ่มควบคุมที่มีค่าลดลงเล็กน้อยและไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = 0.257) และเมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มภายหลังการทดลอง ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = 0.642)

ตาราง 5 แสดงการเปรียบเทียบค่าระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด (HBA1C) ก่อนและหลังการดำเนินโปรแกรม ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด (HbA1c)	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม Median (IQR)	หลังเข้าร่วมโปรแกรม Median (IQR)	Z	p-value
กลุ่มทดลอง	8.75 (8.33–9.08)	8.40 (7.65–9.00)	-1.954[a]	0.051
กลุ่มควบคุม	8.50 (8.20–9.00)	8.35 (8.20–8.88)	-1.133[a]	0.257
ระหว่างกลุ่ม (หลังทดลอง)	-	-	-0.465[b]	0.642

หมายเหตุ: [a] Wilcoxon signed-rank test [b] Mann–Whitney U test ข้อมูลแสดงเป็น Median (IQR)

อภิปรายผลการศึกษา

1. พฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเอง กลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้นทั้งในภาพรวมและรายด้าน ได้แก่ การรับประทานอาหาร การใช้ยา การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ($p < .001$) ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัย

ผลดังกล่าวเกิดจากลักษณะของโปรแกรมที่ออกแบบเป็นการแทรกแซงเชิงพฤติกรรมอย่างเป็นระบบ โดยผสมผสานการให้ความรู้ การฝึกปฏิบัติผ่านกิจกรรมกลุ่ม และการติดตามอย่างต่อเนื่องผ่านการบันทึกประจำวันและการติดตามทางโทรศัพท์ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Batalha et al. (2021) ที่พบว่าโปรแกรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเอง (DSME) ซึ่งเน้นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสามารถเพิ่มการจัดการตนเองและความเชื่อมั่นในความสามารถของผู้ป่วย (self-efficacy) ได้อย่างมีประสิทธิภาพ PubMed Central นอกจากนี้โปรแกรมยึดแนวคิดการจัดการตนเองตามทฤษฎีของ Kanfer และ Creer โดยเน้นการตั้งเป้าหมายตามหลัก SMART การวางแผน และการกำกับตนเอง (self-regulation) ซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยเชื่อมโยงข้อมูลสุขภาพกับพฤติกรรมของตนเองได้อย่างเหมาะสม สอดคล้องกับงานวิจัยของ Sharifi et al. (2023) ที่รายงานว่าการตั้งเป้าหมายเชิงพฤติกรรม ประกอบกับการสนับสนุนจากบุคลากรพยาบาล มีส่วนช่วยเพิ่ม self-efficacy และพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 PubMed Central

การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในกลุ่ม รวมถึงการเสริมแรงและการสนับสนุนทางสังคม ยังช่วยเพิ่ม self-efficacy และส่งเสริมให้ผู้ป่วยคงพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมได้อย่างต่อเนื่อง ซึ่งสอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของ Alliston et al. (2024) ที่พบว่าโปรแกรมการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยเบาหวานสามารถปรับปรุงผลลัพธ์ด้านพฤติกรรมได้ โดยเฉพาะโปรแกรมที่มีองค์ประกอบของการให้ข้อมูลป้อนกลับ (feedback) ซึ่งมีประสิทธิผลสูงสุด (SMD = 0.91; 95% CI 0.39, 1.43) PubMed Central ผลนี้ยังสอดคล้องกับงานวิจัยของเนตรนภา บุญธนาพิศาน (2564) และกนกวรรณ ด้วงกลัด และคณะ (2563) ที่รายงานว่าโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองสามารถเพิ่มพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยได้อย่างมีนัยสำคัญ รวมถึงงานวิจัยของ Changsieng et al. (2023) ที่ศึกษาในบริบทโรงพยาบาลชุมชนของประเทศไทย และพบว่าโปรแกรมการศึกษาเชิงสนับสนุนโดยพยาบาลสามารถเพิ่มทักษะการดูแลตนเองและเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมน้ำตาลไม่ได้ได้อย่างมีประสิทธิผล Sage Journals

2. ระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด (HbA1c)

ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่า HbA1c มีแนวโน้มลดลงจากค่ามัธยฐาน 8.75 เป็น 8.40 อย่างไรก็ตาม ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้งภายในกลุ่ม ($p = 0.051$) และเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม ($p = 0.642$) ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐาน

ผลดังกล่าวอาจอธิบายได้ว่า HbA1c เป็นตัวชี้วัดที่สะท้อนระดับน้ำตาลเฉลี่ยในช่วง 2–3 เดือน จึงต้องอาศัยระยะเวลาและความต่อเนื่องของพฤติกรรมในการแสดงผล ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิเคราะห์เชิงอภิมานของ Alliston et al. (2024) ที่รายงานว่าโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยเบาหวานส่งผลให้ HbA1c ลดลงโดยรวมเพียง -0.32% (95% CI -0.44, -0.19) ซึ่งแม้มีนัยสำคัญทางคลินิก แต่การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวมักต้องอาศัยระยะติดตามที่เพียงพอ Frontiers นอกจากนี้ ความแปรปรวนของการตอบสนองในแต่ละบุคคล (heterogeneity) ยังเป็นปัจจัยสำคัญ โดยพบว่าผู้ป่วยบางรายมี HbA1c ลดลงมากกว่า 1% ขณะที่บางรายไม่เปลี่ยนแปลงหรือมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Anjali et al. (2023) ที่แม้จะพบว่า DSME ลดค่า HbA1c ได้อย่างมีนัยสำคัญที่ติดตาม 3 เดือน แต่ก็พบความแตกต่างของการตอบสนองต่อโปรแกรมในแต่ละบุคคลอย่างชัดเจน PubMed

ข้อจำกัดในการควบคุมพฤติกรรมในบริบทชีวิตจริง เช่น การบริโภคอาหารในสถานการณ์ทางสังคม และการที่กลุ่มควบคุมอาจได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบางส่วนจากการดูแลตามปกติ ล้วนเป็นปัจจัยที่ทำให้ความแตกต่างระหว่างกลุ่มไม่เด่นชัด ผลนี้สอดคล้องกับงานวิจัยของกฤตกร หมั่นสระเกษ (2562) ที่รายงานว่าการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมมักเกิดขึ้นก่อนการเปลี่ยนแปลงของตัวชี้วัดทางคลินิก อย่างไรก็ตาม แนวโน้มการลดลงของ HbA1c ในกลุ่มทดลองสะท้อนถึงศักยภาพของโปรแกรม โดย การศึกษาของ Wang et al. (2025) พบว่าโปรแกรมการจัดการตนเองที่ติดตามนาน 6 เดือนสามารถลด HbA1c ในกลุ่มทดลองได้ถึง -0.99% เมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุมที่ลดลงเพียง -0.42% JMIR ชี้ให้เห็นว่าหากมีการขยายระยะเวลาติดตามเป็น 6 เดือน เพิ่มความเข้มข้นของการติดตาม และเสริมการสนับสนุนจากครอบครัว อาจนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงของระดับ HbA1c อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในระยะยาว

5. ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. ด้านการนำโปรแกรมไปประยุกต์ใช้ในทางปฏิบัติ บุคลากรสาธารณสุขควรนำโปรแกรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองที่บูรณาการองค์ประกอบสำคัญ 3 ประการ ได้แก่ การให้ความรู้เชิงโต้ตอบ การฝึกปฏิบัติผ่านกิจกรรมกลุ่ม และการติดตามอย่างต่อเนื่อง ไปใช้ในคลินิกโรคเบาหวานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยเน้นการตั้งเป้าหมายตามหลัก SMART และการกำกับตนเอง (self-regulation) เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถเชื่อมโยงข้อมูลสุขภาพกับพฤติกรรมของตนเองได้อย่างเป็นรูปธรรม

2. ด้านการเสริมสร้างความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy) หน่วยบริการสุขภาพควรจัดให้มีกลุ่มสนับสนุนทางสังคม (peer support group) ในรูปแบบการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ ควบคู่กับการเสริมแรงเชิงบวกจากทีมสุขภาพ

3. ด้านการติดตามผลทางคลินิก การเปลี่ยนแปลงระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมต้องอาศัยระยะเวลาต่อเนื่องอย่างน้อย 3–6 เดือน จึงควรวางแผนการติดตามผลในระยะยาวและบันทึกพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยควบคู่กับตัวชี้วัดทางชีวเคมีเสมอ เพื่อให้ได้ภาพรวมของประสิทธิผลการดูแลที่ครบถ้วน

4. ด้านนโยบายสาธารณสุข หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรสนับสนุนให้โปรแกรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองในรูปแบบที่มีองค์ประกอบของการให้ข้อมูลป้อนกลับ (feedback) ได้รับการบรรจุไว้ในแนวทางการดูแลผู้ป่วยเบาหวานมาตรฐาน เนื่องจากงานวิจัยสนับสนุนว่ารูปแบบดังกล่าวมีประสิทธิผลสูงสุดในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

6. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. การขยายระยะเวลาการติดตามผล การวิจัยในอนาคตควรออกแบบให้มีระยะติดตามผลอย่างน้อย 6 เดือนขึ้นไป เพื่อให้สามารถตรวจจับการเปลี่ยนแปลงของค่า HbA1c ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2. การศึกษาตัวแปรกลั่นกรองและตัวแปรส่งผ่าน ควรมีการศึกษาบทบาทของตัวแปรที่อาจส่งผลต่อประสิทธิผลของโปรแกรม อาทิ ระดับ self-efficacy เริ่มต้น การสนับสนุนจากครอบครัว ระดับการศึกษา ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน และสภาพทางเศรษฐกิจและสังคม เพื่อระบุกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับประโยชน์สูงสุดจากโปรแกรมและปรับการแทรกแซงให้เหมาะสมกับแต่ละบุคคล

3. การพัฒนารูปแบบการแทรกแซงที่ผสมผสานเทคโนโลยี ควรสำรวจประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองในรูปแบบดิจิทัล (digital DSME) เช่น การใช้แอปพลิเคชันบนโทรศัพท์มือถือ ระบบการแจ้งเตือนอัตโนมัติ หรือ telehealth เพื่อเพิ่มความเข้มข้นของการติดตามและลดอุปสรรคด้านระยะทางในบริบทของประเทศไทย โดยเฉพาะในพื้นที่ชนบทและห่างไกล

4. การวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มที่มีกลุ่มควบคุมในขนาดตัวอย่างที่ใหญ่ขึ้น เพื่อเพิ่มพลังทางสถิติ (statistical power) และลดความแปรปรวนระหว่างบุคคล (heterogeneity) ควรดำเนินการวิจัยแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม (Randomized Controlled Trial: RCT) ในกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่ขึ้น และครอบคลุมหลายสถานพยาบาลในบริบทที่หลากหลาย เพื่ออ้างอิงได้ในระดับประชากรที่กว้างขึ้น

5. การศึกษาบทบาทของการสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชน การวิจัยที่ผ่านมาชี้ให้เห็นว่าการสนับสนุนจากครอบครัวเป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน จึงควรศึกษา

ประสิทธิผลของโปรแกรมที่บูรณาการสมาชิกในครอบครัวเข้าสู่กระบวนการแทรกแซง รวมถึงการออกแบบกลไกการสนับสนุนระดับชุมชนที่ยั่งยืน

เอกสารอ้างอิง

International Diabetes Federation. (2025). IDF diabetes atlas (11th ed.).

Phrommintikul, A., Dilokthornsakul, P., & Permsuwan, U. (2022). **Economic burdens for treatment of patients with type 2 diabetes in North Thailand: A hospital-based observational study.** Frontiers in Endocrinology, 13, 824545. https://doi.org/10.3389/fendo.2022.824545

กระทรวงสาธารณสุข. (2566). **อัตราป่วยรายใหม่ของโรคเบาหวานต่อแสนประชากรเทียบเป้าประมาณการ: ตำบลบ้านติ้ว อำเภอหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์** [ฐานข้อมูลออนไลน์]. ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (HDC). https://hdc.moph.go.th/pnb/public/standard-report-detail/eeeab22e386d32e7f5f5ecefebce0001

American Diabetes Association. (2024). Standards of care in diabetes—2024. Diabetes Care, 47(Suppl. 1), S1–S350. https://doi.org/10.2337/dc24-SINT

Hanlon, P., Bryson, I., Morrison, H., Rafiq, Q., Boehmer, K., Gionfriddo, M. R., Gallacher, K., May, C., Montori, V., Lewsey, J., McAllister, D. A., & Mair, F. S. (2021). Self-management interventions for type 2 diabetes: A systematic review protocol focusing on patient workload and capacity support. Wellcome Open Research, 6, 257. https://doi.org/10.12688/wellcomeopenres.17238.1

Lorig, K., & Holman, H. (2003). Self-management education: History, definition, outcomes, and mechanisms. Annals of Behavioral Medicine, 26(1), 1–7. https://doi.org/10.1207/S15324796ABM2601_01

Lin, H.-C., Tseng, C.-W., Hsieh, P.-J., Liang, H.-L., Sue, S.-P., Huang, C.-Y., & Lee, M.-Y. (2022). Efficacy of self-management on glucose control in type 2 diabetes mellitus patients treated with insulin. Healthcare, 10(10), 2080. https://doi.org/10.3390/healthcare10102080

Kanfer, F. H. (1991). **Self-management methods.** In F. H. Kanfer & A. P. Goldstein (Eds.), Helping people change (pp. 305–360). Allyn & Bacon. https://doi.org/10.1007/978-3-642-00326-4_7

Creer, T. L. (2000). Self-management of chronic illness. In M. Boekaerts, P. R. Pintrich, & M. Zeidner (Eds.), Handbook of self-regulation (pp. 601–629). Academic Press. https://doi.org/10.1016/B978-012109890-2/50044-8

Alliston, P., Jovkovic, M., Khalid, S., Fitzpatrick-Lewis, D., Ali, M. U., & Sherifali, D. (2024). **The effects of diabetes self-management programs on clinical and patient reported outcomes in older adults: A systematic review and meta-analysis**. Frontiers in Clinical Diabetes and Healthcare, 5, 1348104. https://doi.org/10.3389/fcdhc.2024.1348104

Anjali, M., Khapre, M., Kant, R., Kumar, S., & Pandey, P. (2023). **Effectiveness of diabetes self-management education on distress and HbA1C among Indian type 2 diabetes mellitus patients: A randomized controlled trial.** Indian Journal of Community Medicine, 48(5), 702–708. https://doi.org/10.4103/ijcm.ijcm_843_22

Batalha, A. P. D. B., Ponciano, I. C., Chaves, G., & Felício, D. C. (2021). **Behavior change interventions in patients with type 2 diabetes: A systematic review of the effects on self-management and A1c.** Journal of Diabetes & Metabolic Disorders, 20(2), 1815–1836. https://doi.org/10.1007/s40200-021-00846-8

Changsieng, P., Pichayapinyo, P., Lagampan, S., Lapvongwatana, P. (2023). **Implementation of self-care deficits assessment and a nurse-led supportive education program in community hospitals for behavior change and HbA1c reduction: A cluster randomized controlled trial.** Journal of Primary Care & Community Health, 14. https://doi.org/10.1177/21501319231181106

Sharifi, N., Rezaei, N., Fathnezhad-Kazemi, A., & Ghiasi, F. (2023). **Potential methods to improve self-management in those with type 2 diabetes: A narrative review.** International Journal of Endocrinology and Metabolism, 21(1), e130585. https://doi.org/10.5812/ijem-130585

Wang, X., et al. (2025). **Community-based intelligent blood glucose management for older adults with type 2 diabetes based on the Health Belief Model: Randomized controlled trial.** JMIR mHealth and uHealth. https://doi.org/10.2196/60227

Received: 10 May 2026 ; **Revised:** 17 May 2026
Accepted: 30 Jun 2026

ประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเอง เพื่อลดความเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนของความดันโลหิตสูง ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

สมบัติ ยาวิชัย [1]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบสองกลุ่ม โดยมีกลุ่มเปรียบเทียบ ประกอบด้วยกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม วัดก่อนและหลังการทดลอง โดยวัดหลังการทดลองทันทีหลังเสร็จสิ้นโปรแกรมและหลังโปรแกรม 3 เดือน วัตถุประสงค์การวิจัย เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเอง ในการลดความเสี่ยงภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ ในตำบลน้ำขุม อำเภอศรีนคร จังหวัดสุโขทัย กลุ่มตัวอย่างได้จากการสุ่มตัวอย่างอย่างง่ายจากทะเบียนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมความดันได้ กลุ่มทดลองจำนวน 40 คนเป็นผู้ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลน้ำขุม และกลุ่มควบคุม 40 คน จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองบัว อำเภอ ศรีนคร จังหวัดสุโขทัย เครื่องมือเป็นแบบสัมภาษณ์ ที่ผ่านการพัฒนา และปรับปรุงแล้ว การวิเคราะห์ข้อมูลประสิทธิผลของโปรแกรม ของค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และค่าเฉลี่ยความดันโลหิต ระหว่างก่อนได้รับโปรแกรม หลังได้รับโปรแกรมทันที และภายหลังโปรแกรม 3 เดือน ด้วยสถิติ General linear Model repeated measures ANOVA

ผลการศึกษาพบว่า ประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเอง ในการลดความเสี่ยงภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ ในตำบลน้ำขุม อำเภอศรีนคร จังหวัดสุโขทัย ในภาพรวมเมื่อเปรียบเทียบภายในกลุ่มและระหว่างกลุ่มในช่วงเวลาในการวัดและประเมินผลที่แตกต่างกัน พบว่าโปรแกรมมีประสิทธิผลต่อคะแนนการรับรู้ทุกด้านและภาพรวม พฤติกรรมการดูแลตนเองทุกด้านและภาพรวม และความดันโลหิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ ผู้ปฏิบัติงานผู้ดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในระดับปฐมภูมิสามารถนำโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยในคลินิกและชุมชน โดยเน้นกระบวนการส่งเสริมสุขภาพรายบุคคล การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการร่วมตั้งเป้าหมายและวางแผนการทบทวนพฤติกรรม และกำกับติดตามประเมินผลร่วมกัน ซึ่งจะสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและลดภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการควบคุมคุมความดันโลหิตไม่ได้

คำสำคัญ: โปรแกรม ภาวะแทรกซ้อน ความดันโลหิตสูง พฤติกรรมการดูแลตนเอง การรับรู้

[1] **โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลน้ำขุม อำเภอศรีนคร จังหวัดสุโขทัย,** Email: sombat50yawichai@gmail.com

Effectiveness of Self-Care Promoting Behavior in Risk Reduction of Hypertensive Complication among Un-Controlled Blood Pressure Patients in Namkhum Sub-District, Srinakorn district Sukhothai Province

Sombat Yawichai [1]

Abstract

This quasi-experiment with a two-group design (experimental and control) was measured at baseline, immediately after the program completion, and three months after the program. The objective was to study the effectiveness of a program that promotes self-care behaviors in reducing the risk of complications in patients with uncontrolled hypertension in Nam Khum Subdistrict, Si Nakhon District, Sukhothai Province. The sample group was obtained through simple random sampling from the registry of patients with uncontrolled hypertension. The experimental group consisted of 40 individuals who received services at Nam Khum Sub-district Health Promotion Hospital, and the control group consisted of 40 individuals from Nong Bua Sub-district Health Promotion Hospital, Si Nakhon District, Sukhothai Province. The research instrument was a developed and improved interview questionnaire. The research instrument was a developed and improved interview questionnaire. Data on the program's effectiveness were analyzed using a General Linear Model Repeated Measures ANOVA, which compared mean scores on self-care awareness, behavior, and blood pressure before, immediately after, and 3 months after the program.

The study found that the effectiveness of a program promoting self-care behaviors in reducing the risk of complications in patients with uncontrolled hypertension in Nam Khum Subdistrict, Si Nakhon District, Sukhothai Province, was significantly improved within and between groups at different measurements and evaluation times. The program had a statistically significant effect on all aspects of perceived behavior, overall self-care behavior, and blood pressure ($p < 0.05$).

The result suggested that primary caregivers of hypertensive patients can apply the hypertension health promotion program in clinical and community care, emphasizing individualized health promotion processes, patient involvement in setting goals and planning behavioral reviews, and joint monitoring and evaluation. This can lead to behavioral changes and a reduction in complications arising from uncontrolled blood pressure.

Keyword: Intervention Program, Complication, Hypertension, Preventive Behavior, Perception

[1] Nam Khum Subdistrict Health Promoting Hospital, Si Nakhon District, Sukhothai Province, Email: sombat50yawichai@gmail.com

บทนำ

โรคความดันโลหิตสูง (Hypertension) เป็นโรคที่สำคัญมาก โดยจะตรวจพบได้จากการวัดความดันโลหิตได้ในระดับที่สูงกว่าปกติเรื้อรังอยู่เป็นเวลานาน องค์การอนามัยโลกกำหนดไว้ตั้งแต่ พ.ศ.๒๕๔๒ ว่าผู้ใดก็ตามที่มีความดันโลหิตวัดได้มากกว่า ๑๔๐ /๙๐ มม.ปรอท ถือว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย,2562) ในประเทศไทยพบความชุกของโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 25.4 ในปี 2562-2563 ซึ่งสูงกว่าของการสำรวจเมื่อ พ.ศ. 2557 โดยพบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง (วิชัย เอกพลากร. 2564) สถานการณ์ความชุกของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในประเทศไทย ในปี 2567 พบว่ามีอัตราป่วยร้อยละ 16.39 ในระดับเขตพบว่ามีอัตราป่วยร้อยละ 21.29 ในปี 2568 พบว่ามีอัตราป่วยร้อยละ 16.65 ในระดับเขตพบว่ามีอัตราป่วยร้อยละ 21.66ในปี 2567 พบว่าจังหวัดสุโขทัยซึ่งเป็นพื้นที่ในเขตสุขภาพที่ 2 มีอัตราผู้ป่วยรายใหม่ของโรคความดันโลหิตสูงเป็นอันดับ 2 ของเขตพื้นที่ และพบจำนวนผู้ป่วยมากที่สุดในช่วงอายุ 60 ปีขึ้นไป รองลงมาคือช่วงอายุ 50-59 ปี 40-49 ปี และ15-39 ปีตามลำดับ โดยมีอัตราป่วยร้อยละ 48.5, 29.0, 14.8 และ 1.8 ตามลำดับ และมีอัตราป่วยตายในปี 2559-2564 ร้อยละ 0.18, 0.28, 0.31 และ 0.24 ตามลำดับ (กรมควบคุมโรค,2568)

กลุ่มผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ เป็นกลุ่มเสี่ยงที่จะเกิดผลกระทบมากที่สุด และมีโอกาสเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนไปจนถึงการเสียชีวิต การเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดหัวใจมากกว่าครึ่งหนึ่งมีสาเหตุมาจากความดันโลหิตสูง ซึ่งรวมถึงการเสียชีวิตจากโรคหัวใจความดันโลหิตสูง การเสียชีวิตจากโรคหัวใจขาดเลือด 53% และการเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง 53% นอกจากนี้การเสียชีวิตจากโรคไตเรื้อรัง 62% มีสาเหตุมาจากความดันโลหิตสูง (WHO, 2025) สถานการณ์โรคความดันโลหิตสูงใน ตำบลน้ำขุม อำเภอศรีนคร จังหวัดสุโขทัย พบผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเป็นอันดับ 1 ของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยในปี 2564-2567 พบว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นคิดเป็น ร้อยละ 40.37 41.26 และ 41.67 ตามลำดับ ในขณะที่อัตราป่วยตาย คิดเป็นอัตรา 55.70 112.99 และ 169.49 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ โดยในปี 2565-2567 ยังพบผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ถึงร้อยละ 33.51 20.6 และ 26.77 ตามลำดับ ซึ่งสาเหตุส่วนใหญ่มาจากพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ไม่ถูกต้อง ทั้งด้านการรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสมกับโรค และการปฏิบัติพฤติกรรมด้านการรับประทานยา และพบแพทย์ตามนัด (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลน้ำขุม,2568) การจัดการความดันโลหิตสูงอย่างมีประสิทธิผลในการดูแลสุขภาพเบื้องต้น ต้องอาศัยการวินิจฉัยที่แม่นยำ การคัดกรองผู้ป่วยผู้ใหญ่ทุกคน การเริ่มการรักษาทันทีสำหรับผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูงมาก (>160/100) และการตรวจซ้ำทันทีสำหรับผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูงอื่นๆ ภายในหนึ่งถึงสี่สัปดาห์ การรักษาที่ได้มาตรฐานและไม่มีค่าใช้จ่ายสำหรับผู้ป่วย และการติดตามความคืบหน้าอย่างเข้มงวดที่สถานพยาบาลแต่ละแห่ง พื้นที่ย่อยแต่ละแห่ง และ

ระดับประเทศ (American Heart Association, 2025) พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย มีความสำคัญในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง สำหรับผู้ป่วยในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนได้แก่ ควรเลือกกินอาหารให้ครบ 5 หมู่ ลดหวาน มัน เค็ม เพิ่มผักผลไม้ไม่หวานจัด ออกกำลังกายสม่ำเสมอวันละ 30 นาที ทำจิตใจให้สงบเพื่อจัดการความเครียด ไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มสุรา นอกจากนั้นยังต้องไปรับการตรวจรักษาและรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง (กรมควบคุมโรค, 2559) ในระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งเป็นการบริการระดับปฐมภูมิและการส่งเสริมสุขภาพ เป็นบทบาทที่สำคัญของนักสาธารณสุข การส่งเสริมสุขภาพต้องการองค์ความรู้ในการนำมาออกแบบกิจกรรม หรือวางแผนให้บุคคลและชุมชนได้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสู่การส่งเสริมสุขภาพตนเอง โดยเฉพาะผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โดยการส่งเสริมสุขภาพเป็นกระบวนการเพิ่มความสามารถบุคคลในการควบคุมดูแล และพัฒนาสุขภาพของตนเองให้ดีขึ้น จากแนวคิดแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของ เพนเดอร์กล่าวว่า การส่งเสริมสุขภาพตนเอง มีพื้นฐานจากหลายปัจจัย ได้แก่ การรับรู้ ความคาดหวังต่อผลลัพธ์ของการปฏิบัติพฤติกรรม และความคาดหวังในความสามารถของตนเอง (รักชนก จันทร์เพ็ญ (2564) แนวทางการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยแบบรายบุคคลจำเป็นต้องคำนึงถึงปัจจัยส่วนบุคคล พฤติกรรมที่เกิดปัญหา การสร้างแรงจูงใจ การจัดการกับอุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรม ร่วมกับการให้คำแนะนำที่เหมาะสม และการเปิดโอกาสให้ซักถาม ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถปรับพฤติกรรมดูแลสุขภาพและส่งเสริมสุขภาพตนเองได้ และ การประเมินภาวะคุกคามต่อสุขภาพประกอบด้วยการรับรู้โอกาสเสี่ยงในการเกิดโรค และการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค เป็นการยับยั้งการตอบสนองในการปรับตัวที่ไม่เหมาะสม การกระตุ้นให้เกิดความกลัวเป็นทางอ้อม เพื่อให้เกิดแรงจูงใจในการป้องกันโรค โดยต้องให้รับรู้โอกาสเสี่ยง และความรุนแรงของโรคในระดับที่สูงขึ้น เบญจวรรณ วงษ์รอด (2565)

ผู้วิจัยจึงสร้างโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันตนเองในการลดความเสี่ยงภาวะแทรกซ้อนของความดันโลหิตสูง โดยประยุกต์ใช้แบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ในตำบลน้ำขุม อำเภอศรีนคร จังหวัดสุโขทัย โดยนำเอาแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์(Pender,2011)โดยเน้นแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคของโรเจอร์(1983) มาจัดกระบวนการในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง เพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนทุพลภาพและเสียชีวิตได้

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเอง ในการลดความเสี่ยงภาวะ แทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ ในตำบลน้ำขุม อำเภอ ศรีนคร จังหวัดสุโขทัย

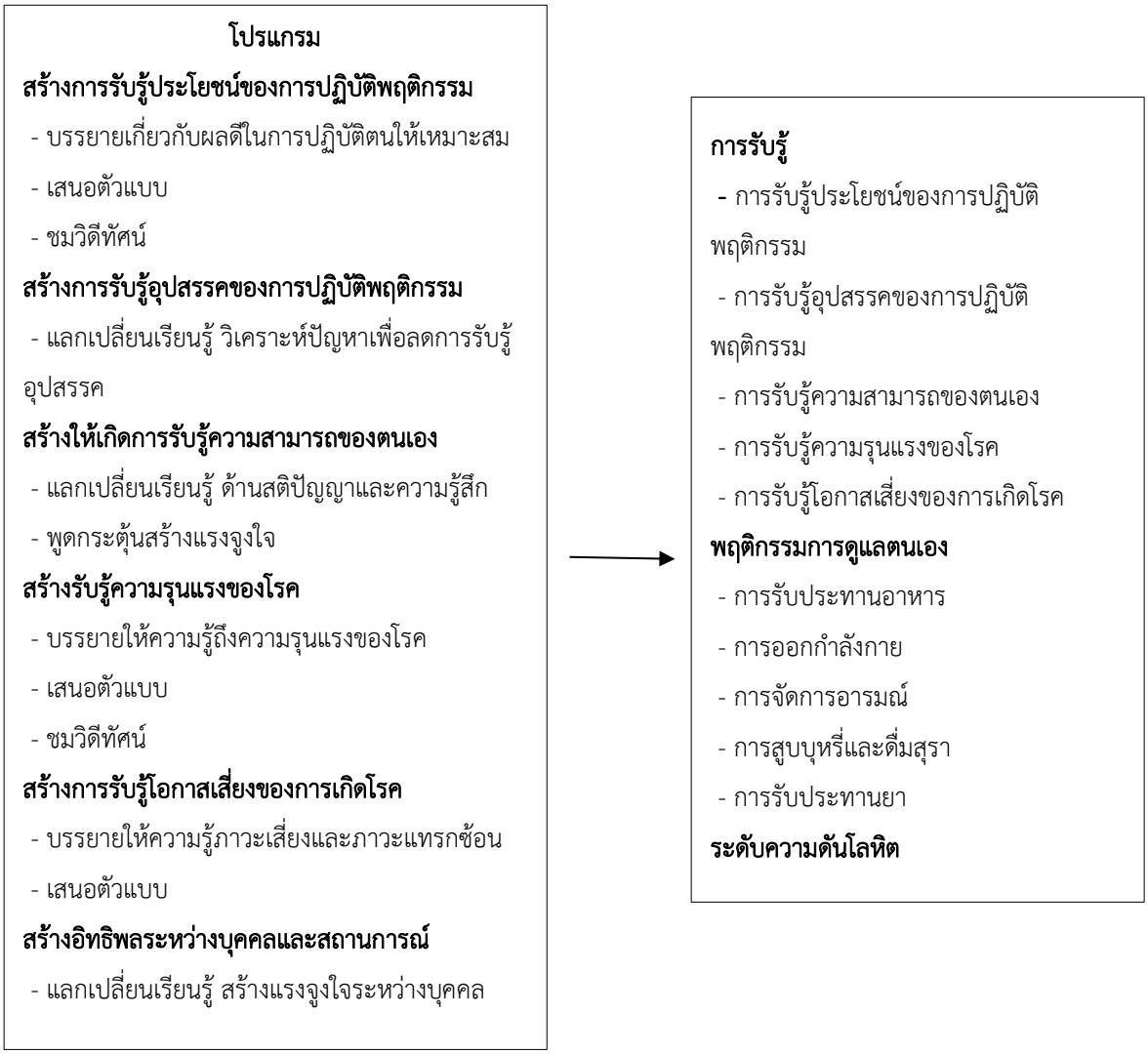
วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเอง รับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ การรับรู้ความสามารถของตนเอง การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงของกลุ่มทดลองก่อนเข้าร่วมโปรแกรม หลังเข้าร่วมโปรแกรมทันที และระยะติดตาม

2. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความดันโลหิต ของกลุ่มทดลองก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ระหว่างเข้าร่วมโปรแกรม หลังเข้าร่วมโปรแกรมทันที และระยะติดตามผล

3. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเอง รับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ การรับรู้ความสามารถของตนเอง การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยง และค่าเฉลี่ยความดันโลหิต หลังเข้าร่วมโปรแกรมทันที และระยะติดตามระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

กรอบการวิจัย



วิธีดำเนินการวิจัย

เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบสองกลุ่ม โดยมีกลุ่มเปรียบเทียบ ประกอบด้วยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม วัดก่อนและหลังการทดลอง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา เป็นผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ ที่มารับบริการ

ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลน้ำขุม อำเภอศรีนคร จังหวัดสุโขทัย และที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองบัว อำเภอศรีนคร จังหวัดสุโขทัย

กลุ่มตัวอย่าง

กำหนดขนาดตัวอย่างที่ใช้เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างสองกลุ่ม หรือการกำหนดค่าขนาดอิทธิพล (Effect Size) ซึ่งเป็นค่าที่ใช้วัดขนาดความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยของตัวอย่างสองกลุ่ม โดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05 อำนาจการทดสอบ (Power) กำหนดที่ 0.8 ค่า Index of Effect Size เป็นค่าที่ได้จากงานวิจัยที่ผ่านมา นอกจากการคำนวณหาค่า Effect Size ดังกล่าวแล้ว ค่าความผิดพลาดชนิดที่ 1 (Type I Error, α) เท่ากับ 0.05 และความผิดพลาดชนิดที่ 2 (Type II Error, β) เท่ากับ 0.80 สัดส่วนกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมเท่ากับ 1 แล้วนำมาคำนวณผ่านโปรแกรมสำเร็จรูป โดยใช้ข้อมูลตารางที่ 10 ของเบญจวรรณ วงษ์รอด (2565) มาแทนค่าในสูตร ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อยกลุ่มละ 16 คน การวิจัยครั้งนี้เนื่องจากเป็นงานวิจัยในพื้นที่ ผู้วิจัยได้เพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มละ 40 คน

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

พื้นที่คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง จากทะเบียนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมความดันได้ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลน้ำขุม และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองบัว อำเภอศรีนคร จังหวัดสุโขทัย ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ จำนวน 80 คน โดยมีคุณสมบัติดังนี้

กลุ่มทดลอง : ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมความดันได้ ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลน้ำขุม อำเภอศรีนคร จังหวัดสุโขทัย จำนวน 40 คน คัดเลือกโดยสุ่มตัวอย่างอย่างง่ายจากทะเบียนผู้ป่วยของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล **กลุ่มควบคุม** : ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมความดันได้ ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองบัว อำเภอศรีนคร จังหวัดสุโขทัย จำนวน 40 คนคัดเลือกโดยสุ่มตัวอย่างอย่างง่ายจากทะเบียนผู้ป่วยของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

โปรแกรมเพื่อสร้างการรับรู้ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และควบคุมระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ โดยการประยุกต์ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อทางสุขภาพ และทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคของโรเจอร์ มาเป็นกรอบในการสร้างโปรแกรม เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสัมภาษณ์ ประกอบด้วย

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ระยะเวลาเป็นโรคความดันโลหิตสูง ระดับความดันโลหิต น้ำหนักตัว และส่วนสูง

2. แบบสัมภาษณ์ด้านการรับรู้ แบ่งออกเป็นการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความสามารถของตนเอง การรับรู้ความรุนแรงของโรค และการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคอย่างละ 5 ข้อรวมทั้งสิ้น 25 ข้อ ลักษณะคำถามนี้มีทั้งด้านบวกและด้านลบตามแบบประเมินค่า โดยกำหนดให้ผู้ตอบเลือกตอบได้ 3 ตัวเลือกคือ ใช่ ไม่แน่ใจ ไม่ใช่ ผู้ตอบเลือกตอบได้เพียง 1 ตัวเลือก และมีเกณฑ์การให้คะแนนแต่ละการรับรู้ระหว่าง 0-5 คะแนนรวม 25 คะแนน

3. แบบสัมภาษณ์ด้านพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง แบ่งออกเป็นพฤติกรรมการบริโภคอาหาร จำนวน 11 ข้อ พฤติกรรมการออกกำลังกายจำนวน 7 ข้อ พฤติกรรมการจัดการอารมร์จำนวน จำนวน 9 ข้อ พฤติกรรมการสูบบุหรี่และดื่มสุราจำนวน 3 ข้อและพฤติกรรมการพบแพทย์และรับประทานยาจำนวน 6 ข้อรวมเป็น 36 ข้อ คะแนนที่เป็นไปได้ 36-144 คะแนน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

เครื่องมือแบบสัมภาษณ์ ได้ผ่านการพิจารณาและความคิดเห็นจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน เพื่อพิจารณาสอบถามความถูกต้องตามเนื้อหาและโครงสร้าง โดยมีค่า IOC อยู่ในช่วง 0.67-1 และหลังจากนั้นนำเครื่องมือไปทดสอบ ในกลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ที่มีลักษณะประชากรใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน คือ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในตำบลคลองมะพลับ อำเภอศรีนคร จังหวัดสุโขทัย นำมาคำนวณหาความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม โดยคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาค การรับรู้ภาพรวมเท่ากับ 0.78 และพฤติกรรมการการดูแลตนเองมีค่าเท่ากับ 0.85

การวิเคราะห์ข้อมูล

นำเสนอสถิติเชิงพรรณนา ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (Mean) ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบความแตกต่างของลักษณะข้อมูลทั่วไป ก่อนได้รับโปรแกรม ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติ Independent T-test และ Chi-square test และเปรียบเทียบประสิทธิผลของโปรแกรม ของค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และค่าเฉลี่ยความดันโลหิต ระหว่างก่อนได้รับโปรแกรม หลังได้รับโปรแกรมทันที และภายหลังโปรแกรม 3 เดือน ด้วยสถิติ General linear Model repeated measures ANOVA

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยดำเนินการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง โดยการขออนุมัติการทำวิจัยต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย COA No. 66/2025 IRB No. 72/2025 รับรองเมื่อวันที่ 1 กันยายน พ.ศ. 2568

ผลการวิจัย

เมื่อเปรียบเทียบคุณลักษณะทั่วไประหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนโปรแกรมพบว่าทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ทั้งเพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา การมีญาติสายตรงเป็นโรคความดันโลหิตสูง สิทธิในหลักประกันสุขภาพ โดยพบว่าทั้งอายุและระยะเวลาการเจ็บป่วยมีความไกล้เคียงกัน ดังตารางที่ 1 ก่อนการทดลอง เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และความดันช่วงบนและช่วงล่าง มีความไกล้เคียงกันและไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ยกเว้นพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พบว่าในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ดังตารางที่ 2

ด้านการรับรู้ภาพรวม พบว่าภายหลังโปรแกรมทันทีในกลุ่มทดลอง คะแนนเฉลี่ยการรับรู้รวมเท่ากับ 20.35 มากกว่ากลุ่มควบคุมที่เท่ากับ 17.68 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และ ภายหลังโปรแกรม 3 เดือน ในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โดยรวมเท่ากับ 20.83 มากกว่ากลุ่มควบคุมที่เท่ากับ 17.83 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ดังตารางที่ 3 และ ภาพที่ 1 และพฤติกรรมการดูแลตนเองภาพรวม พบว่าภายหลังโปรแกรมทันทีในกลุ่มทดลอง คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมรวม เท่ากับ 117.80 มากกว่ากลุ่มควบคุมที่เท่ากับ 106.43 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และ ภายหลังโปรแกรม 3 เดือน ในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมรวม เท่ากับ 119.75 มากกว่ากลุ่มควบคุมที่เท่ากับ 107.43 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ดังตารางที่ 4 และภาพที่ 3 ความดันช่วงบนเฉลี่ย พบว่าภายหลังโปรแกรมทันทีในกลุ่มทดลองมีความดันช่วงบนเฉลี่ย เท่ากับ 138.25 น้อยกว่ากลุ่มควบคุมที่เท่ากับ 152.55 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และ ภายหลังโปรแกรม 3 เดือน ในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมรวม เท่ากับ 135.38 มากกว่ากลุ่มควบคุมที่เท่ากับ 150.00 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ดังตารางที่ 5 และภาพที่ 4

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคุณลักษณะทางประชากรระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนการทดลอง

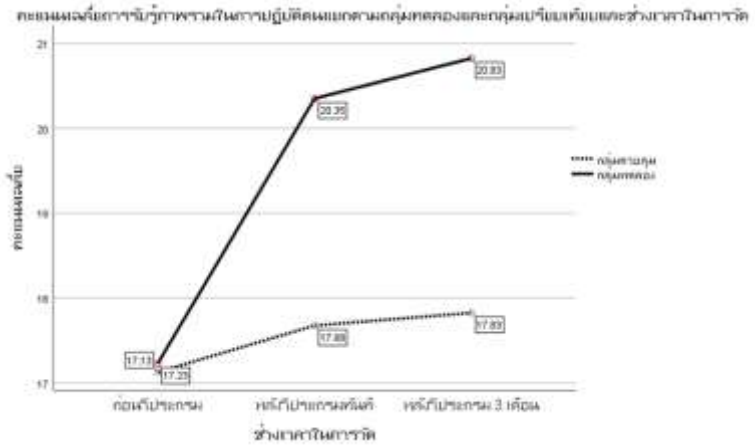
ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง(n=40)		กลุ่มควบคุม (n=40)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
เพศ					
ชาย	18	45.00	20	50.00	0.645
หญิง	22	55.00	20	50.00	
ระดับการศึกษา					
ประถมศึกษา	28	70.00	24	60.00	0.236
มัธยมศึกษา	7	17.50	5	12.50	
สูงกว่ามัธยมศึกษา	5	12.50	11	27.50	
สถานภาพสมรส					
โสด	4	10.00	7	17.50	0.599
สมรส	32	80.00	30	75.50	
หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	2	10.00	3	7.50	
สิทธิการรักษา					
บัตรทอง	34	85.00	30	75.00	0.178
ข้าราชการ	4	10.00	2	5.00	
ประกันสังคม	2	5.00	6	15.00	
จ่ายเงินเอง/สิทธิอื่นๆ	0	0.00	2	5.00	
ดัชนีมวลกาย					
น้อยกว่า 25	14	35.00	14	35.00	0.080
ระหว่าง 25-29.99	11	27.50	19	37.50	
มากกว่าหรือเท่ากับ 30	15	37.50	7	27.50	
มีญาติสายตรงเป็นความดันโลหิตสูง					
มี	2	5.00	7	11.30	0.077
ไม่มี	38	95.00	33	88.70	
	Mean	SD	Mean	SD	
อายุ	49.50	7.968	51.03	7.492	0.381
ระยะเวลาการเป็นโรค	5.68	4.794	5.68	4.785	0.361

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบการรับรู้ พฤติกรรมและค่าความดันโลหิต หว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนการทดลอง(Baseline)

ตัวแปร	ช่วงคะแนนที่เป็นไปได้	กลุ่มทดลอง(n=40)		กลุ่มควบคุม (n=40)		p-value
		Mean	SD	Mean	SD	
การรับรู้(คะแนน)						
การรับรู้ประโยชน์	0-5	3.48	0.751	3.68	0.730	0.231
การรับรู้อุบสรรค	0-5	3.28	0.751	3.50	0.784	0.194
การับรู้ความสามารถของตนเอง	0-5	3.45	0.677	3.35	0.533	0.465
การรับรู้ความรุนแรง	0-5	3.50	0.784	3.38	0.628	0.434
การรับรู้โอกาสเสี่ยง	0-5	3.53	0.640	3.40	0.591	0.367
การรับรู้ภาพรวม	0-25	17.23	2.537	17.13	1.977	0.485
พฤติกรรมการดูแลตนเอง(คแนน)						
พฤติกรรมการบริโภคอาหาร	11-44	34.50	4.320	33.90	4.125	0.874
พฤติกรรมการออกกำลังกาย	7-28	20.25	2.898	19.93	2.443	0.589
การจัดการอารมณ์	6-36	24.68	3.339	25.28	3.202	0.415
การสูบบุหรี่และดื่มสุรา	3-12	8.48	0.987	8.95	0.986	0.034
การรับทานยาและพบแพทย์ตามนัด	6-24	15.40	2.370	16.10	1.919	0.151
พฤติกรรมรวม	36-144	104.15	7.862	102.85	7.200	0.479
ความดันโลหิต(มม.ปรอท)						
ความดันโลหิตช่วงบน	-	158.73	7.274	160.45	11.335	0.495
ความดันโลหิตช่วงล่าง	-	87.38	10.273	86.28	7.075	0.478

ตารางที่ 3 คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ภาพรวมในการปฏิบัติตนแยกตามกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบและช่วงเวลาในการวัด

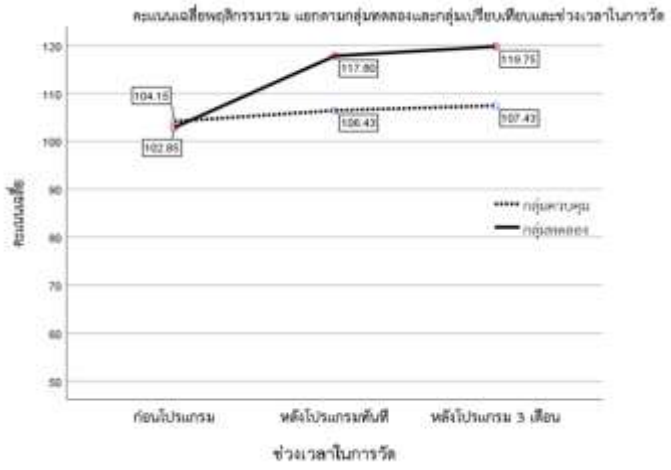
การรับรู้ภาพรวม	Parameter	B	Std. Error	t	P-value	95% Confidence Interval	
						Lower Bound	Upper Bound
ก่อนทดลอง	Intercept	17.125	0.360	47.628	<0.001	16.409	17.841
	intervention	0.100	0.508	0.197	0.845	-0.912	1.112
หลังโปรแกรมทันที	Intercept	17.675	0.280	63.220	<0.001	17.118	18.232
	intervention	2.675	0.395	6.766	<0.001	1.888	3.462
หลังโปรแกรม 3 เดือน	Intercept	17.825	0.243	73.490	<0.001	17.342	18.308
	intervention	3.000	0.343	8.746	<0.001	2.317	3.683



ภาพที่ 1 คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ภาพรวมในการปฏิบัติตนแยกตามกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบและช่วงเวลาในการวัด

ตารางที่ 4 คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมรวม แยกตามกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบและช่วงเวลาในการวัด

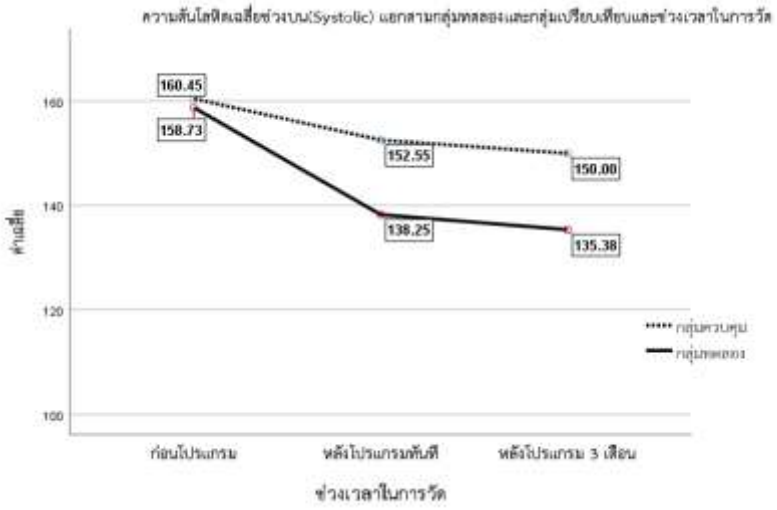
พฤติกรรมรวม	Parameter	B	Std. Error	t	P-value	95% Confidence Interval	
						Lower Bound	Upper Bound
ก่อนทดลอง	Intercept	104.150	1.095	95.124	<0.001	101.970	106.330
	intervention	-1.300	1.548	-0.840	0.404	-4.383	1.783
หลังโปรแกรมทันที	Intercept	106.425	0.861	123.626	<0.001	104.711	108.139
	intervention	11.375	1.217	9.343	<0.001	8.951	13.799
หลังโปรแกรม 3 เดือน	Intercept	107.425	0.852	126.129	<0.001	105.729	109.121
	intervention	12.325	1.204	10.232	<0.001	9.927	14.723



ภาพที่ 2 คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมรวม แยกตามกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบและช่วงเวลาในการวัด

ตารางที่ 5 ความดันโลหิตเฉลี่ยช่วงบน(Systolic) แยกตามกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบและช่วงเวลาในการวัด

ความดันโลหิตช่วงบน	Parameter	B	Std. Error	t	P-value	95% Confidence Interval	
						Lower Bound	Upper Bound
ก่อนทดลอง	Intercept	160.450	1.712	93.745	<0.001	157.043	163.857
	intervention	-1.725	2.421	-0.713	0.478	-6.544	3.094
หลังโปรแกรมทันที	Intercept	152.550	1.363	111.911	<0.001	149.836	155.264
	intervention	-14.300	1.928	-7.418	<0.001	-18.138	-10.462
หลังโปรแกรม 3 เดือน	Intercept	150.000	1.212	123.759	<0.001	147.587	152.413
	intervention	-14.625	1.714	-8.532	<0.001	-18.037	-11.213



ภาพที่ 3 ความดันโลหิตเฉลี่ยช่วงบน(Systolic) แยกตามกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบและช่วงเวลาในการวัด

สรุปอภิปรายผล

ประสิทธิผลของโปรแกรมต่อการรับรู้ด้านสุขภาพ กลุ่มทดลองมีการรับรู้ด้านสุขภาพดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทุกด้าน ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพที่อธิบายว่าการรับรู้ด้านสุขภาพเป็นตัวกำหนดสำคัญของพฤติกรรมสุขภาพโปรแกรมช่วยให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความเสี่ยงและความรุนแรงของโรคมากขึ้นผ่านการให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนและการนำเสนอกรณีศึกษา การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวเพิ่มขึ้นจากการชี้ให้เห็นถึงผลดีของการควบคุมความดันโลหิตและการเรียนรู้จากตัวแบบที่ควบคุมความดันโลหิตได้ดี การรับรู้อุปสรรคลดลงเนื่องจากโปรแกรมระบุอุปสรรคและจัดกิจกรรมฝึกทักษะเพื่อแก้ปัญหาอย่างเฉพาะเจาะจง (Bandura,1977) อิทธิพลของการรับรู้ความสามารถของตนเองและตัวแบบการที่พฤติกรรมดูแลตนเองและระดับความดันโลหิตพัฒนาขึ้นอย่างชัดเจน สอดคล้องกับแนวคิดของเพนเดอร์ และ เบดูราที่ว่า "ความมั่นใจนำไปสู่การกระทำ" กิจกรรมที่เน้น "การเสนอตัวแบบ" (Modeling) และ "การแลกเปลี่ยนเรียนรู้" ในชุมชนช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ผ่านสังเกต เมื่อผู้ป่วยเห็นเพื่อนบ้านที่มีข้อจำกัดคล้ายกันสามารถลดความดันได้จากการลดเค็มและเดินออกกำลังกาย เขาจะเกิดความเชื่อมั่นว่า "ฉันก็ทำได้" ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ เบญจวรรณ วงษ์รอด (2565) และ Wattanameatee และ Hoyrat(2017) ที่พบว่าโปรแกรมที่ประยุกต์ใช้ทฤษฎีเดียวกันนี้ในจังหวัดอุตรดิตถ์ส่งผลให้คะแนนการรับรู้และพฤติกรรมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญและการบูรณาการความรอบรู้ด้านสุขภาพและความตระหนักในภัยคุกคามโปรแกรมนี้ไม่ได้ให้เพียง "ข้อมูล" แต่สร้าง "ความรอบรู้" ผ่านกิจกรรมสาธิตและการใช้เครื่องมือวัด การที่ผู้ป่วยรับรู้ความรุนแรงของโรค ผ่านวิดีทัศน์ภาวะแทรกซ้อน (เช่น อัมพาต หรือโรคไต) เป็นการกระตุ้นกลไก ในการปกป้องตนเอง (อภิญญา อุบลสะอาด, 2567) ยืนยันว่าการจัดการตนเองอย่างมีระบบช่วยให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่สามารถควบคุมโรคได้ดีขึ้น และช่วยลดความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนในระยะยาว การสนับสนุนทางสังคมและอิทธิพลระหว่างบุคคล คะแนนพฤติกรรมที่พุ่งสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องในช่วงติดตามผล 3 เดือน ชี้ให้เห็นถึงพลังของการสนับสนุนทางสังคม การสร้างกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้ทำให้เกิดเครือข่ายเกื้อกูลกันในชุมชน สิ่งนี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ รักชนก จันทร์เพ็ญ (2564) ที่เน้นความสำคัญของการให้คำแนะนำรายบุคคลควบคู่ไปกับการสร้างแรงจูงใจ

พฤติกรรมรวมประกอบด้วย 5 ด้านสำคัญ ได้แก่ การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์ การหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง (บุหรี่/แอลกอฮอล์) และการรับประทานยาและการพบแพทย์ตามนัด เมื่อวิเคราะห์รายด้านพบว่าพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายเป็นส่วนที่มีการพัฒนามากที่สุด การนำกิจกรรม "สาธิตการปรุงอาหาร มาใช้เป็นกลยุทธ์สำคัญที่ช่วยให้ผู้ป่วยมองเห็นความสัมพันธ์ระหว่างสิ่งที่กินกับความดันโลหิตอย่างเป็นรูปธรรม นอกจากนี้ พฤติกรรมการรับประทานยาและพบแพทย์ที่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญสะท้อนถึง

การบรรลุเป้าหมายของทฤษฎีส่งเสริมสุขภาพ ที่ผู้ป่วยตระหนักถึงความรุนแรงของโรคจนเกิดความยึดมั่นในการรักษา เพื่อหลีกเลี่ยงความตายหรือความพิการ (Sukma, 2023) สิ่งที่ต้องพิจารณาเป็นพิเศษคือพฤติกรรมการจัดการอารมณ์ ซึ่งมักถูกละเลยในคลินิกความดันโลหิตสูงทั่วไป การที่โปรแกรมใส่กิจกรรม "การพูดกระตุ้นสร้างแรงจูงใจ" และ "การสร้างอิทธิพลระหว่างบุคคล" ช่วยลดความเครียดสะสมที่เป็นตัวกระตุ้นให้ระบบประสาทซิมพาเทติกทำงานหนักเกินไป จนส่งผลให้ความดันโลหิตพุ่งสูง ทั้งนี้เป็นผลจากกิจกรรมที่หลากหลายในโปรแกรมแต่ละช่วงเวลาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทำให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนักรู้ในการปรับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพิ่มขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม สอดคล้องกับแนวคิดแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2011) ความรู้สึกที่มีต่อพฤติกรรม และการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งผลต่อความมุ่งมั่นที่จะปฏิบัติพฤติกรรม ความจำเป็นและทางเลือกที่เกิดขึ้นทำให้บุคคลมีการพัฒนาหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเอง (Nakklin & Thatsri,2017) และ (อภิญญา อุบลสะอาดม, 2567)

ประสิทธิผลของโปรแกรมทำให้ความดันโลหิตช่วงบนเฉลี่ยลดลงซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Suaetoo (2018)กลุ่มทดลองสามารถลดระดับ SBP ลงได้ถึง 23.35 mmHg (จาก 158.73 เหลือ 135.38) การลดลงในระดับนี้มีนัยสำคัญเนื่องจากหลักฐานจากงานวิจัยของ Drawz (2017) บ่งชี้ว่าการลด SBP ลงเพียง 20 mmHg สามารถลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) ได้ร้อยละ 30-40 และลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดร้อยละ 20-25 (Lu, Spatz & Krumholz,2025)และ ที่น่าสนใจคือระดับความดันโลหิตของกลุ่มทดลองในระยะ 3 เดือน (135.38 มม.ปรอท) เริ่มเข้าใกล้เป้าหมายใหม่ของแนวปฏิบัติสากล (Lu, Spatz & Krumholz,2025)ที่กำหนดให้ผู้ป่วยความเสี่ยงสูงควรควบคุม SBP ให้ต่ำกว่า 130 มม.ปรอท ในขณะที่กลุ่มควบคุมแม้จะมีระดับความดันโลหิตลดลงบ้างตามธรรมชาติของการได้รับการรักษาปกติ แต่ยังคงอยู่ที่ 150.00 mmHg ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์อันตรายที่ 140/90 มม.ปรอท

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ผู้ปฏิบัติงานผู้ดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในระดับปฐมภูมิสามารถนำโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงไปประยุกต์ใช้เชิงนุกและเชิงรับ โดยเน้นกระบวนการส่งเสริมสุขภาพรายบุคคล การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการร่วมตั้งเป้าหมายและวางแผนการทบทวนพฤติกรรม และกำกับติดตามประเมินผลร่วมกัน ซึ่งจะสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและลดภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการควบคุมความดันโลหิตไม่ได้

เอกสารอ้างอิง

กรมควบคุมโรค. (2568). *ภาวะความดันโลหิตสูง (Hypertension).* กระทรวงสาธารณสุข.

กระทรวงสาธารณสุข. (2568). Health Data Center. สืบค้น 30 มิถุนายน 2568. จาก https://spd.moph.go.th/health-data/

กรมควบคุมโรคกระทรวงสาธารณสุข (2559). *แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ.* ใน ธิดารัตน์ อภิญญา (บ.ก.), การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพสำหรับพยาบาลผู้จัดการรายกรณีโรคเรื้อรัง (พิมพ์ครั้งที่1). (น.27). นนทบุรี: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์กรสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์.

ณัฏฐินี เสือโต, แอนน์ จิระพงษ์สุวรรณ, ทัศนีย์ รวิวรกุล, และมธุรส ทิพยมงคลกุล. (2561). ผลของโปรแกรมส่งเสริม พฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตในกลุ่มอายุ 35-59 ปี ที่ควบคุมความดันโลหิตสูงไม่ได้. วารสารพยาบาล สาธารณสุข, 32(2), 95-115.

เบญจวรรณ วงษ์รอด. (2565). ผลของโปรแกรมโดยประยุกต์ใช้แบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ในตำบลผักขวง อำเภอทองแสนขัน จังหวัดอุตรดิตถ์ [วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต]. มหาวิทยาลัยนเรศวร.

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลน้ำขุม. (2568). สรุปผลงานประจำปี 2567 [เอกสารที่ไม่มีการตีพิมพ์]. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลน้ำขุม สำนักงานสาธารณสุขอำเภอศรีนคร จังหวัดสุโขทัย.

รักชนก จันทร์เพ็ญ. (2564). ประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในคลินิกความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลดำเนินสะดวก จังหวัดราชบุรี. *วารสารวิจัยเพื่อส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิต, 1*(2), 20-30.

โรเจอร์ส. (1983). [Protection motivation and self-efficacy] (บุญยง เกี่ยวการค้า, แปล). นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราส. (ต้นฉบับพิมพ์ปี ค.ศ. 1983).

วิชัย เอก พลากร, หทัย ชนก พรรค เจริญ, & ว รา ภร ณ์ เสถียร นพเก้า.(2564). การ สำรวจ สุขภาพ ประชาชน ไทย โดย การ ตรวจ ร่างกาย ครั้ง ที่ 6 พ. ศ. 2562-2563. คณะ แพทยศาสตร์ โรง พยาบาล รามาธิบดี มหาวิทยาลัย มหิดล.

สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. (2568). แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ.2558. สืบค้น 31 กรกฎาคม 2568, จาก http://www.thaihypertension.org/files/GL%20HT%202015.pdf

อภิญญา อุบลสะอาด. (2567). ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ โรงพยาบาลลับแล จังหวัดอุตรดิตถ์. *วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน*, *9*(1), 596-605.

American Heart Association & American College of Cardiology. (2025). *2025 guideline for the prevention, diagnosis, and management of hypertension*.

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

Drawz, P. E., Pajewski, N. M., Bates, J. T., Bello, N. A., Cushman, W. C., Dwyer, J. P., ... & SPRINT Study Research Group. (2017). Effect of intensive versus standard clinic-based hypertension management on ambulatory blood pressure: results from the SPRINT (Systolic Blood Pressure Intervention Trial) ambulatory blood pressure study. Hypertension, 69(1), 42-50.

Hawksworth, O., Solt, J., Jang, D., Norman, P., Hind, D., & Jayasuriya, R. (2025). Using protection motivation theory to support patient adherence in healthcare settings: A scoping review. *PLoS One*, *20*(9), e0330883.

Lu, Y., Spatz, E. S., & Krumholz, H. M. (2025). Navigating the 2024 ESC Hypertension Guidelines: What Is New, Context, and Future Directions. Journal of the American College of Cardiology, 85(5), 556–559. https://doi.org/10.1016/j.jacc.2024.10.114

Nakklin, Y. & Thatsri, P. (2017) .Effects of self-efficacy promotion program on healthy behavior of the elderly with hypertension whose blood pressure level cannot be controlled.Apheit Journal, 6(1), 27-35. (In Thai)

Pender, N. J., Murdaugh, C. L., & Parsons, M. A. (2011). Health promotion in nursing practice (6th ed.). New Jersey: Prentice-Hall.

Sukma, S., Tamtomo, D., & Demartoto, A. (2023). Effect of social support and self efficacy on drug taking adherence in hypertensive patients: A meta-analysis. Journal of Epidemiology and Public Health, 8(1), 138-149.

Sumthong, P., Suthiphongkiart, B., Kleebpratoom, P. & Oadpakdee, W. (2019). The effect of home blood pressure monitoring program applying transtheoretical model and social support power in hypertensive patients, Angthong Hospital. Journal of Prachomklao College of Nursing, Phetchaburi Province. 2(1), 1-14. (In Thai)

Wattanameatee, R., & Hoyrat, P. (2017). The effect of a behavior change program on controlling blood pressure level among hypertensive patients in outpatient department, Chonprathan Hospital. The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health, 4(3), 189-203.

World Health Organization. (2025). *Hypertension*. Retrieved July 18, 2025, from https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hypertension

Received: 9 May 2026 ; **Revised:** 16 May 2026
Accepted: 30 Jun 2026

ประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลต่อเนื่องแบบบูรณาการ ต่อผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองและความพึงพอใจของผู้ดูแลผู้ป่วยประคับประคองระยะท้าย อำเภอเชียงแสน จังหวัดเชียงราย

ชณิดาภา นันต๊ะแก้ว [1]

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลต่อเนื่องแบบบูรณาการ ต่อผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองและความพึงพอใจของผู้ดูแลผู้ป่วยประคับประคองระยะท้าย อำเภอเชียงแสน จังหวัดเชียงราย กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 60 คน เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคลและแบบบันทึกการติดตามเยี่ยมให้การพยาบาลทางโทรศัพท์ ซึ่งมีค่าดัชนีความสอดคล้อง เท่ากับ 1.00 และแบบประเมินผลลัพธ์ในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองสำหรับใช้ถามผู้ดูแลของผู้ป่วย (POS-C) และแบบประเมินความพึงพอใจของครอบครัวต่อการดูแลแบบประคับประคอง (FAMCARE-2) ฉบับภาษาไทย มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .81 และ .94 ตามลำดับ กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการดูแลต่อเนื่องแบบบูรณาการ มีระยะเวลา 8 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามมาตรฐานของหน่วยบริการ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา และทดสอบสมมติฐานด้วย Paired t-test และ Independent t-test ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองดีขึ้น กว่าก่อนทดลอง (P-value < 0.001) และดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value < 0.001) รวมทั้งมีความ พึงพอใจต่อการดูแลแบบประคับประคอง สูงกว่าก่อนทดลอง (P-value < 0.001) และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value <0.001) สรุปได้ว่า โปรแกรมการดูแลต่อเนื่องแบบบูรณาการ มีประสิทธิผลช่วยให้ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองระยะท้ายดีขึ้นและผู้ดูแลมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลเพิ่มมากขึ้น สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองระยะท้ายในหน่วยบริการสุขภาพได้

คำสำคัญ: ประสิทธิผล, โปรแกรมการดูแลต่อเนื่องแบบบูรณาการ, การดูแลแบบประคับประคอง, ผู้ดูแล

[1] **โรงพยาบาลเชียงแสน จังหวัดเชียงราย,** E-mail: chanidapa.nant@gmail.com

Effectiveness of an Integrated Continuity of Care Program on Palliative Care Outcomes and Caregiver Satisfaction for End-of-Life Patient in Chiang Saen District, Chiang Rai Province.

Chanidapa Nantakaew [1]

Abstract

This quasi-experimental, two-group pre- and post-test study aimed to investigate the effectiveness of an integrated continuity of care program on palliative care outcomes and caregiver satisfaction for end-of-life patients in Chiang Saen District, Chiang Rai Province. The sample consisted of 60 purposively selected caregivers. Data collection instruments included a demographic questionnaire and a telephone nursing follow-up record form, with a content validity index of 1.00, and the Palliative care Outcome Scale for Carers (POS-C) and the Family satisfaction assessment questionnaire for palliative care (FAMCARE-2), had reliability coefficients of .81 and .94, respectively. The experimental group received an 8-week integrated continuity of care program, while the control group received standard care from the service unit. Data were analyzed using descriptive statistics and hypothesis testing using paired t-test and independent t-test. The results showed that after the intervention, the experimental group had significantly better palliative care outcomes than before the intervention (P-value < 0.001) and significantly better than the control group (P-value < 0.001). They also showed significantly higher satisfaction with palliative care than before the intervention (P-value < 0.001) and significantly better than the control group (P-value < 0.001). In conclusion, the integrated continuity of care program was effective in improving palliative care outcomes for terminally ill patients and increasing caregiver satisfaction with the care model. This program can be applied to enhance the development of palliative care services for end-of -life patients in healthcare settings.

Keywords: Effectiveness, **Integrated Continuity of Care Program, Palliative Care, Caregiver**

[1] Chiang Saen Hospital, Chiang Rai Province, E-mail: chanidapa.nant@gmail.com

บทนำ

ทั่วโลกมีผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ต้องการการดูแลแบบประคับประคองประมาณ 40 ล้านคน แต่มีเพียงร้อยละ 14 เท่านั้นที่ได้รับการดูแลตามแนวทางดังกล่าว (World Health Organization (WHO), 2019) ในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2565-2567 มีผู้ป่วยประคับประคองระยะท้าย จำนวน 196,286, 307,160 และ 255,591 ราย ตามลำดับ และได้รับการวางแผนดูแลล่วงหน้า ร้อยละ 55.62, 52.59 และ 67.47 ตามลำดับ (กระทรวงสาธารณสุข, 2567) ในจังหวัดเชียงราย ปี พ.ศ. 2565- 2567 มีผู้ป่วยจำนวน 4,700, 7,200 และ 6,458 ราย สำหรับอำเภอเชียงแสนมีแนวโน้มผู้ป่วยประคับประคองเพิ่มมากขึ้นทุกปี จากสถิติข้อมูลผู้ป่วยในปีงบประมาณ 2565-2567 พบว่ามีผู้ป่วยประคับประคองทุกกลุ่มโรค จำนวน 311, 425, 513 ราย ตามลำดับ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย, 2567)

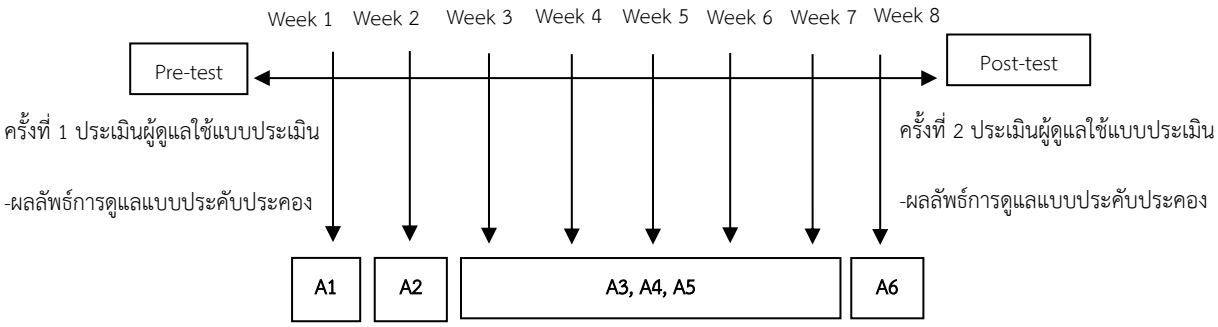
ผู้ดูแลมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยประคับประคองเนื่องจากผู้ป่วยจำเป็นต้องพึ่งพาผู้ดูแลเพิ่มมากขึ้นเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นทั้งหมด (Orem, 2001) ผู้ดูแลต้องใช้ความรู้และความสามารถในการจัดการกับภารกิจต่างๆและการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้านให้มีคุณภาพ ซึ่งหากผู้ดูแลไม่สามารถให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม ทำให้ต้องนำผู้ป่วยกลับมารับบริการที่แผนกฉุกเฉินบ่อยครั้งและอาจได้รับการรักษาที่ไม่ก่อให้เกิดประโยชน์เพิ่มมากขึ้น กระทบต่อผลลัพธ์ในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ความพึงพอใจและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและผู้ดูแล (Oechsle et al., 2019)

จากการทบทวนผลการดำเนินงานของงานการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองร่วมกับงานการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องของโรงพยาบาลเชียงแสน ในปีงบประมาณ 2567 (โรงพยาบาลเชียงแสน, 2567) พบว่าปัจจุบันยังไม่มีหอผู้ป่วยที่ให้การดูแลแบบประคับประคองโดยเฉพาะ การสนับสนุนให้ความรู้และฝึกทักษะแก่ผู้ดูแลเพื่อเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยประคับประคองที่บ้านยังไม่มีแนวทางที่ชัดเจน ระบบการสื่อสารให้คำปรึกษาและการดูแลต่อเนื่องภายใต้การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสุขภาพในชุมชนยังไม่เป็นรูปธรรม ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีความรู้และความสามารถในการดูแลผู้ป่วยอย่างเพียงพอ โดยพัฒนาโปรแกรมการดูแลต่อเนื่องแบบบูรณาการสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยประคับประคองระยะท้ายที่ประยุกต์ใช้แนวคิดระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ของโอเร็ม (Orem,2001) ร่วมกับแนวคิดระบบบริการสุขภาพแบบบูรณาการที่มีประชาชนเป็นศูนย์กลางขององค์การอนามัยโลก (WHO, 2018) ในการพัฒนาความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยประคับประคอง ซึ่งเป็นการดูแลแบบองค์รวมที่มีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง มีความต่อเนื่องเชื่อมโยงการดูแลระหว่างสถานพยาบาลกับครอบครัวและชุมชน บูรณาการความร่วมมือของภาคีเครือข่ายในการร่วมดูแล ส่งผลให้ผู้ดูแลมีความรู้ ทักษะและความมั่นใจในการจัดการอาการรบกวนและให้การดูแลเพื่อตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองของผู้ป่วยได้ นำไปสู่ผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองที่ดีขึ้นและผู้ดูแลมีความพึงพอใจ

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลต่อเนื่องแบบบูรณาการต่อผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองและความพึงพอใจของผู้ดูแลผู้ป่วยประคับประคองระยะท้าย อำเภอเชียงแสน จังหวัดเชียงราย

กรอบแนวคิดวิจัย



การวิจัยครั้งนี้ ประยุกต์ใช้ทฤษฎีระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ของโอเร็ม (Orem,2001) ร่วมกับแนวคิดระบบบริการสุขภาพแบบบูรณาการที่มีประชาชนเป็นศูนย์กลางขององค์การอนามัยโลก (WHO, 2018) ในการพัฒนาความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยประคับประคองระยะท้าย นำไปสู่การมีผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองที่ดีขึ้นและผู้ดูแลมีความพึงพอใจ โดยพัฒนาโปรแกรมการดูแลต่อเนื่องแบบบูรณาการ มีระยะเวลา 8 สัปดาห์ ประกอบด้วย 6 กิจกรรม ดังนี้ กิจกรรมที่ 1 (A1) “เรียนรู้ จดจำ ฝึกทำให้เป็น” กิจกรรมที่ 2 (A2) “เยี่ยมบ้าน เยี่ยมใจ สร้างสายใยการดูแล” กิจกรรมที่ 3 (A3) *“Call for Care”* การเยี่ยมให้การพยาบาลทางโทรศัพท์ กิจกรรมที่ 4 (A4) *“เพื่อนคู่คิด”* การสนับสนุนให้คำปรึกษาแก่ผู้ดูแลผ่านช่องทางต่างๆ กิจกรรมที่ 5 (A5) *“สิ่งแวดล้อมดี”* การสร้างสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมความสามารถผู้ดูแล กิจกรรมที่ 6 (A6) *“แลกเปลี่ยนเรียนรู้ สู่...ชุมชนล้อมรัก”* เวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกับผู้ดูแล สหวิชาชีพ อสม. จิตอาสาและภาคีเครือข่ายสุขภาพในชุมชน

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Two group pretest-posttest design) วิจัยระหว่างเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2568 – เมษายน พ.ศ 2569

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือ ผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยประคับประคองระยะท้ายของโรงพยาบาลเชียงแสน อำเภอเชียงแสน จังหวัดเชียงราย ปีงบประมาณ 2568 จำนวน 212 ราย (โรงพยาบาลเชียงแสน, 2568)

กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยประคับประคองระยะท้ายทุกกลุ่มโรคของโรงพยาบาลเชียงแสน จำนวน 60 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์คัดเข้า ดังนี้ 1) เป็นผู้ดูแลหลักที่ดูแลผู้ป่วยประคับประคอง 2) อายุ 18 ปีขึ้นไป 3) เป็นบุคคลในครอบครัวหรือเครือญาติของผู้ป่วย 4) สื่อสาร ฟัง อ่านเขียนภาษาไทยได้ 5) มีโทรศัพท์และสามารถติดต่อโดยใช้โทรศัพท์ได้ 6) สมัครใจและยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ 1) ไม่สมัครใจตอบแบบสอบถาม 2) ผู้ป่วยในความดูแลเสียชีวิต เกณฑ์การยกเลิกเข้าร่วมการศึกษา ได้แก่ 1) กลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวออกจากการเข้าร่วมการศึกษาเพื่อเหตุผลด้านความปลอดภัยหรือไม่สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้ทำการศึกษาได้ 2) มีความวิตกกังวลหรือความเครียดสูงในการเข้าร่วมวิจัย และ 3) รู้สึกไม่สะดวกใจในการตอบแบบสอบถามและต้องการถอนตัว

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยอ้างอิงการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างจากค่าขนาดอิทธิพล สำหรับงานวิจัยทางการพยาบาลซึ่งจะยอมรับขนาดอิทธิพลในขนาดกลาง เมื่อใช้เกณฑ์วิเคราะห์อำนาจการทดสอบของ เบิร์นส์ และ โกรฟ (Burns & Grove, 2005) สำหรับการทดลอง 2 กลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05, one-tailed test กำหนดขนาดอิทธิพลที่ 0.50 อำนาจทดสอบ (power of test) ที่ 0.80 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง คือ กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 22 ราย แต่เนื่องจากเป็นวิจัยแบบทดลองอาจมีผู้ยุติการเข้าร่วม (dropout) ร้อยละ 20 (Burns & Grove, 2005) ผู้วิจัยจึงปรับขนาดกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มละ 30 ราย กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดรวม 60 ราย โดยกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการดูแลต่อเนื่องแบบบูรณาการ

การสุ่มตัวอย่าง

คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจากทะเบียนผู้ป่วยประคับประคองระยะท้ายโรงพยาบาลเชียงแสน จำนวนกลุ่มละ 30ราย โดยคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ตามเกณฑ์คัดเข้าและมีการจับคู่ (matching) ผู้ดูแลที่มีคุณลักษณะคล้ายคลึงกันในด้านอายุ เพศ ศาสนา ระดับการศึกษา รายได้ การมีโรคประจำตัว และให้การดูแลผู้ป่วยที่มีระดับความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองใกล้เคียงกัน เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มมีความคล้ายคลึงกันมากที่สุดและเพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจมีผลในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 เครื่องมือดำเนินการวิจัย ดังนี้

1. โปรแกรมการดูแลต่อเนื่องแบบบูรณาการสำหรับผู้ป่วยประคับประคองระยะท้าย พัฒนาจากแนวคิดการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ของโอเร็ม (Orem, 2001) ร่วมกับแนวคิดระบบบริการสุขภาพแบบบูรณาการที่มีประชาชนเป็นศูนย์กลางขององค์การอนามัยโลก (WHO, 2018)

2. คู่มือการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองสำหรับผู้ดูแล ผู้วิจัยสร้างขึ้นมีเนื้อหาเกี่ยวกับการดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดของผู้ป่วยประคับประคองระยะท้าย

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. แบบสอบถามคุณลักษณะส่วนบุคคล ประกอบด้วย แบบสอบถามคุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้ดูแล เป็นข้อคำถามแบบปลายปิดและเติมคำลงในช่องว่าง จำนวน 12 ข้อ และแบบสอบถามคุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้ป่วย เป็นข้อคำถามแบบปลายปิดและเติมคำลงในช่องว่าง จำนวน 7 ข้อ

2. แบบบันทึกการติดตามเยี่ยมให้การพยาบาลทางโทรศัพท์ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้น

3. แบบประเมินผลลัพธ์ในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ผู้วิจัยใช้แบบประเมินผลลัพธ์ในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง สำหรับใช้ถามผู้ดูแลของผู้ป่วย (Palliative Outcome Scale for Carers: POS-C) แปลเป็นภาษาไทยโดย ลดารัตน์ สาภินันท์ (Sapinan, 2013)

4. แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ดูแลต่อการดูแลแบบประคับประคอง ผู้วิจัยเลือกใช้แบบประเมินความพึงพอใจของครอบครัวต่อการดูแลแบบประคับประคอง (FAMCARE-2) ของ Aoun et al. (2010) ฉบับภาษาไทยแปลโดย ลดารัตน์ สาภินันท์ และคณะ (2559)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1) เครื่องมือดำเนินการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมการดูแลต่อเนื่องแบบบูรณาการและคู่มือการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองสำหรับผู้ดูแล ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้น ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน และนำไปทดลองใช้ในผู้ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง 3 ราย ปรับปรุงตามข้อเสนอแนะก่อนนำไปใช้จริง 2) เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคลและแบบบันทึกการติดตามเยี่ยมให้การพยาบาลทางโทรศัพท์ ผ่านผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา มีค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ของทั้ง 2 ฉบับ เท่ากับ 1.00 สำหรับแบบประเมินผลลัพธ์ในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองสำหรับใช้ถามผู้ดูแลของผู้ป่วย (Palliative Outcome Scale for Carers: POS-C) แปลเป็นภาษาไทยโดยลดารัตน์ สาภินันท์ (Sapinan, 2013) และแบบประเมินความพึงพอใจของครอบครัวต่อการดูแลแบบประคับประคอง (FAMCARE-2) ฉบับภาษาไทยแปลโดย ลดารัตน์ สาภินันท์ และคณะ (2559) ซึ่งมีค่าความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ 0.93

และ 0.96 ตามลำดับ จึงไม่ต้องนำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาซ้ำอีก แต่ผู้วิจัยได้นำแบบประเมินทั้ง 2 ฉบับไปทดลองใช้กับผู้ดูแลที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .81 และ .94 ตามลำดับ

การทดลองและการเก็บข้อมูล

กลุ่มควบคุม รวบรวมข้อมูล 2 ครั้ง ครั้งที่ 1 ในสัปดาห์ที่ 1 ผู้วิจัยเข้าพบกับผู้ดูแล ประเมิน POS-C และ FAMCARE-2 ครั้งที่ 1 (pre-test) จากนั้นกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติจากโรงพยาบาลเชียงแสน ครั้งที่ 2 ในสัปดาห์ที่ 8 ผู้วิจัยเข้าพบกับผู้ดูแลเพื่อประเมิน POS-C และ FAMCARE-2 ครั้งที่ 2 (post-test) และมอบคู่มือการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง เปิดโอกาสซักถามข้อสงสัย และแจ้งให้ทราบถึงการสิ้นสุดการวิจัย

กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลเชียงแสน จากนั้นคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด แนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพ แจ้งวัตถุประสงค์ ขั้นตอนและระยะเวลาในการรวบรวมข้อมูล การพิทักษ์สิทธิ์ และขอความร่วมมือผู้ดูแลตอบแบบประเมิน POS-C และ FAMCARE-2 (pre-test) จากนั้นดำเนินการตามโปรแกรมการดูแลต่อเนื่องแบบบูรณาการ มีระยะเวลา 8 สัปดาห์ หลังเสร็จสิ้นโปรแกรม ให้ตอบแบบประเมิน POS-C และ FAMCARE-2 (post-test) ใช้เวลา 20-30 นาที แจ้งให้ทราบถึงการสิ้นสุดการวิจัย จากนั้นผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างมาคิดคะแนนและวิเคราะห์ตามวิธีการทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนของข้อมูลก่อนนำไปวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ ดังนี้

1) วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบความแตกต่างคุณลักษณะส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติไคว์สแคว์ (Chi-square) และฟิชเชอร์เอ็กแซค (Fisher's exact)

2) เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองและค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้ดูแลต่อการดูแลแบบประคับประคอง ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองที่วัดก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Independent sample T-test

3) เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองและค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้ดูแลต่อการดูแลแบบประคับประคอง ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมที่วัดก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Paired t-test

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้ดำเนินการขอความเห็นชอบจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย เอกสารรับรองเลขที่ CRPPHO 045/2568 ลงวันที่ 6 พฤษภาคม 2568

ผลการศึกษาวิจัย

ตอนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วย กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n=60)

คุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้ดูแล		กลุ่มทดลอง (n= 30)	กลุ่มควบคุม(n= 30)	P P-value
		จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	
เพศ	หญิง	17 (56.67)	15 (50.00)	> 0.05
อายุ (Mean ± SD)		$\overline{X}$ = 48.10, S.D.= 12.869	$\overline{X}$ =57.27, S.D.=12.600	> 0.05
ศาสนา	พุทธ	30 (100.00)	29 (96.67)	> 0.05
สถานภาพสมรส	สมรส/คู่/อยู่ด้วยกัน	23 (76.67)	20 (66.67)	> 0.05
ระดับการศึกษา	ประถมศึกษา	20 (66.67)	21 (70.00)	> 0.05
อาชีพ	เกษตรกรรม	12 (40.00)	13 (43.33)	> 0.05
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (Mean ± SD)		$\overline{X}$ =8,100.00, S.D.= 1325.56	$\overline{X}$ =8,993.33, S.D.= 1399.19	> 0.05
ฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว	รายได้น้อยกว่ารายจ่าย	17 (56.67)	17 (56.67)	> 0.05
โรคประจำตัว	มี	18 (60.0)	14 (46.67)	> 0.05
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย	บุตร	20 (66.67)	20 (66.67)	> 0.05
ระยะเวลาเฉลี่ยในการดูแลผู้ป่วยต่อวัน (Mean ± SD)		$\overline{X}$ =15.27, S.D.= 6.31	$\overline{X}$ = 14.20, S.D.= 6.17	> 0.05
ผลกระทบต่อชีวิตประจำวัน	มี	28 (86.67)	26 (93.33)	> 0.05
	ด้านเศรษฐกิจ	23 (76.67)	23 (76.67)	> 0.05

หมายเหตุ: ทุกตัวแปรไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P>0.05)

ในการวิจัยครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยประคับประคองระยะท้ายจำนวนทั้งสิ้น 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มควบคุม 30 คน ไม่พบการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างตลอดระยะเวลาการทดลอง ผู้วิจัยได้วิเคราะห์เปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรม ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว โรคประจำตัว ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ระยะเวลาเฉลี่ยในการดูแลผู้ป่วยต่อวัน และผลกระทบต่อชีวิตประจำวัน

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (กลุ่มทดลอง 56.67%, กลุ่มควบคุม 50%) โดยอายุเฉลี่ยในกลุ่มทดลองคือ 48.10 ปี (S.D.= 12.869) กลุ่มควบคุม คือ 57.27 ปี (S.D.= 12.600) เมื่อพิจารณาลักษณะส่วนบุคคลด้านอื่นๆ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ และมีสถานภาพสมรส/คู่/อยู่ด้วยกัน มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา และประกอบอาชีพเกษตรกรรม มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนของผู้ดูแลในกลุ่มทดลอง คือ 8,100 บาท (S.D.=1325.56) ส่วนกลุ่มควบคุม คือ 8,993.33 บาท (S.D.=1399.19) ฐานะทางเศรษฐกิจทั้งสองกลุ่ม จัดอยู่ในกลุ่มที่มีรายได้น้อยกว่ารายจ่าย กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว ในขณะที่กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ด้านความสัมพันธ์กับผู้ป่วยพบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นบุตร โดยในกลุ่มทดลองมีระยะเวลาเฉลี่ยในการดูแลต่อวันคือ15.27 ชั่วโมง (S.D.=6.313) ส่วนกลุ่มควบคุมคือ 14.20 ชั่วโมง (S.D.=6.178) ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีผลกระทบต่อชีวิตประจำวัน โดยเฉพาะด้านเศรษฐกิจ

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคุณลักษณะส่วนบุคคลของของผู้ป่วยประคับประคองระยะท้ายที่ให้การดูแล ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n=60)

คุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้ป่วย		**<u>กลุ่มทดลอง (n= 30)</u>** จำนวน (ร้อยละ)	**<u>กลุ่มควบคุม (n= 30)</u>** จำนวน (ร้อยละ)	P P-value
เพศ	หญิง	18 (60.00)	18 (60.00)	
อายุ (Mean ± SD)		$\overline{X}$ = 72.20 S.D.= 10.060	$\overline{X}$ = 76.90, S.D.= 12.260	> 0.05
สิทธิการรักษา	ประกันสุขภาพถ้วนหน้า	27 (90.00)	30 (100.00)	> 0.05
การวินิจฉัยโรค	กลุ่มไม่ใช่โรคมะเร็ง	15 (50.00)	20 (66.67)	> 0.05
ระดับความสามารถในการช่วยเหลือตัวเอง	ผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนผ่าน (PPS 40-60%)	22 (73.33)	21 (70.00)	> 0.05
อาการรบกวน	มีอาการรบกวน	30 (100.00)	28 (93.33)	> 0.05
อาชีพ	ว่างงาน	19 (63.33)	20 (66.67)	> 0.05
รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน (Mean ± SD)		$\overline{X}$ = 3430.00, S.D.= 3502.723	$\overline{X}$ =2750.00, S.D.=3145.851	> 0.05

หมายเหตุ: ทุกตัวแปรไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P>0.05)

ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้ป่วยประคับประคองระยะท้ายที่ให้การดูแล พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ยในกลุ่มทดลองคือ 72.20 ปี (S.D.= 10.060) ในกลุ่มควบคุมคือ 76.90 ปี (S.D.= 12.260) ผู้ป่วยส่วนใหญ่ใช้สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยผู้ป่วยในกลุ่มทดลองเป็นกลุ่มโรคมะเร็ง (Cancer) สัดส่วนเท่ากันกับกลุ่มที่ไม่ใช่โรคมะเร็ง (Non-cancer) ส่วนกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นกลุ่มที่ไม่ใช่โรคมะเร็ง (Non-cancer) มีระดับความสามารถในการช่วยเหลือตัวเอง ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนผ่าน (PPS 40-60%) และมีอาการรบกวนจากโรค ทั้งนี้ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ว่างงาน โดยกลุ่มทดลองมีรายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือนคือ 3,430 บาท (S.D.=3502.723) ส่วนในกลุ่มควบคุมคือ 2,750 บาท (S.D.=3145.851)

ผู้วิจัยได้ทดสอบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลข้างต้นของกลุ่มตัวอย่างและผู้ป่วยที่ให้การดูแลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติไคว-สแควร์ (Chi-square test) และสถิติฟิชเชอร์เอ็กแซค (Fisher exact probability test) พบว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคลทุกตัวไม่แตกต่างกัน

ตอนที่ 2 ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง

ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลอง ผู้ดูแลผู้ป่วยประคับประคองระยะท้ายที่ได้รับโปรแกรมการดูแลต่อเนื่องแบบบูรณาการ มีผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง **ดีขึ้นกว่าก่อนทดลอง** อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value < 0.001) ดังตารางที่ 3 และมีผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง **ดีกว่ากลุ่มควบคุม** อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value < 0.001) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง **กลุ่มทดลอง**ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม (n=30)

ค่าเฉลี่ยผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		t	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		
กลุ่มทดลอง	23.40	4.311	15.90	3.754	8.293	<0.001

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง หลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและ กลุ่มควบคุม (n=60)

ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง	n	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		t	df	P-value
		$\overline{X}$	S.D.	$\overline{X}$	S.D.			
หลังการทดลอง	60	15.90	3.754	25.43	3.266	10.494	58	< 0.001

ตอนที่ 3 ความพึงพอใจของผู้ดูแลต่อการดูแลแบบประคับประคอง

ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลอง ผู้ดูแลผู้ป่วยประคับประคองระยะท้ายที่ได้รับโปรแกรมการดูแลต่อเนื่องแบบบูรณาการ มีความพึงพอใจต่อการดูแลแบบประคับประคอง **สูงกว่าก่อนทดลอง** อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value<0.001) โดยด้านที่มีความพึงพอใจสูงสุดคือด้านการดูแลผู้ป่วยและการให้ข้อมูล ดังตารางที่ 5 และกลุ่มทดลองมีความพึงพอใจ **สูงกว่ากลุ่มควบคุม** อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value<0.001) ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้ดูแลผู้ป่วยประคับประคองระยะท้าย **กลุ่มทดลอง** ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องแบบบูรณาการ (n=30)

ด้านความพึงพอใจของผู้ดูแล	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม		หลังเข้าร่วมโปรแกรม		t	p-value
	$\overline{X}$	S.D.	$\overline{X}$	S.D.		
ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้ดูแล (ทั้งฉบับ)	**3.83**	**.293**	**4.50**	**.206**	**-11.120**	**< 0.001**
1.ด้านการจัดการอาการรบกวนและความสุขสบาย	3.93	.224	4.40	.243	-9.268	0.000
2.ด้านการดูแลผู้ป่วยและการให้ข้อมูล	3.76	.365	4.70	.245	-11.962	0.000
3.ด้านอาการรบกวนและอาการข้างเคียงต่างๆ	3.83	.379	4.41	.349	-6.727	0.001
4.ด้านการช่วยเหลือสนับสนุนผู้ป่วยและครอบครัว	3.73	.458	4.46	.310	-7.605	0.000

ตารางที่ 6 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้ดูแลผู้ป่วยประคับประคองระยะท้าย หลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการดูแลต่อเนื่องแบบบูรณาการและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ (n=60)

ความพึงพอใจของผู้ดูแล	n	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		t	df	P-value
		$\overline{X}$	S.D.	$\overline{X}$	S.D.			
หลังทดลอง	60	4.50	.206	3.80	.323	-9.973	58	< .001

อภิปรายผล

1. ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง

ผู้ป่วยระยะท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง จัดเป็นผู้ที่มีความพร่องในการดูแลตนเองและต้องพึ่งพาผู้ดูแลเพื่อตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นทั้งหมด เพื่อรักษาไว้ซึ่งสุขภาพและคุณภาพชีวิต ดังนั้นผู้ป่วยจะได้รับการตอบสนองที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพขึ้นอยู่กับความสามารถของผู้ดูแล (Orem, 2001) ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง โดยคำนึงถึงความแตกต่างด้านความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐานของผู้ดูแลแต่ละบุคคล ผ่านกิจกรรมการสนับสนุนและให้ความรู้ในโปรแกรมอย่างต่อเนื่อง ซึ่งประกอบด้วย “กิจกรรม เรียนรู้ จดจำ ฝึกทำให้เป็น” ที่ช่วยให้มีความรู้และทักษะที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วย กิจกรรม “เยี่ยมบ้าน เยี่ยมใจ สร้างสายใยการดูแล” เป็นการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ลดรอยต่อของการดูแล ส่งเสริมการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในสถานการณ์จริง และกิจกรรม “Call for care” การติดตามทางโทรศัพท์เพื่อประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ดูแล ชี้แนะ สนับสนุน และให้กำลังใจในการจัดการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง ร่วมกับกิจกรรม “เพื่อนคู่คิด” ที่ช่วยให้ผู้ดูแลมีช่องทางในการติดต่อขอรับคำปรึกษา ทำให้สามารถจัดการปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสมและทันเวลา ซึ่งการติดตามสนับสนุนผ่านเทคโนโลยีสื่อสารเป็นแนวทางหนึ่งที่ช่วยให้เกิดความต่อเนื่องในการดูแล ลดภาระค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ผู้ดูแลได้รับคำแนะนำอย่างทันท่วงทีเมื่อประสบปัญหาในการดูแลผู้ป่วย ทำให้มีความรู้ ความมั่นใจ สามารถจัดการอาการรบกวนได้อย่างเหมาะสม (วรรณา ฉายอรุณ และคณะ, 2567; Piamjariyakul, et al., 2024) และช่วยลดการเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลโดยไม่จำเป็น (Johansson et al., 2024) ซึ่งจากข้อมูลการมารับบริการที่ห้องฉุกเฉินใน 1 เดือนที่ผ่านมา พบว่า ในกลุ่มทดลอง ก่อนได้รับโปรแกรมฯ มีผู้ป่วยมารับบริการที่ห้องฉุกเฉิน ร้อยละ 43.33 จำนวนบริการ 18 ครั้ง หลังได้รับโปรแกรมฯ ลดลงเป็นร้อยละ 20 จำนวนบริการ 7 ครั้ง ในขณะที่กลุ่มควบคุม มีจำนวนผู้ป่วยและจำนวนครั้งของการมารับบริการที่ห้องฉุกเฉินเพิ่มมากขึ้นและสูงกว่ากลุ่มทดลอง (ก่อนทดลอง ร้อยละ 33 , บริการ 15 ครั้ง; หลังทดลอง ร้อยละ 40 ,บริการ 16 ครั้ง) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากหลังได้รับโปรแกรม ผู้ดูแลในกลุ่มทดลอง สามารถให้การดูแลผู้ป่วยเพื่อจัดการอาการ

รบกวนและแก้ไขปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นขณะอยู่ที่บ้านได้ ส่งผลให้ลดการเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล ลดค่าใช้จ่ายด้านการเดินทางและด้านสาธารณสุขที่เกินความจำเป็น ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยยังได้สร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการดูแลผู้ป่วยประคับประคองระยะท้าย ผ่านกิจกรรม “สิ่งแวดล้อมดี” ร่วมกับกิจกรรม “แลกเปลี่ยนเรียนรู้ สู่ชุมชนล้อมรัก” ที่ประยุกต์ใช้แนวคิดระบบบริการสุขภาพแบบบูรณาการที่มีประชาชนเป็นศูนย์กลางขององค์การอนามัยโลก (World health organization, 2018) ส่งเสริมให้เกิดบรรยากาศของความเอื้ออาทรในการดูแลช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ผ่านกลไกจิตอาสาและเครือข่าย อสม. ส่งผลให้ผู้ดูแลไม่รู้สึกโดดเดี่ยว และเป็นการขับเคลื่อนกระบวนการเชิงสังคมที่ช่วยให้ภาคีเครือข่ายได้รับรู้บทบาทการมีส่วนร่วม ตระหนักและให้ความสำคัญกับการดูแลผู้ป่วยประคับประคองระยะท้ายในชุมชน จากแนวคิดของโอเร็ม (Orem, 2001) เมื่อผสมผสานการดูแลทั้งการสอน ชี้แนะ สนับสนุน และสร้างสิ่งแวดล้อมส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยอย่างเพียงพอ ช่วยให้รับรู้และคาดการณ์สถานการณ์ที่จะเกิดขึ้นได้ ตัดสินใจเลือกปฏิบัติหรือปรับเปลี่ยนวิธีการดูแลผู้ป่วยให้เหมาะสม มีกำลังใจและมั่นใจในการริเริ่มให้การดูแลเพื่อจัดการกับอาการรบกวนและตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดของผู้ป่วยได้ โดยสอดแทรกรูปแบบการดูแลเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งในแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว ภายใต้การมีส่วนร่วมสนับสนุนจากทีมสหวิชาชีพ จิตอาสา อสม. และภาคีเครือข่ายในชุมชน ส่งผลให้ภายหลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองดีขึ้นและดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการวิจัยครั้งนี้ สอดคล้องกับการศึกษาของ สุคนธ์ทิพย์ บุญยัง และกาญจนา วิสัย (2563) ที่พบว่าหลังได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติการดูแลประคับประคองที่บ้าน ทำให้ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยประคับประคองระยะท้ายดีขึ้น ลดความเครียดและความเสี่ยงต่อโรคซึมเศร้าของผู้ดูแลหลักได้ และการศึกษาของศิริพร เสมสาร และคณะ (2561) ที่พบว่าภายหลังที่ญาติผู้ดูแลได้รับโปรแกรมส่งเสริมความสามารถ ทำให้มั่นใจในการใช้ความรู้และมีทักษะการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังระยะสุดท้าย มีความพึงพอใจต่อการเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมเพิ่มขึ้น และมีระดับความเครียดลดลง รวมทั้งการศึกษาของ จินตพักตร์ จันทะโคตร และคณะ (2564) ที่พบว่าญาติผู้ดูแลในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้มีความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดแบบผู้ป่วยนอก ในด้านการดูแลที่จำเป็นโดยทั่วไปและด้านการดูแลที่จำเป็นเมื่อมีภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพเพิ่มขึ้นสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2. ความพึงพอใจของผู้ดูแลต่อการดูแลแบบประคับประคอง

ผลของโปรแกรมการดูแลต่อเนื่องแบบบูรณาการที่ช่วยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยประคับประคองระยะท้ายกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจดีขึ้นและดีกว่ากลุ่มควบคุม อภิปรายได้ดังนี้ การที่กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการดูแลต่อเนื่องแบบบูรณาการ ที่มุ่งเน้นการส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแล ผ่านกระบวนการสนับสนุนทั้งด้านข้อมูล การให้

กำลังใจ ให้คำปรึกษา และให้ยืมอุปกรณ์การแพทย์ช่วยลดค่าใช้จ่ายของครอบครัว รวมทั้งติดตามดูแลต่อเนื่องทั้งขณะอยู่ในโรงพยาบาลและเมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่ที่บ้าน เป็นการดูแลแบบองค์รวมที่ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง มีระบบสนับสนุนที่เข้าถึงง่ายโดยใช้เทคโนโลยีการสื่อสารผ่านโทรศัพท์และแอปพลิเคชั่นไลน์ ในกิจกรรม “Call for care” และ “เพื่อนคู่คิด” เมื่อผู้ดูแลต้องตัดสินใจในสถานการณ์ที่ยากลำบากหรือเผชิญกับปัญหาที่ซับซ้อน เช่น อาการปวดหรือหายใจเหนื่อย การที่ผู้ดูแลได้รับการตอบสนองที่ตรงกับปัญหาและความต้องการในเวลาที่เหมาะสม ช่วยลดความวิตกกังวล เพิ่มประสิทธิภาพในการจัดการอาการ และหลีกเลี่ยงการรักษาที่ไม่ก่อให้เกิดประโยชน์ ส่งผลให้ผู้ดูแลมีความพึงพอใจเพิ่มมากขึ้น พร้อมกันนี้ การที่ผู้วิจัยและผู้ดูแลมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน รับรู้ถึงความเป็นมิตรและการได้รับความช่วยเหลือดูแลจากสหสาขาวิชาชีพ จิตอาสาและภาคีเครือข่ายในชุมชน ตามแนวคิดของโอเร็ม (Orem, 2001) จัดเป็นการสร้างสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแล ช่วยให้เข้มแข็งและสามารถเผชิญปัญหาที่เกิดขึ้นในการดูแลผู้ป่วยได้ ส่งผลให้หลังได้รับโปรแกรมฯ ผู้ดูแลมีความพึงพอใจต่อการดูแลแบบประคับประคองเพิ่มมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยเฉพาะด้านการดูแลผู้ป่วยและการให้ข้อมูล รวมทั้งด้านการจัดการอาการรบกวนและความสุขสบายของผู้ป่วย ส่วนความพึงพอใจรายข้อที่มีคะแนนเพิ่มขึ้นมากสุด คือ การดูแลด้านอารมณ์ความรู้สึกที่ให้ต่อผู้ป่วยโดยทีมฯ รองลงมาเป็นการให้ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการจัดการกับอาการของผู้ป่วยและทีมเคารพศักดิ์ศรีของผู้ป่วย ซึ่งสะท้อนให้เห็นผลของโปรแกรม ที่ยึดหลักผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ให้การดูแลแบบองค์รวม สนับสนุนให้ข้อมูลและคำปรึกษาอย่างต่อเนื่อง ครอบคลุมความต้องการทั้งทางด้านร่างกาย จิตสังคม และจิตวิญญาณของผู้ป่วย

ผลการวิจัยครั้งนี้ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ศิริพร เสมสาร และคณะ (2561) ที่พบว่าภายหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมความสามารถของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังระยะสุดท้าย กลุ่มตัวอย่างมีความมั่นใจและมีทักษะการดูแล รวมทั้งมีความเครียดลดลงและความพึงพอใจเพิ่มขึ้น และการศึกษาของ ชุลินดา ทิพย์เกษร และ อังคนา จงเจริญ (2565) ที่พบว่าหลังได้รับโปรแกรมการพยาบาลจัดการรายกรณีสำหรับผู้ป่วยระยะท้าย ส่งผลให้ผู้ดูแลรับรู้คุณภาพการดูแลและมีความพึงพอใจในการดูแลเพิ่มมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ รวมทั้งการศึกษาของ วีรยา อินทร์คง (2559) ที่พบว่าภายหลังได้รับรูปแบบการดูแลผู้ป่วยประคับประคองระยะสุดท้ายแบบบูรณาการ ญาติผู้ดูแลมีความพึงพอใจในบริการสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สรุปผลวิจัย

โปรแกรมการดูแลต่อเนื่องแบบบูรณาการ มีประสิทธิผลทำให้ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยประคับประคองระยะท้ายดีขึ้น และผู้ดูแลผู้ป่วยฯ มีความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลเพิ่มมากขึ้น เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ และเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม

ข้อเสนอแนะ

1. ควรศึกษาผลระยะยาวของโปรแกรมการดูแลต่อเนื่องแบบบูรณาการในผู้ป่วยประคับประคองระยะท้าย เพื่อติดตามการคงอยู่ของโปรแกรมต่อผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและความพึงพอใจของผู้ดูแล

2. การขยายขอบเขตการศึกษาไปยังพื้นที่อื่นรวมทั้งพิจารณาการวิจัยเชิงผสมผสาน (Mixed-methods) เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยเชิงระบบที่ส่งเสริมหรือเป็นอุปสรรคต่อการบูรณาการการดูแลอย่างยั่งยืน

เอกสารอ้างอิง

กระทรวงสาธารณสุข. (2567). ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์ *Service plan: Palliative care*. https://hdc.moph.go.th/center/public/standard-reportdetail/a67ee74a4c0ff3c775b591be4ec80086

จินตพักตร์ จันทะโคตร, ทัศนีย์ รวิวรกุล, พัชราภรณ์ เกิดมงคล, และ พิชัย จันทร์ศรีวงศ์. (2564). ผลของโปรแกรมการพยาบาลสนับสนุนและให้ความรู้สำหรับญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับเคมีบำบัดแบบผู้ป่วยนอก. *วารสารการพยาบาลและการศึกษา, 14*(2); 11-24.

ชุลินดา ทิพย์เกษร และ อังคนา จงเจริญ. (2565). ผลของโปรแกรมการพยาบาลจัดการรายกรณีสำหรับผู้ป่วยระยะท้ายต่อการรับรู้คุณภาพการดูแลแบบประคับประคองและความพึงพอใจของผู้ดูแลหลัก หอผู้ป่วยอายุรกรรม. *วารสารการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ไทย, 9*(1), 21-34.

โรงพยาบาลเชียงแสน. (2567). รายงานผลการดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง โรงพยาบาลเชียงแสน ปีงบประมาณ 2567. เอกสารเผยแพร่ปี 2567.

โรงพยาบาลเชียงแสน. (2568). ทะเบียนรายชื่อผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยประคับประคองระยะท้ายทุกกลุ่มโรค โรงพยาบาลเชียงแสน. เอกสารเผยแพร่ปี 2568.

ลดารัตน์ สาภินันท์ และคณะ. (2559). *ความเชื่อมั่นและความเที่ยงตรงของแบบประเมินความพึงพอใจของครอบครัวต่อการดูแลแบบประคับประคอง (FAMCARE-2) ฉบับภาษาไทย" (Reliability and validity of Thai translation of the FAMCARE-2 scale).* คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

วรรณา ฉายอรุณ, ทรงเดช ประเสริฐศรี, และ มนพร ชาติชำนิ. (2567). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบไร้รอยต่อในชุมชน. *วารสารพยาบาลทหารบก, 43*(4), 1085-1094.

ศิริพร เสมสาร, สุชิรา ชัยวิบูลย์ธรรม, และ พิชัย จันทร์ศรีวงศ์. (2561). ผลของโปรแกรมส่งเสริมความสามารถของญาติผู้ดูแลต่อผลลัพธ์ด้านญาติผู้ดูแลและด้านผู้ป่วยในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังระยะท้าย . *วารสารการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ไทย,* 5(1):112-125.

สุคนธ์ทิพย์ บุญยัง และกาญจนา วิสัย (2563). ผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองผู้ป่วยระยะท้ายความเครียดและภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลหลักหลังใช้แนวปฏิบัติการดูแลประคับประคองที่บ้านในเครือข่ายสุขภาพปฐมภูมิอำเภอพร้าว จังหวัดเชียงใหม่. *วารสารสาธารณสุขล้านนา, 16*(2), 104-117.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย (2567). กลุ่มรายงานมาตรฐาน ข้อมูลเพื่อตอบสนอง *Service Plan สาขา Intermediate & Palliative Care*. https://cri.hdc.moph.go.th/hdc/reports/page.php?cat_id=b08560518ca0ebcaf2016dab69fb38b5

Burns, N. & Grove, S. K. (2005). *The Practice of nursing research: Conduct, critique, and utilization* (5th ed.). The United States of America: Elsevier Saunders.

Johansson, T, Chambers, R.L., Curtis, T., Pask, S., Greenley, S., Brittain, M., et al. (2024). The effectiveness of out-of-hours palliative care telephone advice lines: A rapid systematic review. *Palliat Med, 38*(6), 625-643.

Oechsle, K., Ullrich, A., Marx, G., Benze, G., Heine, J., Dickel, M. L., et al. (2019). Psychological burden in family caregivers of patients with advanced cancer at initiation of specialist inpatient palliative care .*BMC Palliative Care*, *18*(102): 1-14.

Orem, D. E. (2001). *Nursing Concepts of Practice*. 6th ed. St. Louis: Mosby.

Piamjariyakul, U., Smothers, A., Wang, K., Shafique, S., Wen, S., Petitte, T., Young, S., et al. (2024). Palliative care for patients with heart failure and family caregivers in rural Appalachia: a randomized controlled. trial Family palliative care telephone intervention for patients with advanced illness. *BMC Palliative Car, 23,* 199-212.

Sapinan, L. (2013). *Manual for Palliative care outcome scale: POS.* Chiang Mai: Klang Veing Publisher. (in Thai).

World Health Organization. (2018). Palliative care [Internet]. Retrieved 20 July 2025. From https://www.who.int/news-room/ fact-sheets/detail/palliative-care.

World Health Organization. (2019). *Definition of Palliative care*. Retrieved 20 July 2025. From https://www.hfocus.org/content/2019/05/17152.

Received: 5 Jun 2026 ; **Revised:** 15 Jun 2026
Accepted: 30 Jun 2026

ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ หน่วยบริการปฐมภูมิโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองกระทุ่ม ตำบลไกรใน อำเภอกงไกรลาศ จังหวัดสุโขทัย

พรรณราย นาคนาค[1], ศิรินันท์ นวลจันทร์[2], ภาณุมาศ มุกทั่ง[3]

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ หน่วยบริการปฐมภูมิโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองกระทุ่ม จังหวัดสุโขทัย กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มี HbA1c ตั้งแต่ร้อยละ 7 ขึ้นไป จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองตามแนวคิดของ Kanfer (1970) จำนวน 4 ครั้ง ตลอด 12 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา Paired t-test และ Independent t-test

ผลการศึกษาพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมการรับประทานอาหารเพิ่มขึ้นจาก 39.28 ± 6.94 เป็น 60.47 ± 6.12 คะแนน พฤติกรรมการออกกำลังกายเพิ่มขึ้นจาก 31.42 ± 5.64 เป็น 46.83 ± 5.03 คะแนน พฤติกรรมการรับประทานยาเพิ่มขึ้นจาก 29.53 ± 4.87 เป็น 41.20 ± 4.34 คะแนน และพฤติกรรมการจัดการความเครียดเพิ่มขึ้นจาก 26.37 ± 4.15 เป็น 37.90 ± 3.98 คะแนน รวมทั้งมีระดับ HbA1c ลดลงจาก 9.21 ± 1.42% เป็น 7.86 ± 1.15% ทุกตัวแปรสูงกว่าหรือต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการจัดการตนเองมีประสิทธิผลในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและลดระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ในหน่วยบริการปฐมภูมิ

คำสำคัญ: โปรแกรมการจัดการตนเอง, พฤติกรรมสุขภาพ, ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด, เบาหวานที่ควบคุมไม่ได้, หน่วยบริการปฐมภูมิ

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองกระทุ่ม จังหวัดสุโขทัย, E-mail : pannarai5387@gmail.com
[2] เจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญงาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองกระทุ่ม จังหวัดสุโขทัย
[3] นักวิชาการสาธารณสุข โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองกระทุ่ม จังหวัดสุโขทัย

The Effects of a Self-Management Program on Health Behaviors and Blood Sugar Levels in Uncontrolled Diabetic Patients at the Primary Care Unit of Ban Nong Krathum Health Promoting Hospital, Krainai Subdistrict, Kong Krailat District, Sukhothai Province

Pannarai Nakanak [1], Sirinan Nuanchan [2], Phanumat Mukthang [3]

Abstract

This quasi-experimental research examined the effects of a self-management program on health behaviors and HbA1c levels among uncontrolled type 2 diabetic patients at the Primary Care Unit of Ban Nong Krathum Tambon Health Promoting Hospital, Sukhothai Province. The sample consisted of 60 patients with HbA1c ≥7%, equally divided into experimental and control groups of 30 each. The experimental group received a self-management program based on Kanfer's (1970) theory over four sessions across 12 weeks, while the control group received standard care. Data were analyzed using descriptive statistics, Paired t-test, and Independent t-test.

The results revealed that after the intervention, the experimental group showed statistically significant improvements in eating behavior scores (from 39.28 ± 6.94 to 60.47 ± 6.12), exercise behavior scores (from 31.42 ± 5.64 to 46.83 ± 5.03), medication-taking behavior scores (from 29.53 ± 4.87 to 41.20 ± 4.34), and stress management behavior scores (from 26.37 ± 4.15 to 37.90 ± 3.98), as well as a significant reduction in HbA1c levels (from 9.21 ± 1.42% to 7.86 ± 1.15%), all of which were significantly better than the control group ($p<0.001$). These findings demonstrated that the self-management program was effective in improving health behaviors and reducing HbA1c levels among uncontrolled diabetic patients in a primary care setting.

Keywords: self-management program, health behaviors, glycated hemoglobin, uncontrolled diabetes, primary care unit

[1] Registered Nurse, Senior Professional Level, Ban Nong Krathum Health Promoting Hospital, E-mail : pannarai5387@gmail.com

[2] Public Health Officer (Experienced Level)

[3] Public Health Technical Officer

บทนำ

โรคเบาหวาน (Diabetes Mellitus) เป็นโรคเรื้อรังที่เกิดจากความผิดปกติของการหลั่งอินซูลินหรือการตอบสนองต่ออินซูลินในร่างกาย ซึ่งส่งผลให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติ หากไม่ได้รับการควบคุมที่เหมาะสมอาจนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง เช่น โรคหัวใจ ไตวาย ตาบอด และเส้นประสาทเสื่อม (Association, 2023) ข้อมูลจากองค์การอนามัยโลก (WHO) ระบุว่าในปี พ.ศ. 2565 มีผู้ป่วยโรคเบาหวานทั่วโลกมากกว่า 537 ล้านคน และคาดว่าจำนวนนี้จะเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจนถึง 643 ล้านคนในปี พ.ศ. 2573 (World Health Organization, 2022)สถานการณ์นี้สะท้อนถึงภาระด้านสุขภาพที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วและส่งผลกระทบอย่างมีนัยสำคัญต่อระบบสาธารณสุขทั่วโลก โดยเฉพาะในประเทศที่กำลังพัฒนา ในประเทศไทย กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุขรายงานว่าอัตราการเสียชีวิตจากโรคเบาหวานอยู่ในลำดับต้นๆ ของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) โดยในปี พ.ศ. 2564 พบผู้ป่วยเบาหวานจำนวนมากกว่า 3.2 ล้านคน ซึ่งส่วนใหญ่เป็นกลุ่มวัยทำงาน (กรมควบคุมโรค, 2565) สิ่งนี้ไม่เพียงแต่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของประชาชน แต่ยังก่อให้เกิดภาระทางเศรษฐกิจจากค่ารักษาพยาบาลและการสูญเสียแรงงานอีกด้วย นอกจากนี้ ยังมีแนวโน้มที่เด็กและเยาวชนจะเริ่มเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มากขึ้น เนื่องจากพฤติกรรมบริโภคอาหารที่เปลี่ยนไปและกิจกรรมทางกายลดลง (Elizabeth J. Mayer-Davis, 2022) ดังนั้น การตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาเบาหวาน การป้องกันและการควบคุมโรคจึงเป็นสิ่งที่จำเป็นเร่งด่วนในระดับทั้งบุคคลและสังคม

โรคเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญระดับโลก โดยในประเทศไทยพบความชุกของโรคเบาหวานในผู้ใหญ่อายุ 35 ปีขึ้นไปประมาณร้อยละ 9.5 และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง (Aekplakorn et al., 2022) โรคเบาหวานไม่เพียงส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเท่านั้น แต่ยังก่อให้เกิดภาระทางเศรษฐกิจสูงต่อระบบสุขภาพ โดยเฉพาะในบริบทที่ประเทศไทยกำลังเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรสู่สังคมผู้สูงอายุ พฤติกรรมการบริโภคที่เปลี่ยนแปลง และวิถีชีวิตที่มีการเคลื่อนไหวลดลง (Deerochanawong & Ferrario, 2013; Yoon et al., 2016)

ในพื้นที่ตำบลไกรใน อำเภอกงไกรลาศ จังหวัดสุโขทัย ซึ่งเป็นพื้นที่เกษตรกรรมที่มีการปลูกข้าว และพืชไร่เป็นหลัก ประชาชนส่วนใหญ่มีรูปแบบการดำเนินชีวิตที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคอาหารที่มีแป้งและน้ำตาลสูงตามวัฒนธรรมท้องถิ่น ปัจจัยเหล่านี้ส่งผลโดยตรงต่อพฤติกรรมการบริโภคของประชาชน ทำให้มีความเสี่ยงต่อการเกิดและการควบคุมโรคเบาหวานสูงกว่าพื้นที่เขตเมือง ประกอบกับโครงสร้างประชากรในตำบลไกรในที่มีสัดส่วนผู้สูงอายุอายุ 60 ปีขึ้นไปอยู่ในระดับสูง ซึ่งถือเป็นกลุ่มเสี่ยงหลักของโรคเบาหวานชนิดที่ 2 (ระบบข้อมูล Health Data Center [HDC], 2568) นอกจากนี้ ประชาชนในพื้นที่ส่วนใหญ่มีรายได้ต่ำ โดยเฉลี่ยจากการประกอบอาชีพเกษตรกรรม มีการศึกษาระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่า และมีข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการสุขภาพและข้อมูลด้านโภชนาการที่ถูกต้อง ซึ่งล้วนเป็นปัจจัยที่เพิ่มความเสี่ยงต่อการควบคุมโรคเบาหวานได้ไม่ดีในระยะยาว

จากข้อมูลฐาน Health Data Center ณ วันที่ 30 เมษายน 2568 พบผู้ป่วยเบาหวานในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองกระทุ่ม ตำบลไกรใน อำเภอกงไกรลาศ จำนวน 266 ราย โดยส่วนใหญ่อยู่ในระบบคลินิก NCD และมีผู้ป่วยที่ยังไม่ได้รับการดูแลในระบบอีกจำนวนหนึ่ง (ระบบข้อมูล HDC โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองกระทุ่ม, 2568) จากการวิเคราะห์สถานการณ์ปัจจุบันพบว่า ผลลัพธ์ทางคลินิกด้านการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตรับผิดชอบยังไม่บรรลุเป้าหมายที่พึงประสงค์ โดยข้อมูลการติดตามในช่วงปี 2566–2568 พบว่า มีผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี (HbA1c < 7%) เพียงร้อยละ 37.45,36.50,และ32.71 เท่านั้น หมายความว่ายังมีผู้ป่วยมากกว่าร้อยละ 67.29 ที่ควบคุมโรคไม่ได้ตามเป้าหมาย (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองกระทุ่ม, 2568) การควบคุมโรคที่ยังไม่เพียงพอนี้นำมาซึ่งปัญหาสืบเนื่องหลายประการ ได้แก่ ค่าใช้จ่ายด้านยาที่เพิ่มสูงขึ้นเนื่องจากผู้ป่วยต้องพึ่งพายาในปริมาณมากขึ้น ความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนรุนแรง เช่น โรคไต โรคหัวใจ และโรคตา ซึ่งส่งผลกระทบอย่างมีนัยสำคัญต่อคุณภาพชีวิตและภาระของครอบครัวในชุมชนเกษตรกรรมที่มีรายได้จำกัด

มีงานวิจัยจำนวนมากที่ได้มีการนำแนวคิดการจัดการตนเองและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการการควบคุมโรคเบาหวาน เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีขึ้นการสนับสนุนที่เหมาะสมและการให้ความรู้ที่เพียงพอสามารถส่งผลให้การจัดการโรคเบาหวานมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นแนวคิดการจัดการตนเอง (Self-management) ซึ่งทฤษฎีการบริหารตนเองของคานเฟอร์ (Kanfer's Self-Management Theory) เป็นทฤษฎีที่มุ่งเน้นการช่วยให้บุคคลสามารถควบคุมพฤติกรรมของตนเองเพื่อให้บรรลุเป้าหมายส่วนตัว โดยใช้กระบวนการที่เกี่ยวข้องกับการสังเกตและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผ่านการตั้งเป้าหมายและการประเมินผลตลอดจนการเสริมแรงและการควบคุมสิ่งแวดล้อม ทฤษฎีนี้มีรากฐานจากพฤติกรรมศาสตร์และจิตวิทยาความคิด ซึ่งมีการผสมผสานระหว่างวิธีการต่างๆ เพื่อให้ผู้ปฏิบัติตนสามารถจัดการและปรับปรุงพฤติกรรมในด้านต่างๆ ของชีวิต กระบวนการหลักของทฤษฎีนี้ประกอบด้วยหลายขั้นตอนเริ่มต้นด้วยการ ติดตามตนเอง ซึ่งเป็นการทำความเข้าใจและบันทึกพฤติกรรมหรือกิจกรรมต่างๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน การติดตามพฤติกรรมจะช่วยให้บุคคลรับรู้ถึงสิ่งที่เกิดขึ้น และสามารถระบุได้ว่า พฤติกรรมใดควรได้รับการปรับปรุงหรือเปลี่ยนแปลง สำหรับขั้นตอนต่อมา การประเมินตนเอง จะเกิดขึ้นเมื่อบุคคลได้ทำการตรวจสอบว่าพฤติกรรมที่เกิดขึ้นตรงกับเป้าหมายที่ตั้งไว้หรือไม่ การประเมินนี้ช่วยให้บุคคลรู้ว่าเขาอยู่ในทิศทางที่ถูกต้องหรือไม่และสามารถปรับแนวทางการกระทำได้ (Kanfer F. H. & Karoly P., 1972) หนึ่งในขั้นตอนสำคัญคือ การเสริมแรงตนเองและการลงโทษตนเอง ซึ่งหมายถึงการที่บุคคลให้รางวัลตัวเองเมื่อทำตามเป้าหมายสำเร็จ หรือใช้ผลเสียหากไม่สามารถทำตามเป้าหมายได้ การเสริมแรงทำให้บุคคลมีกำลังใจที่จะทำพฤติกรรมที่ต้องการในอนาคต เช่น การให้รางวัลด้วยการพักผ่อนเมื่อทำงานสำเร็จ หรือการลงโทษตัวเองโดยการจำกัดสิ่งที่ชอบหากไม่ทำตามเป้าหมาย (Baumeister R. F. & Vohs

K. D., 2004) การตั้งเป้าหมาย ที่ชัดเจนและสามารถวัดผลได้ถือเป็นอีกหนึ่งองค์ประกอบสำคัญในทฤษฎีนี้ โดยการตั้งเป้าหมายที่เหมาะสมและเป็นไปได้จะช่วยให้บุคคลมีแรงจูงใจและมุ่งมั่นที่จะทำสิ่งต่างๆ อย่างมีประสิทธิภาพ ตัวอย่างเช่น การตั้งเป้าหมายในการออกกำลังกายให้ได้ 3 ครั้งต่อสัปดาห์ หรือการทำงานให้เสร็จตามกำหนดเวลา (Kanfer F. H. & Karoly P., 1972) การควบคุมความคิดและอารมณ์ เป็นอีกหนึ่งกลยุทธ์ในการบริหารตนเอง โดยการปรับเปลี่ยนความคิดและอารมณ์ให้สามารถรับมือกับอุปสรรคและความท้าทายในชีวิตได้ การฝึกคิดในเชิงบวกและใช้ความคิดที่สร้างสรรค์จะช่วยให้บุคคลมีความยืดหยุ่นและสามารถรักษาความมุ่งมั่นในการบรรลุเป้าหมายได้ สุดท้ายคือ การควบคุมสิ่งแวดล้อม ซึ่งหมายถึงการจัดการและปรับปรุงสภาพแวดล้อมให้เอื้ออำนวยต่อการทำพฤติกรรมที่ต้องการ เช่น การเลือกสถานที่ทำงานที่เงียบสงบเพื่อช่วยเพิ่มสมาธิ หรือการจัดระเบียบสิ่งแวดล้อมให้ง่ายต่อการเข้าถึงทรัพยากรที่จำเป็น (Kanfer F. H., 1970) ทฤษฎีการบริหารตนเองของคานเฟอร์สามารถนำไปใช้ในหลายบริบท เช่น การพัฒนาทักษะการควบคุมตนเองในด้านสุขภาพ การศึกษา หรือการทำงาน หลักการต่างๆ ในทฤษฎีนี้ช่วยให้บุคคลสามารถจัดการกับพฤติกรรมของตนเองและพัฒนาความสามารถในการบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ได้อย่างมีประสิทธิภาพและเป็นที่ยอมรับอย่างกว้างขวางในวงการแพทย์และสาธารณสุข เนื่องจากเป็นวิธีการที่ช่วยเสริมสร้างความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเรื้อรัง แนวคิดนี้มุ่งเน้นการสร้างความรู้ความเข้าใจ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเองมากขึ้น ซึ่งการประยุกต์ใช้แนวคิดนี้ในผู้ป่วยเบาหวานสามารถช่วยให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจที่ชัดเจนเกี่ยวกับสภาวะโรคและการจัดการโรคเบาหวานของตนเอง

จากปัญหาและความสำคัญดังกล่าว ผู้วิจัยมีความสนใจในการพัฒนารูปแบบการจัดการตนเองเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ณ หน่วยบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองกระทุ่ม จังหวัดสุโขทัย เนื่องจากปัจจุบันยังมีการศึกษาในประเด็นนี้ค่อนข้างน้อย และมีความจำเป็นเร่งด่วนในการสร้างองค์ความรู้เกี่ยวกับการแก้ไขปัญหา และการดูแลผู้ป่วยเบาหวานอย่างเหมาะสม โดยเน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ซึ่งจะ เป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน และนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีในสังคมต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

3. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการรับประทานยาของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

4. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการความเครียดของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

5. เพื่อเปรียบเทียบระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ขอบเขตของการวิจัย

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

ขอบเขตด้านพื้นที่ ตำบลไกรใน อำเภอกงไกรลาศ จังหวัดสุโขทัย

ขอบเขตด้านประชากร ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ทั้งที่มีโรครวมและไม่มีโรคร่วม ซึ่งรับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองกระทุ่ม จังหวัดสุโขทัยในปี พ.ศ. 2568 จำนวน 85 คน

ขอบเขตด้านระยะเวลา

ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย พฤษภาคม 2568 ถึง มีนาคม 2569

ระยะเวลาในการเก็บข้อมูล มิถุนายน 2568 ถึง พฤศจิกายน 2568

กรอบแนวคิดการวิจัย

ตัวแปรต้น **ตัวแปรตาม**

โปรแกรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน
ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้
จากแนวคิดการจัดการตนเองตามแนวคิด Kanfer (1970)

1. การสังเกตตนเอง (Self-Monitoring)

- การสังเกตและบันทึกระดับน้ำตาลในเลือด (DTX)
  โดยใช้ แบบบันทึกพฤติกรรมสุขภาพ
- การบันทึกพฤติกรรมการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย
  การรับประทานยา และการจัดการความเครียด
  โดยใช้ สื่อการสอนเรื่องการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย
  การรับประทานยา การจัดการกับความเครียด
- ใช้คู่มือการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน
  เป็นแนวทางประกอบการสังเกตตนเอง

2. การประเมินผลเปรียบเทียบ (Self-Evaluation)

- เปรียบเทียบผลการดูแลตนเองกับเป้าหมายที่กำหนด
  โดยใช้แบบการตั้งเป้าหมายสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน
- ทบทวนพฤติกรรมสุขภาพตามแผนการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน
  โดยอ้างอิง คู่มือการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน
- ระบุปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติตามแผน

3. การเสริมแรงตนเอง (Self-Reinforcement)

- ให้รางวัลตนเองเมื่อปฏิบัติตามแผนการดูแลได้
  โดยตรวจสอบจาก แบบบันทึกพฤติกรรมสุขภาพ
- สร้างแรงจูงใจภายในเพื่อรักษาพฤติกรรมสุขภาพ

ผลลัพธ์ (Output)

1. พฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด
   - การควบคุมการรับประทานอาหาร
   - การออกกำลังกาย
   - การรับประทานยา
   - การจัดการกับความเครียด
2. ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research Design) แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (two groups pretest – posttest design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ทั้งที่มีโรคร่วมและไม่มีโรคร่วม ซึ่งขึ้นทะเบียนและรับบริการที่หน่วยบริการปฐมภูมิโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองกระทุ่ม ตำบลไกรใน อำเภอกงไกรลาศ จังหวัดสุโขทัย ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 จำนวน 85 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ซึ่งรับบริการที่หน่วยบริการปฐมภูมิโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองกระทุ่ม ตำบลไกรใน อำเภอกงไกรลาศ จังหวัดสุโขทัย ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 ราย รวมทั้งสิ้น 60 ราย

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยคำนวณขนาดตัวอย่างสำหรับการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (Independent samples t-test) โดยใช้โปรแกรม G*Power version 3.1.9.7 (Faul et al., 2007) กำหนดค่าสถิติดังนี้

- Effect size (d) = 0.80 (Cohen, 1988)
- ระดับนัยสำคัญทางสถิติ (α) = 0.05
- อำนาจการทดสอบ (Power of test: 1-β) = 0.80
- Two-tailed test

จากการคำนวณได้ขนาดตัวอย่างอย่างน้อยกลุ่มละ 26 ราย เพื่อป้องกันกลุ่มตัวอย่างสูญหายระหว่างการศึกษา ผู้วิจัยจึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 (Cohen et al., 2011) ดังนั้นขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้จึงเท่ากับ กลุ่มละ 30 ราย รวมทั้งสิ้น 60 ราย โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) จากผู้ป่วยที่ผ่านเกณฑ์การคัดเข้า และจัดกลุ่มโดยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Assignment) เพื่อแบ่งผู้ป่วยเข้ากลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองตามแนวคิด Kanfer (1970) จำนวน 30 ราย และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติของหน่วยบริการ จำนวน 30 ราย

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria)

ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มาแล้วอย่างน้อย 6 เดือน และขึ้นทะเบียนรักษาที่หน่วยบริการปฐมภูมิโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองกระทุ่ม

1. มีอายุ 18 ปีขึ้นไป

2. มีระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) มากกว่าหรือเท่ากับ 7% หรือมีค่าระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร (FBS) มากกว่า 130 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ติดต่อกันอย่างน้อย 2 ครั้ง ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา

3. มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ อ่านออกเขียนได้

4. อาศัยอยู่ในพื้นที่ตำบลไกรใน อำเภอกงไกรลาศ จังหวัดสุโขทัย ไม่น้อยกว่า 1 ปี

5. สามารถเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมได้ครบตลอดระยะเวลา 12 สัปดาห์

6. ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยและลงนามในใบยินยอม (Informed Consent)

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria)

1. มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงจากโรคเบาหวาน ได้แก่ ไตวายเรื้อรังระยะที่ 4 ขึ้นไป จอประสาทตาเสื่อมรุนแรง หรือแผลเบาหวานที่เท้าที่ต้องได้รับการรักษาในโรงพยาบาล

2. ได้รับการรักษาด้วยอินซูลินชนิดฉีด

3. มีประวัติโรคทางจิตเวชหรือภาวะสมองเสื่อม (Dementia) ที่ส่งผลต่อความสามารถในการจัดการตนเอง

4. เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพหรือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอื่นในช่วงระยะเวลาเดียวกัน

5. ขาดการเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมเกินกว่าร้อยละ 20 หรือตอบแบบประเมินไม่ครบถ้วน

6. ถอนตัวออกจากการวิจัยในระหว่างการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัยครั้งนี้แบ่งเป็น 2 ส่วน เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

โปรแกรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากแนวคิดการจัดการตนเองของ Kanfer (1970) ซึ่งประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ การสังเกตตนเอง (Self-Monitoring) การประเมินผลเปรียบเทียบ (Self-Evaluation) และการเสริมแรงตนเอง (Self-Reinforcement) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมและแนวทางการดูแลผู้ป่วยเบาหวานของราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย (2566) โดยดำเนินกิจกรรมทั้งหมด 4 ครั้ง ครั้งละ 60–90 นาที ตลอดระยะเวลา 12 สัปดาห์ ดังนี้

ครั้งที่ 1 สัปดาห์ที่ 1 มุ่งเน้นการสร้างทักษะการสังเกตตนเอง (Self-Monitoring) โดยผู้วิจัยให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ผลกระทบของระดับน้ำตาลที่ควบคุมไม่ได้ และความสำคัญของพฤติกรรมสุขภาพ 4 ด้าน ได้แก่ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยา และการจัดการความเครียด จากนั้นฝึกปฏิบัติการบันทึกระดับน้ำตาลในเลือด (DTX) และพฤติกรรมสุขภาพรายวัน โดยใช้ แบบบันทึกพฤติกรรมสุขภาพและคู่มือการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น พร้อมทั้งแจกสื่อการสอนประกอบทั้ง 4 ด้านให้ผู้เข้าร่วมนำกลับไปศึกษาด้วยตนเอง

ครั้งที่ 2 สัปดาห์ที่ 4 มุ่งเน้นการประเมินผลเปรียบเทียบ (Self-Evaluation) ผู้วิจัยทบทวนข้อมูลจากแบบบันทึกพฤติกรรมสุขภาพร่วมกับผู้เข้าร่วม โดยเปรียบเทียบพฤติกรรมที่ปฏิบัติได้จริงกับเป้าหมายที่กำหนดไว้ใน แบบการตั้งเป้าหมายสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน ระบุปัญหาและอุปสรรค แล้วร่วมกันวางแผนปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในแต่ละด้านผ่านกิจกรรมกลุ่มย่อย โดยอ้างอิงเนื้อหาจากคู่มือการจัดการตนเองและสื่อการสอนที่มอบไว้ในครั้งที่ 1

ครั้งที่ 3 สัปดาห์ที่ 8 ต่อยอดทักษะการสังเกตและประเมินตนเอง โดยผู้วิจัยติดตามความก้าวหน้าของพฤติกรรมสุขภาพทั้ง 4 ด้านจากแบบบันทึกพฤติกรรมสุขภาพ ปรับเป้าหมายให้เหมาะสมกับบริบทของผู้เข้าร่วมแต่ละราย และเสริมความรู้เชิงลึกในด้านที่ยังมีปัญหา ได้แก่ การเลือกชนิดและปริมาณอาหาร การออกกำลังกายที่เหมาะสมกับสภาพร่างกาย และเทคนิคการจัดการความเครียดในชีวิตประจำวัน

ครั้งที่ 4 สัปดาห์ที่ 12 มุ่งเน้นการเสริมแรงตนเอง (Self-Reinforcement) ผู้วิจัยสรุปผลการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพตลอด 12 สัปดาห์ โดยให้ผู้เข้าร่วมนำเสนอความสำเร็จของตนเองต่อกลุ่ม สะท้อนคิดถึงอุปสรรคที่ผ่านมา และร่วมกันมอบรางวัลเชิงสัญลักษณ์แก่ผู้ที่ปฏิบัติตามเป้าหมายได้ ก่อนวางแผนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อการดูแลตนเองอย่างยั่งยืนหลังสิ้นสุดโปรแกรม

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถาม ซึ่งแบ่งออกเป็น 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลปัจจัยด้านลักษณะทางประชากร จำนวน 12 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวาน ค่าดัชนีมวลกาย (BMI) ประวัติโรคร่วม ประวัติการใช้ยาเบาหวาน ประวัติภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน ค่าระดับน้ำตาลสะสมในเลือด เป็นข้อคำถามแบบเลือกตอบและเติมคำลงในช่องว่าง

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมการรับประทานอาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากแนวทางโภชนบำบัดสำหรับผู้ป่วยเบาหวานของราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย (2566) จำนวน 15

ข้อ ครอบคลุมพฤติกรรมการควบคุมคาร์โบไฮเดรต การจำกัดแคลอรี่ การเลือกชนิดอาหารที่เหมาะสม การรับประทานผักและผลไม้ การหลีกเลี่ยงอาหารหวานและไขมันสูง และการปฏิบัติตามคำแนะนำของบุคลากรสาธารณสุข

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมการออกกำลังกายสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากแนวทางการออกกำลังกายในผู้ป่วยเบาหวานของสมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย (2566) จำนวน 12 ข้อ ครอบคลุมความถี่ ระยะเวลา และความเข้มข้นของการออกกำลังกาย ประเภทของกิจกรรมทางกาย การวอร์มอัพและคูลดาวน์ และการติดตามผลการออกกำลังกาย

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรมการรับประทานยาสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยดัดแปลงจาก Morisky Medication Adherence Scale (MMAS-8) ของ Morisky et al. (2008) และแนวทางการใช้ยาในผู้ป่วยเบาหวานของราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย (2566) จำนวน 10 ข้อ ครอบคลุมความสม่ำเสมอในการรับประทานยาตามแพทย์สั่ง การไม่ขาดยา การจัดการเมื่อลืมรับประทานยา ความเข้าใจวิธีใช้ยา และการรายงานอาการข้างเคียง

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการความเครียดสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากแนวคิดการจัดการความเครียดของ Lazarus and Folkman (1984) จำนวน 10 ข้อ ครอบคลุมการรับรู้และประเมินความเครียด การใช้เทคนิคผ่อนคลาย การแสวงหาการสนับสนุนทางสังคม การจัดการกับสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด และผลของความเครียดต่อระดับน้ำตาลในเลือด

ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ดังนี้

ปฏิบัติประจำสม่ำเสมอ หมายถึง ปฏิบัติพฤติกรรมตามแนวทางการจัดการเบาหวาน 6–7 วัน/สัปดาห์

ปฏิบัติบ่อย หมายถึง ปฏิบัติ 4–5 วัน/สัปดาห์

ปฏิบัติบางครั้ง หมายถึง ปฏิบัติ 3 วัน/สัปดาห์

ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง หมายถึง ปฏิบัติ 1–2 วัน/สัปดาห์

ไม่เคยปฏิบัติ หมายถึง ไม่เคยปฏิบัติเลย

เกณฑ์การให้คะแนน ข้อความเชิงบวกให้คะแนน 5–1 ตามลำดับ ส่วนข้อความเชิงลบให้คะแนน 1–5 ตามลำดับ

การแปลผล แบ่งระดับพฤติกรรมการรับประทานอาหารเป็น 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์ของ Bloom (1975) ดังนี้

พฤติกรรมการรับประทานอาหารระดับดี	ร้อยละ 80 ขึ้นไป
พฤติกรรมการรับประทานอาหารระดับปานกลาง	ร้อยละ 60–79
พฤติกรรมการรับประทานอาหารระดับต่ำ	น้อยกว่าร้อยละ 60

ส่วนที่ 6 แบบบันทึกการติดตามระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) เป็นแบบบันทึกข้อมูลทางห้องปฏิบัติการที่ใช้เก็บรวบรวมค่า HbA1c ของผู้เข้าร่วมวิจัย โดยตรวจวัด 2 ครั้ง ได้แก่ ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและหลังสิ้นสุดโปรแกรม 12 สัปดาห์ แบบบันทึกประกอบด้วยรหัสผู้เข้าร่วมวิจัย วันที่ตรวจ และผลการตรวจ HbA1c

การแปลผลระดับ HbA1c อ้างอิงตามเกณฑ์ของราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย (2566) ดังนี้

ควบคุมได้ดี หมายถึง HbA1c น้อยกว่า 7%

ควบคุมไม่ได้ หมายถึง HbA1c ตั้งแต่ 7% ขึ้นไป

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยหาความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยนำเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยและเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความรู้และประสบการณ์ด้านโรคเบาหวานและการดูแลสุขภาพในระดับปฐมภูมิ จำนวน 3 คน ประกอบด้วย แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวที่เชี่ยวชาญด้านโรคเบาหวาน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการด้านการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และนักวิชาการสาธารณสุขที่มีประสบการณ์ด้านการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อตรวจสอบความครอบคลุมและความสอดคล้องของเนื้อหากับวัตถุประสงค์การวิจัย จากนั้นนำมาคำนวณค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item-Objective Congruence: IOC) โดยกำหนดเกณฑ์ค่า IOC มากกว่า 0.50 ถือว่ามีความตรงตามเนื้อหา ผลการตรวจสอบพบว่าเครื่องมือทุกชิ้นมีค่า IOC ระหว่าง 0.67–1.00 ทุกข้อ และได้ปรับปรุงตามคำแนะนำก่อนนำไปทดสอบในขั้นตอนต่อไป

การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ผ่านการปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ซึ่งรับบริการที่หน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่ตำบลไกรกลาง อำเภอกงไกรลาศ จังหวัดสุโขทัย จำนวน 30 คน แล้วนำมาวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) พบว่าแบบสอบถามพฤติกรรมการรับประทานอาหาร พฤติกรรมการออกกำลังกาย พฤติกรรมการรับประทานยา และพฤติกรรมการจัดการความเครียด มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.82, 0.79, 0.81 และ 0.78 ตามลำดับ

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

1. ทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และดำเนินการเขียนโครงร่างการวิจัย เพื่อขอพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย

2. สร้างและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย ได้แก่ โปรแกรมการจัดการตนเองตามแนวคิด Kanfer (1970) คู่มือการจัดการตนเอง แบบการตั้งเป้าหมาย แบบบันทึกพฤติกรรมสุขภาพ สื่อการสอน และแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพทั้ง 4 ด้าน โดยตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน และตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) โดยทดลองใช้กับผู้ป่วยเบาหวานที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันแต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 15 คน แล้วปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำก่อนนำไปใช้จริง

3. ผู้วิจัยประสานงานกับผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองกระทุ่มและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบคลินิกเบาหวาน เพื่อขอความร่วมมือในการดำเนินการวิจัย และประชุมชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ประโยชน์ที่จะได้รับ วิธีการดำเนินงาน และขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

4. ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากทะเบียนผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ โดยตรวจสอบคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเข้าและคัดออกที่กำหนดไว้ จากนั้นสุ่มจัดกลุ่มด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Assignment) แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 30 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 30 คน

5. ผู้วิจัยแนะนำตัวและชี้แจงรายละเอียดของโครงการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทราบ ประกอบด้วย วัตถุประสงค์ ประโยชน์ที่จะได้รับ วิธีการดำเนินการ และการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย โดยแจ้งให้ทราบว่ามีสิทธิ์ตัดสินใจเข้าร่วมหรือยุติการร่วมมือในขั้นตอนใดก็ได้โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล และไม่มีผลต่อการรับบริการรักษาพยาบาลตามสิทธิ์ที่ได้รับ

6. ดำเนินการเก็บข้อมูลก่อนการทดลอง (Pre-test) ของทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพทั้ง 4 ด้าน และบันทึกค่าระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) จากผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ

7. ดำเนินการให้โปรแกรม (Intervention) โดยให้โปรแกรมการจัดการตนเองตามแนวคิด Kanfer (1970) แก่กลุ่มทดลอง จำนวน 4 ครั้ง ครั้งละ 60–90 นาที ตลอดระยะเวลา 12 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติของหน่วยบริการ

กลุ่มทดลอง (30 คน) ได้รับ โปรแกรมการจัดการตนเอง ตามแนวคิด Kanfer (1970) จำนวน 4 ครั้ง ตลอด 12 สัปดาห์ ประกอบด้วย การสังเกตตนเอง การประเมินผลเปรียบเทียบ และการเสริมแรงตนเอง พร้อมคู่มือ แบบบันทึกพฤติกรรมสุขภาพ แบบตั้งเป้าหมาย และสื่อการสอนทั้ง 4 ด้าน

กลุ่มควบคุม (30 คน) ได้รับ การดูแลตามปกติของหน่วยบริการ ได้แก่ การตรวจตามนัด รับยา และคำแนะนำสุขภาพตามมาตรฐานที่ รพ.สต. ให้บริการอยู่เดิม โดยไม่ได้รับโปรแกรมเพิ่มเติม

1. ติดตามและสนับสนุนกลุ่มทดลองระหว่างการดำเนินโปรแกรม โดยการติดต่อสื่อสารผ่านสายโทรศัพท์หรือแอปพลิเคชัน LINE และการนัดหมายตรวจตามปกติของหน่วยบริการ เพื่อติดตามการบันทึกพฤติกรรมสุขภาพและการปฏิบัติตามแผนที่กำหนด

2. ดำเนินการเก็บข้อมูลหลังการทดลอง (Post-test) ของทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เมื่อสิ้นสุดสัปดาห์ที่ 12 โดยใช้เครื่องมือเดียวกันกับการเก็บข้อมูลก่อนการทดลอง

3. นำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความถูกต้องและสมบูรณ์ แล้วนำเข้าโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติเพื่อวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์และตีความผลการวิจัย จัดทำรายงานการวิจัย และเสนอข้อเสนอแนะเพื่อการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์ในการพัฒนาบริการสุขภาพปฐมภูมิต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางคอมพิวเตอร์ ซึ่งมีลำดับขั้นตอนการวิเคราะห์ ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) แจกแจงความถี่ หาค่าจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการรับประทานอาหาร พฤติกรรมการออกกำลังกาย พฤติกรรมการรับประทานยา พฤติกรรมการจัดการความเครียด และระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Paired t-test สำหรับข้อมูลที่มีการแจกแจงแบบปกติ

3. ทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการรับประทานอาหาร พฤติกรรมการออกกำลังกาย พฤติกรรมการรับประทานยา พฤติกรรมการจัดการความเครียด และระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ทั้งก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Independent t-test สำหรับข้อมูลที่มีการแจกแจงแบบปกติ

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการพิจารณาการศึกษาวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย โครงการเลขที่ COA No.15/2025 เอกสารรับรองโครงการวิจัยเลขที่ IRB No.47/2025 ประเภทการรับรองแบบเร่งรัด (Expedited Review) รับรองเมื่อวันที่ 20 พฤษภาคม 2568

สรุปผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลปัจจัยด้านลักษณะทางประชากร

ตารางที่ 1 ข้อมูลปัจจัยด้านลักษณะทางประชากรในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ข้อมูลปัจจัยด้านลักษณะทางประชากร	กลุ่มทดลอง (n=30)		กลุ่มควบคุม (n=30)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
เพศ					0.699
ชาย	11	36.7	12	40.0	
หญิง	19	63.3	18	60.0	
อายุ, $\bar{X}$ (SD), ปี	58.4(7.3)		59.1(7.8)		0.700
สถานภาพสมรส					0.813
โสด	3	10.0	2	6.7	
สมรส, อยู่ด้วยกัน	23	76.7	24	80.0	
หม้าย	3	10.0	3	10.0	
หย่าร้าง, แยกกันอยู่	1	3.3	1	3.3	
อาชีพ					0.942
ข้าราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ	2	6.7	2	6.7	
พนักงานบริษัทเอกชน	1	3.3	1	3.3	
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	4	13.3	4	13.3	
เกษตรกรรม	17	56.7	18	60.0	
แม่บ้าน/พ่อบ้าน	5	16.7	4	13.3	
เกษียณ	1	3.3	1	3.3	
ระดับการศึกษาสูงสุด					0.857
ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า	18	60.0	19	63.3	
มัธยมศึกษา/เทียบเท่า	7	23.3	6	20.0	
อนุปริญญา/เทียบเท่า	3	10.0	3	10.0	
ปริญญาตรี	2	6.7	2	6.7	
สูงกว่าปริญญาตรี	18	60.0	19	63.3	
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน $\bar{X}$ (SD), (บาท)	6,240 (2,850)		6,580 (3,120)		0.645

ข้อมูลปัจจัยด้านลักษณะทางประชากร	กลุ่มทดลอง (n=30)		กลุ่มควบคุม (n=30)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ระยะเวลาเป็นเบาหวานเฉลี่ย $\bar{X}$ (SD), (ปี)	6.3 (3.2)		6.8 (3.5)		0.539
ดัชนีมวลกายเฉลี่ย $\bar{X}$ (SD), (kg/m²)	27.2 (3.1)		26.8 (3.4)		0.618
ประวัติโรคร่วม					0.792
ไม่มีโรคร่วม	9	30.0	8	26.7	
ความดันโลหิตสูง	15	50.0	16	53.3	
ไขมันในเลือดสูง	6	20.0	6	20.0	
ประวัติการใช้ยาเบาหวาน					0.551
ไม่ได้ใช้ยา	3	10.0	2	6.7	
ใช้ยาเม็ด	27	90.0	28	93.3	
ประวัติภาวะแทรกซ้อนจากเบาหวาน					0.887
ไม่มี	17	56.7	18	60.0	
ระบบประสาทส่วนปลาย (ชา/เจ็บปลายมือปลายเท้า)	7	23.3	6	20.0	
โรคตา/จอประสาทตาเสื่อม	4	13.3	4	13.3	
โรคไต	2	6.7	2	6.7	
ค่าระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) เฉลี่ย $\bar{X}$ (SD), (%)	9.21 (1.42)		9.12 (1.34)		0.791

จากตารางที่ 1 กลุ่มทดลอง จำนวน 30 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 63.3 มีอายุเฉลี่ย 58.4 ± 7.3 ปี มีสถานภาพสมรสหรือแต่งงานอยู่ด้วยกันร้อยละ 76.7 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรมร้อยละ 56.7 ระดับการศึกษาสูงสุดประถมศึกษาหรือต่ำกว่าร้อยละ 60.0 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 6,240 ± 2,850 บาท ระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวานเฉลี่ย 6.3 ± 3.2 ปี ค่าดัชนีมวลกายเฉลี่ย 27.2 ± 3.1 kg/m² มีโรคความดันโลหิตสูงร่วมมากที่สุดร้อยละ 50.0 ใช้ยาเบาหวานชนิดยาเม็ดร้อยละ 90.0 ไม่มีภาวะแทรกซ้อนร้อยละ 56.7 และมีค่าระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) เฉลี่ย 9.21 ± 1.42%

ส่วนกลุ่มควบคุม จำนวน 30 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 60.0 มีอายุเฉลี่ย 59.1 ± 7.8 ปี มีสถานภาพสมรสหรือแต่งงานอยู่ด้วยกันร้อยละ 80.0 ประกอบอาชีพเกษตรกรรมร้อยละ 60.0 ระดับการศึกษาสูงสุดประถมศึกษาหรือต่ำกว่าร้อยละ 63.3 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 6,580 ± 3,120 บาท ระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวานเฉลี่ย 6.8 ± 3.5 ปี ค่าดัชนีมวลกายเฉลี่ย 26.8 ± 3.4 kg/m² มีโรคความดันโลหิตสูงร่วมมากที่สุดร้อยละ 53.3 ใช้ยาเบาหวานชนิดยาเม็ดร้อยละ 93.3 ไม่มีภาวะแทรกซ้อนร้อยละ 60.0 และมีค่าระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) เฉลี่ย 9.12 ± 1.34% เมื่อเปรียบเทียบลักษณะพื้นฐานระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าทุกตัวแปรไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$)

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพและระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพและระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HBA1C) ระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตัวแปร			n	$\bar{x}$	SD	T-value	p-value
พฤติกรรมการรับประทานอาหาร	**กลุ่มทดลอง**	ก่อนทดลอง	30	39.28	6.94	15.32	<0.001*
		หลังทดลอง	30	60.47	6.12		
	กลุ่มควบคุม	ก่อนทดลอง	30	40.13	7.28	2.18	0.038*
		หลังทดลอง	30	41.87	7.05		
พฤติกรรมการออกกำลังกาย	**กลุ่มทดลอง**	ก่อนทดลอง	30	31.42	5.64	12.74	<0.001*
		หลังทดลอง	30	46.83	5.03		
	กลุ่มควบคุม	ก่อนทดลอง	30	32.67	5.89	0.92	0.366
		หลังทดลอง	30	33.10	5.74		
พฤติกรรมการรับประทานยา	**กลุ่มทดลอง**	ก่อนทดลอง	30	29.53	4.87	11.84	<0.001*
		หลังทดลอง	30	41.20	4.34		
	กลุ่มควบคุม	ก่อนทดลอง	30	30.40	5.13	1.72	0.097
		หลังทดลอง	30	31.60	5.02		
พฤติกรรมการจัดการความเครียด	**กลุ่มทดลอง**	ก่อนทดลอง	30	26.37	4.15	13.06	<0.001*
		หลังทดลอง	30	37.90	3.98		

ตัวแปร			n	$\bar{x}$	SD	T-value	p-value
	กลุ่มควบคุม	ก่อนทดลอง	30	27.23	4.41	1.48	0.150
		หลังทดลอง	30	27.97	4.25		
ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) (%)	**กลุ่มทดลอง**	ก่อนทดลอง	30	9.21	1.42	6.48	<0.001*
		หลังทดลอง	30	7.86	1.15		
	กลุ่มควบคุม	ก่อนทดลอง	30	9.12	1.34	0.38	0.707
		หลังทดลอง	30	9.08	1.31		

*p-value<0.05

จากตารางที่ 2 เมื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่ม พบว่า

กลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมการรับประทานอาหาร เพิ่มขึ้นจาก 39.28 ± 6.94 เป็น 60.47 ± 6.12 คะแนน แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.001) กลุ่มควบคุมมีคะแนนเปลี่ยนจาก 40.13 ± 7.28 เป็น 41.87 ± 7.05 แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ (p=0.038)

กลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมการออกกำลังกายเพิ่มขึ้นจาก 31.42 ± 5.64 เป็น 46.83 ± 5.03 คะแนน แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.001) กลุ่มควบคุมมีคะแนนจาก 32.67 ± 5.89 เป็น 33.10 ± 5.74 ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ (p=0.366)

กลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมการรับประทานยาเพิ่มขึ้นจาก 29.53 ± 4.87 เป็น 41.20 ± 4.34 คะแนน แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.001) กลุ่มควบคุมมีคะแนนจาก 30.40 ± 5.13 เป็น 31.60 ± 5.02 ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ (p=0.097)

กลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมการจัดการความเครียดเพิ่มขึ้นจาก 26.37 ± 4.15 เป็น 37.90 ± 3.98 คะแนน แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.001) กลุ่มควบคุมมีคะแนนจาก 27.23 ± 4.41 เป็น 27.97 ± 4.25 ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ (p=0.150)

กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ลดลงจาก 9.21 ± 1.42% เป็น 7.86 ± 1.15% แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.001) กลุ่มควบคุมมีค่าจาก 9.12 ± 1.34% เป็น 9.08 ± 1.31% ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ (p=0.707)

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพและระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพและระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HBA1C) ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม

ตัวแปร			n	$\bar{x}$	SD	T-value	p-value
พฤติกรรมการรับประทานอาหาร	**ก่อนทดลอง**	กลุ่มทดลอง	30	39.28	6.94	0.47	0.641
		กลุ่มควบคุม	30	40.13	7.28		
	หลังทดลอง	กลุ่มทดลอง	30	60.47	6.12	10.97	<0.001*
		กลุ่มควบคุม	30	41.87	7.05		
พฤติกรรมการออกกำลังกาย	**ก่อนทดลอง**	กลุ่มทดลอง	30	31.42	5.64	0.86	0.395
		กลุ่มควบคุม	30	32.67	5.89		
	หลังทดลอง	กลุ่มทดลอง	30	46.83	5.03	9.96	<0.001*
		กลุ่มควบคุม	30	33.10	5.74		
พฤติกรรมการรับประทานยา	**ก่อนทดลอง**	กลุ่มทดลอง	30	29.53	4.87	0.69	0.495
		กลุ่มควบคุม	30	30.40	5.13		
	หลังทดลอง	กลุ่มทดลอง	30	41.20	4.34	8.07	<0.001*
		กลุ่มควบคุม	30	31.60	5.02		
พฤติกรรมการจัดการความเครียด	**ก่อนทดลอง**	กลุ่มทดลอง	30	26.37	4.15	0.80	0.430
		กลุ่มควบคุม	30	27.23	4.41		
	หลังทดลอง	กลุ่มทดลอง	30	37.90	3.98	9.57	<0.001*
		กลุ่มควบคุม	30	27.97	4.25		
ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) (%)	**ก่อนทดลอง**	กลุ่มทดลอง	30	9.21	1.42	0.26	0.797
		กลุ่มควบคุม	30	9.12	1.34		
	หลังทดลอง	กลุ่มทดลอง	30	7.86	1.15	3.92	<0.001*
		กลุ่มควบคุม	30	9.08	1.31		

*p-value<0.05

จากตารางที่ 3 เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการรับประทานอาหารระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม พบว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนพฤติกรรมการรับประทานอาหารเท่ากับ 39.28 ± 6.94 และ 40.13 ± 7.28 ตามลำดับ ซึ่งไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.641)

หลังจากเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเอง กลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมการรับประทานอาหารเท่ากับ 60.47 ± 6.12 ซึ่งสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่มีคะแนนเท่ากับ 41.87 ± 7.05 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$)

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการออกกำลังกายระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม พบว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนพฤติกรรมการออกกำลังกายเท่ากับ 31.42 ± 5.64 และ 32.67 ± 5.89 ตามลำดับ ซึ่งไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.395$) หลังจากเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเอง กลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมการออกกำลังกายเท่ากับ 46.83 ± 5.03 ซึ่งสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่มีคะแนนเท่ากับ 33.10 ± 5.74 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$)

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการรับประทานยาระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม พบว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนพฤติกรรมการรับประทานยาเท่ากับ 29.53 ± 4.87 และ 30.40 ± 5.13 ตามลำดับ ซึ่งไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.495$) หลังจากเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเอง กลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมการรับประทานยาเท่ากับ 41.20 ± 4.34 ซึ่งสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่มีคะแนนเท่ากับ 31.60 ± 5.02 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$)

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการจัดการความเครียดระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม พบว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนพฤติกรรมการจัดการความเครียดเท่ากับ 26.37 ± 4.15 และ 27.23 ± 4.41 ตามลำดับ ซึ่งไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.430$) หลังจากเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเอง กลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมการจัดการความเครียดเท่ากับ 37.90 ± 3.98 ซึ่งสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่มีคะแนนเท่ากับ 27.97 ± 4.25 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$)

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม พบว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าระดับน้ำตาลสะสมในเลือดเท่ากับ 9.21 ± 1.42% และ 9.12 ± 1.34% ตามลำดับ ซึ่งไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.797$) หลังจากเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเอง กลุ่มทดลองมีค่าระดับน้ำตาลสะสมในเลือดเท่ากับ 7.86 ± 1.15% ซึ่งต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่มีค่าเท่ากับ 9.08 ± 1.31% อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$)

อภิปรายผล

วัตถุประสงค์ที่ 1 เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองมีคะแนนพฤติกรรมการรับประทานอาหารเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจาก 39.28 ± 6.94 เป็น 60.47 ± 6.12 ($p<0.001$) และสูงกว่า

กลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) ผลลัพธ์นี้สะท้อนให้เห็นถึงประสิทธิผลของโปรแกรมในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารได้อย่างเป็นรูปธรรม ทั้งในด้านการควบคุมปริมาณคาร์โบไฮเดรต การจำกัดแคลอรี่ การเลือกชนิดอาหารที่เหมาะสม และการหลีกเลี่ยงอาหารรสหวานและไขมันสูง ซึ่งเป็นองค์ประกอบหลักของแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวทางโภชนบำบัดของ ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย (2566) การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวเกิดจากการนำแนวคิดการจัดการ ตนเองของ Kanfer (1970) มาประยุกต์ใช้ผ่านกระบวนการสังเกตตนเอง (Self-monitoring) ซึ่งกระตุ้นให้ผู้ป่วยบันทึกพฤติกรรมการรับประทานอาหารของตนเองอย่างสม่ำเสมอ การประเมินผลเปรียบเทียบ (Self-evaluation) ที่ช่วยให้ผู้ป่วยเห็นความแตกต่างระหว่างพฤติกรรมปัจจุบันกับเป้าหมายที่ตั้งไว้ และการเสริมแรงตนเอง (Self-reinforcement) ที่เพิ่มแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมที่พึงประสงค์อย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในบริบทของชุมชนเกษตรกรรมชนบทในตำบลไกรใน ซึ่งผู้ป่วยมักมีรูปแบบการบริโภคอาหารที่สืบทอดมาตามวัฒนธรรมท้องถิ่น การใช้คู่มือและสื่อการสอนที่ปรับให้เหมาะกับบริบทท้องถิ่นจึงช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจและนำไปปฏิบัติได้จริง ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ อณัญญา ลาลุนและบษพร วิรุณพันธ์ (2563) ที่พบว่าโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลแก่งครัว จังหวัดชัยภูมิ สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มทดลองให้ดีขึ้นได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.01$) เมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม และสอดคล้องกับการศึกษาของ พรสวรรค์ อิมามี และคณะ ที่ศึกษาในผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมาบตาพุด จังหวัดระยอง พบว่าการให้โปรแกรมการจัดการตนเองส่งผลให้พฤติกรรมการรับประทานอาหารที่เหมาะสมและการรับรู้ความสามารถในการปรับรูปแบบการบริโภคอาหารเพิ่มสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.01$)

วัตถุประสงค์ที่ 2 เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมการออกกำลังกายเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จาก 31.42 ± 5.64 เป็น 46.83 ± 5.03 ($p<0.001$) และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีคะแนนเปลี่ยนแปลงเพียงเล็กน้อยจาก 32.67 ± 5.89 เป็น 33.10 ± 5.74 และไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.366$) ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการจัดการตนเองสามารถกระตุ้นให้ผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนเกษตรกรรมชนบทหันมาให้ความสำคัญกับการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอมากขึ้น ทั้งนี้เนื่องจากโปรแกรมได้เน้นการให้ความรู้เกี่ยวกับประโยชน์ของการออกกำลังกายต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด พร้อมทั้งสนับสนุนให้ผู้ป่วยกำหนดเป้าหมายการออกกำลังกายที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตประจำวัน เช่น การเดิน ออกกำลังกายบริเวณบ้านหรือในพื้นที่เกษตร ซึ่งเข้าถึงได้ง่ายโดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย กระบวนการสังเกตตนเอง

ผ่านแบบบันทึกพฤติกรรมสุขภาพช่วยให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงระดับกิจกรรมทางกายของตนเองและสามารถปรับปรุงได้ทันเวลา ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ อณัญญา ลาลุนและบษพร วิรุณพันธ์ (2563) ที่พบว่าโปรแกรมส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเองตามหลัก 3 อ 2 ส ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลมหาชนะชัย จังหวัดยโสธร สามารถพัฒนาพฤติกรรมการออกกำลังกายของกลุ่มทดลองได้ดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และยังสอดคล้องกับงานวิจัยของอณัญญา ลาลุนและบษพร วิรุณพันธ์ (2563) ที่พบว่าหลังสิ้นสุดโปรแกรมการจัดการตนเอง กลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองในทุกด้านรวมถึงพฤติกรรมการออกกำลังกายสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

วัตถุประสงค์ที่ 3 เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการรับประทานยาของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมการรับประทานยาเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จาก 29.53 ± 4.87 เป็น 41.20 ± 4.34 ($p<0.001$) และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีคะแนนเปลี่ยนแปลงจาก 30.40 ± 5.13 เป็น 31.60 ± 5.02 โดยไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.097$) ผลการศึกษาดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่าโปรแกรมการจัดการตนเองสามารถเสริมสร้างความตระหนักและความสม่ำเสมอในการรับประทานยาของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิผล ซึ่งเป็นปัญหาที่พบบ่อยในผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ในชุมชนชนบท อันเนื่องมาจากการลืมรับประทานยาและการขาดความเข้าใจเกี่ยวกับความสำคัญของการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง กระบวนการสังเกตตนเองของ Kanfer (1970) ที่กระตุ้นให้ผู้ป่วยบันทึกการรับประทานยาในแบบบันทึกพฤติกรรมสุขภาพประจำวัน ร่วมกับการประเมินผลเปรียบเทียบระหว่างพฤติกรรมจริงกับเป้าหมายที่ตั้งไว้ทำให้ผู้ป่วยสามารถตรวจสอบและแก้ไขพฤติกรรมของตนเองได้อย่างทันท่วงที ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ สุนันทา พรมป้อง และเบญจวัลย์ เอื้อนรส (2568) ที่ศึกษาในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ในคลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลสวรรย์บุรี พบว่าหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองรวมถึงพฤติกรรมการรับประทานยามากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) และสอดคล้องกับงานวิจัยของ พรสวรรค์ อิมามี และคณะ ที่พบว่าโปรแกรมการจัดการตนเองส่งผลให้ผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน มีพฤติกรรมการรับประทานยาและการดูแลตนเองดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.01$) เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

วัตถุประสงค์ที่ 4 เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการความเครียดของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมการจัดการความเครียดเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจาก 26.37 ± 4.15 เป็น 37.90 ± 3.98 ($p<0.001$) และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีคะแนนจาก 27.23 ± 4.41 เป็น 27.97 ± 4.25 ซึ่งไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.150$) ผลลัพธ์นี้มีความสำคัญอย่างยิ่งในบริบทของผู้ป่วยเบาหวานชุมชนชนบท ซึ่งมักเผชิญกับความเครียดจากภาระทางการเกษตร ปัญหาเศรษฐกิจ และความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคเรื้อรัง ความเครียดเป็นปัจจัยที่ส่งผลโดยตรงต่อการหลั่งฮอร์โมนคอร์ติซอลและกลูคากอน ซึ่งทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น โปรแกรมการจัดการตนเองที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นได้บูรณาการการให้ความรู้เกี่ยวกับเทคนิคการผ่อนคลายความเครียด การหายใจลึก และการจัดลำดับความสำคัญในชีวิตประจำวัน ร่วมกับการกระตุ้นให้ผู้ป่วยประเมินและจัดการความเครียดของตนเองผ่านแบบบันทึกอารมณ์ความรู้สึกรายสัปดาห์ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ สุนันทา พรมป้อง และเบญจวัลย์ เอื้อนรส (2568) ที่พบว่าโปรแกรมส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเองตามหลัก 3 อ 2 ส ซึ่งมีองค์ประกอบด้านการจัดการความเครียดเป็นหนึ่งในหัวใจสำคัญ ส่งผลให้กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการจัดการความเครียดดีขึ้นกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับงานวิจัยของ อณัญญา ลาลุน และบษพร วิรุณพันธ์ (2563) ที่พบว่าคุณภาพชีวิตและพฤติกรรมการจัดการตนเองในทุกมิติ รวมถึงด้านอารมณ์และความเครียด ของกลุ่มทดลองดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.00$) หลังสิ้นสุดโปรแกรมการจัดการตนเอง

วัตถุประสงค์ที่ 5 เพื่อเปรียบเทียบระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้

ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจาก 9.21 ± 1.42% เป็น 7.86 ± 1.15% ($p<0.001$) และต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีค่าจาก 9.12 ± 1.34% เป็น 9.08 ± 1.31% ซึ่งไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.707$) ผลลัพธ์นี้เป็นเครื่องยืนยันถึงประสิทธิผลโดยรวมของโปรแกรมการจัดการตนเองที่ส่งผลต่อผลลัพธ์ทางคลินิกอย่างชัดเจน กล่าวคือ การที่ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพทั้ง 4 ด้านพร้อมกันอย่างสม่ำเสมอตลอด 12 สัปดาห์ ส่งผลให้ระดับ HbA1c ลดลงอย่างมีนัยสำคัญและมาถึงเกณฑ์ที่ใกล้เคียงกับการควบคุมได้ดี (น้อยกว่า 7%) ตามมาตรฐานของราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย (2566) โดย HbA1c สะท้อนค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดย้อนหลัง 2–3 เดือน การลดลงของค่าดังกล่าวจึงเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ชัดเจนว่าผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้อย่างต่อเนื่องตลอดระยะเวลาของโปรแกรม ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ สุนันทา พรมป้อง

และเบญจวัลย์ เอื้อนรส (2568) ที่พบว่าผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ในคลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลสวรรย์บุรี หลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง มีค่า HbA1c ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) โดยมีค่าเฉลี่ยลดลง 1.40 mg% (95% CI: 0.84, 1.95) ซึ่งเทียบเคียงได้กับผลการลดลงในการศึกษาครั้งนี้ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับงานวิจัยของ อณัญญา ลาลุนและบษพร วิรุณพันธ์ (2563) ที่พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลสะสมในเลือดต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.00$) หลังสิ้นสุดโปรแกรมการจัดการตนเอง และสอดคล้องกับงานวิจัยของ พรสวรรค์ อิมามี และคณะ ที่ศึกษาในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมาบตาพุด จังหวัดระยอง พบว่าโปรแกรมการจัดการตนเองส่งผลให้ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มทดลองลดลงจาก 166.10 เป็น 125.93 mg/dL อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.01$) และยังสอดคล้องกับงานวิจัยของ สุนันทา พรมป้อง และเบญจวัลย์ เอื้อนรส (2568) ที่พบว่าหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเองตามหลัก 3 อ 2 ส กลุ่มทดลองมีค่าระดับน้ำตาลสะสมในเลือดและค่าดัชนีมวลกายลดลงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. หน่วยบริการปฐมภูมิที่ต้องการนำโปรแกรมการจัดการตนเองไปประยุกต์ใช้ ควรศึกษาแนวคิดการจัดการตนเองของ Kanfer (1970) อย่างละเอียดก่อนออกแบบกิจกรรม โดยเฉพาะกระบวนการสังเกตตนเอง การประเมินผลเปรียบเทียบ และการเสริมแรงตนเอง เพื่อให้กิจกรรมแต่ละขั้นตอนมีความสอดคล้องกับหลักการทางทฤษฎีและสามารถกระตุ้นพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานได้อย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ รวมทั้งควรปรับเนื้อหาสื่อและคู่มือให้เหมาะสมกับบริบทของชุมชน โดยคำนึงถึงระดับการศึกษา อาชีพ และวิถีชีวิตของประชากรในพื้นที่นั้น ๆ

2. ควรบูรณาการโปรแกรมการจัดการตนเองเข้ากับระบบบริการปกติของคลินิกเบาหวานใน รพ.สต. โดยจัดให้มีการติดตามพฤติกรรมสุขภาพทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยา และการจัดการความเครียด ควบคู่กับการตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือดและ HbA1c ตามรอบการรักษาปกติ พร้อมทั้งส่งเสริมบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการเป็นผู้ช่วยติดตามสนับสนุนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยในชุมชน เพื่อเพิ่มความยั่งยืนของผลลัพธ์หลังสิ้นสุดโปรแกรม

เอกสารอ้างอิง

กรมควบคุมโรค. (2565). รายงานสถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง พ.ศ. 2565. กระทรวงสาธารณสุข.

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองกระทุ่ม. (2568). รายงานผลการดำเนินงานคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ปีงบประมาณ 2566–2568. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองกระทุ่ม.

พรสวรรค์ อิมามี, นิรัตน์ อิมามี, ยุวดี รอดจากภัยและนิภา มหารัชพงศ์. (2563). ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองในการควบควบคุมน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมาบตาพุด จังหวัดระยอง. วารสารสุขศึกษา 43 (2), 78- 91.

ระบบข้อมูล Health Data Center. (2568). ข้อมูลประชากรและสถานการณ์โรคเบาหวาน ตำบลไกรในอำเภอกงไกรลาศ จังหวัดสุโขทัย. กระทรวงสาธารณสุข.

ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย. (2566). *แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2566.* กรุงเทพฯ: บริษัท ศรีเมืองการพิมพ์ จำกัด.

สุนันทา พรมป้อง และเบญจวัลย์ เอื้อนรส. (2568). ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับน้ำตาลสะสมในเลือด ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ในคลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลธวัชบุรี. วารสารวิจัยและพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ, 6(1), 252–262.

อณัญญา ลาลุนและบษพร วิรุณพันธ์. ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อระดับน้ำตาลสะสมในเลือดและคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลแก้งคร้อ จังหวัดชัยภูมิ. ราชาวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ 2564, 11(1),66-80.

Aekplakorn, W., Puckcharern, H., Thaikla, K., & Satheannoppakao, W. (2022). National health examination survey VI, Thailand. Health Systems Research Institute.

American Diabetes Association. (2023). Standards of care in diabetes—2023. Diabetes Care, 46(Suppl. 1), S1–S291.

Baumeister, R. F., & Vohs, K. D. (2004). Handbook of self-regulation: Research, theory, and applications. The Guilford Press.

Deerochanawong, C., & Ferrario, A. (2013). Diabetes management in Thailand: A literature review of the burden, costs, and outcomes. Globalization and Health, 9, 11.

Elizabeth J. Mayer-Davis, Lawrence M. Dolan, Giuseppina Imperatore, et al. (2022). Trends in type 2 diabetes incidence among youth in the United States, 2002–2018. The New England Journal of Medicine, 386(8), 719–732.

Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A.-G., & Buchner, A. (2007). G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. Behavior Research Methods, 39(2), 175–191.

Kanfer, F. H. (1970). Self-regulation: Research, issues, and speculations. In C. Neuringer & J. L. Michael (Eds.), Behavior modification in clinical psychology (pp. 178–220). Appleton-Century-Crofts.

Kanfer, F. H., & Karoly, P. (1972). Self-control: A behavioristic excursion into the lion's den. Behavior Therapy, 3(3), 398–416. https://doi.org/10.1016/S0005-7894(72)80100-9

World Health Organization. (2022). Diabetes. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/diabetes

Yoon, K. H., Lee, J. H., Kim, J. W., Cho, J. H., Choi, Y. H., Ko, S. H., Zimmet, P., & Son, H. Y. (2016). Epidemic obesity and type 2 diabetes in Asia. The Lancet, 368(9548), 1681–1688.

Received: 5 Jun 2026 ; **Revised:** 15 Jun 2026
Accepted: 30 Jun 2026

การพัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยในที่บ้าน โดยครอบครัวมีส่วนร่วม โรงพยาบาลบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก

ปิยพร จิตทอง [1]

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ (1) ศึกษาสถานการณ์ (2) พัฒนารูปแบบ และ (3) ประเมินผลรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยในที่บ้าน โดยครอบครัวมีส่วนร่วม โรงพยาบาลบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก ดำเนินการตามแนวคิด Kemmis & McTaggart (1988) แบ่งเป็น 3 ระยะ กลุ่มตัวอย่างในระยะทดลองนำร่องจำนวน 10 ราย และระยะทดลองจริงจำนวน 39 ราย คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง รูปแบบที่พัฒนาประกอบด้วย 3 ระยะการบำบัด ได้แก่ ระยะบำบัดยา ระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ และระยะติดตาม รวม 8 กิจกรรม บูรณาการการมีส่วนร่วมของครอบครัวและระบบ Telemedicine เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามความพึงพอใจ (17 ข้อ) แบบประเมินคุณภาพชีวิต WHOQOL-BREF-THAI (26 ข้อ) และแบบสอบถามความพึงพอใจของครอบครัว (14 ข้อ) วิเคราะห์ด้วยสถิติ Paired t-test และการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลองผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจเพิ่มขึ้นจาก 3.21 เป็น 4.38 ($t = -15.23$, $p < 0.001$) คะแนนคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นจาก 51.8 เป็น 67.8 คะแนน ($t = -11.45$, $p < 0.001$) ความพึงพอใจของครอบครัวเพิ่มขึ้นจาก 3.18 เป็น 4.41 ($t = -14.56$, $p < 0.001$) อัตราการคงอยู่ในระบบร้อยละ 89.7 และอัตราการไม่กลับไปใช้ซ้ำ ร้อยละ 82.1 การสัมภาษณ์เชิงลึกพบว่าการสนับสนุนจากครอบครัวและ Telemedicine เป็นปัจจัยสำคัญต่อความสำเร็จ รูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีประสิทธิภาพในการเพิ่มคุณภาพชีวิตและลดการกลับไปใช้ยาซ้ำ เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลชุมชนและสามารถขยายผลไปยังพื้นที่อื่น ๆ ได้

คำสำคัญ: รูปแบบการบำบัดฟื้นฟู, ผู้ป่วยในที่บ้าน, ครอบครัวมีส่วนร่วม, ยาเสพติด, การแพทย์ทางไกล

[1] **พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลบางระกำ,** E-mail : Oeiy3706@hotmail.com

Development of a Home-Based Inpatient Rehabilitation Model with Family Participation for Drug Addiction at Bangrakam Hospital, Phitsanulok Province.

Piyapron Jittong [1]

Abstack

This action research aimed to: (1) study the situation, (2) develop, and (3) evaluate a home-based inpatient drug rehabilitation model with family participation at Bangrakam Hospital, Phitsanulok Province. The study followed Kemmis & McTaggart's (1988) action research framework across three phases. Pilot study participants were 10 patients, and the main experiment included 39 purposively selected participants. The developed model comprised three treatment phases-detoxification, rehabilitation, and follow-up-encompassing 8 integrated activities with family participation and Telemedicine support. Data were collected using a patient satisfaction questionnaire (17 items), WHOQOL-BREF-THAI quality of life assessment (26 items), and family satisfaction questionnaire (14 items). Analyses included Paired t-test and content analysis.

Results showed significant improvements post-intervention: patient satisfaction increased from 3.21 to 4.38 ($t = -15.23$, $p < 0.001$); quality of life scores increased from 51.8 to 67.8 ($t = -11.45$, $p < 0.001$); family satisfaction increased from 3.18 to 4.41 ($t = -14.56$, $p < 0.001$). Retention rate was 89.7%, and abstinence rate was 82.1%. In-depth interviews identified family support and Telemedicine as key success factors. The developed model effectively improved quality of life and reduced relapse rates, making it suitable for community hospital contexts and scalable to other areas.

Keyword : rehabilitation model, home-based treatment, family participation, drug addiction, telemedicine

[1] Registered Nurse, Senior Professional Level, Department of Psychiatry and Substance Abuse, Bangrakam Hospital,
E-mail : Oeiy3706@hotmail.com

บทนำ

ปัญหายาเสพติดเป็นปัญหาที่ส่งผลกระทบในหลายมิติ ไม่เพียงเฉพาะต่อผู้เสพ แต่ยังกระทบต่อครอบครัว ชุมชน และสังคมโดยรวม ในด้านเศรษฐกิจ ยาเสพติดทำให้ประเทศสูญเสียทรัพยากรบุคคลที่ควรเป็นแรงงานคุณภาพ และยังเพิ่มภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล การบำบัดฟื้นฟู รวมถึงการบังคับใช้กฎหมาย ในด้านสังคม ยาเสพติดสัมพันธ์กับการก่ออาชญากรรม ความรุนแรงในครอบครัว การหย่าร้างและปัญหาการเลี้ยงดูบุตร ผู้เสพมักถูกตีตราและถูกกีดกันจากสังคม ส่งผลให้ความสัมพันธ์ในครอบครัวแตกร้าวและสร้างความทุกข์แก่สมาชิกคนอื่น ๆ (สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด, 2567; United Nations Office on Drugs and Crime, 2024) ขณะเดียวกัน ผู้เสพยังต้องเผชิญกับผลกระทบโดยตรงต่อสุขภาพ ทั้งความเสื่อมถอยของร่างกาย ความเสี่ยงต่อโรคเรื้อรัง และโรคติดต่อทางเลือด เช่น การติดเชื้อเอชไอวีและไวรัสตับอักเสบจากการใช้เข็มฉีดยาร่วมกัน รวมทั้งปัญหาด้านสุขภาพจิต เช่น ภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล และความผิดปกติทางจิตเวชอื่น ๆ ปัญหาเหล่านี้สะท้อนให้เห็นว่ายาเสพติดมิได้เพียงทำลายสุขภาพของผู้เสพ แต่ยังบั่นทอนเสถียรภาพของครอบครัว เศรษฐกิจ และสังคมในภาพรวมอย่างร้ายแรง(สุภาพร และคณะ, 2567; Boonruang et al., 2025)

ข้อมูลการสำรวจของสำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด (ป.ป.ส.) ระบุว่าในปี พ.ศ. 2567 ในประเทศไทยมีผู้ใช้สารเสพติดในรอบปี (ไม่รวมกัญชาและกระท่อม) ประมาณ 1.9 ล้านคน และหากรวมการใช้สารเสพติดทุกชนิด ตัวเลขตลอดช่วงชีวิต (lifetime use) อยู่ที่ประมาณ 3.7–3.8 ล้านคน (สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด, 2567) สะท้อนให้เห็นว่าปัญหายาเสพติดยังคงเป็นภาระใหญ่ของประเทศ และมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง (United Nations Office on Drugs and Crime, 2025) โดยเฉพาะในกลุ่มเยาวชนและวัยแรงงานซึ่งถือเป็นกำลังสำคัญในการพัฒนาประเทศ สถานการณ์ดังกล่าวสอดคล้องกับข้อมูลจาก สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี (สบยช.) กรมการแพทย์ ที่รายงานจำนวนผู้เข้ารับการบำบัดเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในปีงบประมาณ 2565–2567 จาก 6,106 ราย เป็น 7,139 ราย และ 7,344 ราย ตามลำดับ โดยในปี 2567 พบว่า ผู้เข้ารับการบำบัดรักษาเป็นผู้ป่วยนอกมีสัดส่วนร้อยละ 55.72 และผู้ป่วยร้อยละ 44.28 (สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี, 2567) แสดงให้เห็นถึงความต้องการการบำบัดที่หลากหลายและภาระที่เพิ่มขึ้นของระบบบริการสุขภาพ

เดิมการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดดำเนินการในรูปแบบผู้ป่วยใน (In-Patient Department; IPD) ภายใต้การดูแลของสถานพยาบาลเฉพาะทาง แม้วิธีการดังกล่าวมีประสิทธิภาพในระดับหนึ่ง แต่ยังคงมีข้อจำกัดหลายด้าน เช่น ค่าใช้จ่ายสูง การขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์ ความไม่สะดวกในการเข้าถึงบริการ และการมีส่วนร่วมของครอบครัวที่จำกัด ส่งผลให้ผู้ป่วยจำนวนมากไม่สามารถเข้าถึงการบำบัดได้อย่างทั่วถึง อีกทั้งยังพบอัตราการกลับไปใช้ยาเสพติดซ้ำในระดับสูง (สำนักงานเลขานุการคณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด, 2564) นอกจากนี้ ยังพบว่าผู้ป่วยจำนวนมากหยุดการบำบัดหลังสิ้นสุดระยะใช้ยา และไม่ได้เข้าสู่ระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยมีเพียงไม่ถึงครึ่งที่ยินยอมเข้ารับการฟื้นฟูในโรงพยาบาล เหตุผลสำคัญ ได้แก่ ภาระหน้าที่ในครอบครัว การขาดความพร้อมด้านค่าใช้จ่าย รวมถึงความเชื่อว่าตนเองมีสภาพร่างกายแข็งแรงเพียงพอจึงเลือกพักฟื้นที่บ้าน (สำเนา และคณะ, 2568) ปัญหาดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่า

การบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดมิใช่เพียงการรักษาทางการแพทย์ แต่ต้องอาศัยความร่วมมือจากครอบครัว ชุมชน และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อสร้างผลลัพธ์ที่ยั่งยืนและลดอัตราการกลับไปใช้ยาเสพติดซ้ำ

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า โปรแกรมบำบัดที่มีองค์ประกอบของการมีส่วนร่วมจากชุมชนสามารถช่วยลดความรุนแรงของการใช้สารเสพติด และเพิ่ม self-efficacy หรือความเชื่อมั่นในการควบคุมพฤติกรรม (Kaewkham et al., 2019) รวมถึงช่วยลดจำนวนผู้ใช้สารเสพติดที่ใช้งานอยู่ และลดกรณีใหม่ของการติดสารเสพติดได้ (Barrett & de Palo, 1999) ซึ่งล้วนมีส่วนสำคัญในการลดการกลับไปใช้ซ้ำ (relapse) ในระยะยาว (Heijdra Suasnabar et al., 2020) นอกจากนี้ รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติดในที่บ้าน (home ward) ในลักษณะการทำงานร่วมกันของทีมสหวิชาชีพที่ใช้ระบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี (case management) ที่แบ่งการดูแลออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่ การบำบัดยา การฟื้นฟูสมรรถภาพ และการติดตาม ผลการดำเนินงาน มีประสิทธิภาพสูงในการลดอัตราการกลับมารักษาซ้ำแบบผู้ป่วยในภายใน 3 เดือน ป้องกันการกลับไปใช้ยาซ้ำได้เป็นอย่างดี ผู้ป่วยและครอบครัวยังมีความพึงพอใจต่อการบริการ และผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับดี การประยุกต์ใช้แนวคิดการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยในที่บ้าน โดยครอบครัวมีส่วนร่วม จึงเป็นอีกทางเลือกหนึ่งที่เหมาะสม สามารถปรับให้สอดคล้องกับบริบทของผู้ป่วย และเพิ่มการเข้าถึงบริการได้อย่างมีประสิทธิภาพ (สำเนา และคณะ, 2568) ซึ่งระบบการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดในที่บ้าน (home ward) เป็นการดูแลผู้ป่วยที่บ้านเสมือนผู้ป่วยนอนโรงพยาบาลโดยใช้การเปลี่ยนผ่านการบำบัดรักษาจากโรงพยาบาลไปสู่ครอบครัวและชุมชน เป็นการดูแลในรูปแบบ Case Management ในการประเมิน วางแผน จัดการ ให้คำปรึกษา ทำกิจกรรมบำบัด และและติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่องตามระยะการรักษา โดยใช้เทคโนโลยี Application DMS Telemedidne เป็นช่องทางการสื่อสารในการติดต่อสำหรับผู้ป่วย แพทย์ และทีมสหวิชาชีพตลอดการรักษา (สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี (สบยช.) กรมการมารมการแพทย์, 2566)

งานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก เป็นหน่วยงานสำคัญในการดูแลและบำบัดผู้ติดยาเสพติดในพื้นที่ อย่างไรก็ตาม จากการดำเนินงานพบปัญหาหลัก ได้แก่ จำนวนผู้เข้ารับบริการบำบัดมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้เกิดภาวะผู้ป่วยล้นระบบ โปรแกรมการบำบัดแบบกลุ่มมีความแออัด ผู้ป่วยต้องรอคอยรับบริการเป็นเวลานาน บางรายตัดสินใจไม่เข้ารับการบำบัด ขณะเดียวกันยังพบปัญหาผู้ป่วยไม่มาตามนัด ทำให้การรักษาขาดความต่อเนื่องและมีอัตราการกลับไปใช้ซ้ำในระดับสูง อีกทั้งบุคลากรมีจำนวนไม่เพียงพอต่อภาระงาน ด้วยเหตุนี้ การพัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยในที่บ้าน (home ward) โดยมีครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วม จึงเป็นแนวทางที่มีศักยภาพในการเพิ่มการเข้าถึงบริการ ลดความขัดแย้งภายในครอบครัว และสร้างผลลัพธ์การฟื้นฟูที่ยั่งยืน ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีวัตถุประสงค์ที่จะศึกษาและพัฒนารูปแบบดังกล่าว ณ โรงพยาบาลบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก โดยคาดว่าผลการศึกษาจะเป็นประโยชน์ต่อการสร้างต้นแบบที่สามารถนำไปใช้จริง และต่อยอดสู่การประยุกต์ใช้ในชุมชนอื่น ๆ เพื่อยกระดับคุณภาพการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดของประเทศต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1) เพื่อศึกษาสถานการณ์การบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยในที่บ้าน โดยครอบครัวมีส่วนร่วม โรงพยาบาลบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก

2) เพื่อพัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยในที่บ้าน โดยครอบครัวมีส่วนร่วมโรงพยาบาลบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก

3) เพื่อประเมินผลการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยในที่บ้าน โรงพยาบาลบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก

สมมติฐานการวิจัย

ภายหลังได้รับรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยในที่บ้าน โดยครอบครัวมีส่วนร่วม ผู้ป่วยมีคะแนนคุณภาพชีวิต คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจต่อการบริการ และคะแนนความพึงพอใจของครอบครัว สูงกว่าก่อนได้รับรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยในที่บ้าน

ขอบเขตของการวิจัย

ขอบเขตด้านการศึกษา การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ตามแนวคิดของKemmis & McTaggart (1988) ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ การวางแผน (Plan) การปฏิบัติ (Do) การตรวจสอบ (Check) และการปรับปรุง (Act) โดยแบ่งการดำเนินการออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1: การศึกษาสถานการณ์ ปัญหา และพัฒนารูปแบบเบื้องต้น

ระยะที่ 2: การพัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยในที่บ้าน

ระยะที่ 3: การศึกษาผลของรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยในที่บ้าน

ขอบเขตด้านพื้นที่ โรงพยาบาลบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก

ขอบเขตด้านประชากร ผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูยาเสพติดของโรงพยาบาลบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก

ขอบเขตด้านระยะเวลา

ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย พฤศจิกายน 2568 ถึง มีนาคม 2569

ระยะเวลาในการเก็บข้อมูล ธันวาคม 2568 ถึง กุมภาพันธ์ 2569

กรอบแนวคิดการวิจัย

ตัวแปรต้น **ตัวแปรตาม**

รูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยในที่บ้าน โดยครอบครัวมีส่วนร่วม โรงพยาบาลบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก

ตามแนวคิดของ Kemmis&McTaggart (1998) ประกอบด้วย

1. ขั้นวางแผน (Plan)

- ศึกษาสถานการณ์ปัญหาการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด โรงพยาบาลบางระกำ ย้อนหลัง 3 ปี
- ทบทวนวรรณกรรมและพัฒนาร่างรูปแบบการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดในที่บ้าน (Home Ward)
- กำหนดแผนการดูแลรายกรณี (Case Management) ครอบคลุม 3 ระยะ และพัฒนาเครื่องมือวิจัย 5 ชุด

2. ขั้นปฏิบัติตามแผน (Action) รูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยในที่บ้าน โดยครอบครัวมีส่วนร่วม 6 กิจกรรม ใน 3 ระยะ

- ระยะที่ 1 บำบัดยา (2–4 สัปดาห์)

- กิจกรรมที่ 1 ปฐมนิเทศ ดูแลปลอดภัย และจัดทำแผนฉุกเฉินที่บ้าน
- กิจกรรมที่ 2 จัดการอาการถอนพิษยา และฝึกเทคนิคหายใจลึก
- กิจกรรมที่ 3 เสริมความรู้ครอบครัวเรื่องอาการถอนพิษ การช่วยเหลือ และการส่งต่อ

- ระยะที่ 2 ฟื้นฟูสมรรถภาพ (2–3 เดือน)

- กิจกรรมที่ 4 บันทึกความคิด–ความอยากยา (CBT Diary)
- กิจกรรมที่ 5 ฝึก Progressive Muscle Relaxation (PMR) และ Mindfulness Routine
-กิจกรรมที่ 6 ป้องกันการกลับไปใช้ซ้ำโดยครอบครัวมีส่วนร่วม

- ระยะที่ 3 ติดตาม

- ติดตามดูแลต่อเนื่องผ่านเทคโนโลยี DMS Telemedicine

3. ขั้นสังเกตการณ์ (Observation)

- สังเกตและบันทึกพฤติกรรมการปฏิบัติตามแผนการดูแลของผู้ป่วยและครอบครัวในแต่ละกิจกรรม
- ติดตามการใช้งานระบบ DMS Telemedicine และความสม่ำเสมอในการสื่อสารระหว่างผู้ป่วย-ทีมสหวิชาชีพ
- สังเกตบทบาทและการมีส่วนร่วมของครอบครัวในกระบวนการบำบัดฟื้นฟูแต่ละระยะ
-บันทึกปัญหา อุปสรรค และปัจจัยเอื้อที่เกิดขึ้นระหว่างการดำเนินงานในพื้นที่จริง

4. ขั้นสะท้อนผล (Reflection)

-สรุปและสะท้อนผลการปฏิบัติโดยทีมสหวิชาชีพและผู้ป่วย-ครอบครัว
-วิเคราะห์ปัญหา อุปสรรค และปัจจัยความสำเร็จในบริบทโรงพยาบาลชุมชน
-ปรับปรุงรูปแบบให้เหมาะสมเป็นระบบการปฏิบัติที่ดี (Good Practice) เพื่อขยายผลสู่โรงพยาบาลชุมชนอื่น

→

ประสิทธิผลของรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยในที่บ้านโดยครอบครัวมีส่วนร่วม

- คุณภาพชีวิตของผู้ป่วย
- ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการบริการ
- ความพึงพอใจของครอบครัว
- อัตราการคงอยู่ในระบบการติดตาม
- อัตราการไม่กลับไปใช้ยาซ้ำ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ตามแนวคิดของ Kemmis & McTaggart (1988) ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ การวางแผน (Plan) การปฏิบัติ (Do) การตรวจสอบ (Check) และ การปรับปรุง (Act) โดยแบ่งการดำเนินการออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1: การศึกษาสถานการณ์ ปัญหา และพัฒนารูปแบบเบื้องต้น

ระยะที่ 2: การพัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยในที่บ้าน

ระยะที่ 3: การศึกษาผลของรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยในที่บ้าน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูยาเสพติดของโรงพยาบาลบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูยาเสพติดของโรงพยาบาลบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก ระหว่างเดือนพฤศจิกายน-ธันวาคม 2568 โดยใช้วิธีการเลือกตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling)

ระยะที่ 2 คำนวณจากสูตรของ Cochran (1997)

$$n = \frac{z^2 p\,(1-p)}{e^2}$$

กำหนด; Z = ค่ามาตรฐานปกติที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 90 เท่ากับ 1.645

P = สัดส่วนประชากรหลังการบำบัดสามารถหยุดเสพต่อเนื่องจากงานวิจัยของ นุชรีย์ ทองเจิม และคณะ (2566) เท่ากับ 0.8

e = ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ เท่ากับ 0.20

ดังนั้น กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในระยะนี้จะเท่ากับ 10 คน และระยะนี้เป็นการศึกษานี้เป็นการวิจัยนำร่อง (pilot study) จึงใช้กลุ่มตัวอย่างขนาดเล็กเพื่อสำรวจความเป็นไปได้และประเมินเบื้องต้นสำหรับการวางแผนการศึกษาขนาดใหญ่ในระยะถัดไป

ระยะที่ 3 คำนวณจากสูตรของ Cochran (1997)

$$n = \frac{z^2 p\,(1-p)}{e^2}$$

กำหนด; Z = ค่ามาตรฐานปกติที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 เท่ากับ 1.96

P = สัดส่วนประชากรผู้ติดสารเสพติดสามารถหยุดใช้สารเสพติดได้จากงานวิจัยของ ราศรี อาษาจิตร และคณะ (2566) ประพัทธ์ ธรรมวงศา (2567) เท่ากับ 0.9

e = ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ เท่ากับ 0.05

จะได้กลุ่มตัวอย่าง 35 คน และเพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 จึงได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 39 คน

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria)

1. ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะการติดยาเสพติดระดับไม่รุนแรง
2. ไม่มีภาวะทางจิตรุนแรง เช่น หูแว่ว ประสาทหลอน
3. เป็นผู้ป่วยยาเสพติดที่ไม่มีอาการขาดยาที่รุนแรง
4. ผู้ป่วยที่ไม่จำเป็นต้องนอนรักษาในโรงพยาบาล สามารถรับการรักษาที่บ้านได้ โดยมีญาติหรือครอบครัวพร้อมสนับสนุน
5. สามารถสื่อสารผ่านทางอินเตอร์เน็ตได้
6. สมัครใจเข้าร่วมโครงการและลงนามในเอกสารยินยอม

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria)

1. ผู้ป่วยที่มีโรคแทรกซ้อนและมีอาการทางจิตรุนแรง ไม่สามารถเข้าร่วมวิจัยได้
2. ครอบครัวหรือผู้ดูแลไม่ยินยอมร่วมโครงการได้

เกณฑ์ถอดถอน (Withdrawal criteria)

1. ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามหรือเข้าร่วมกิจกรรมที่กำหนด
2. ผู้ป่วยแสดงความประสงค์ที่จะถอนตัวจากการศึกษาไม่ว่าด้วยเหตุผลใดก็ตาม
3. ผู้ป่วยเสียชีวิต หรือมีภาวะเจ็บป่วยรุนแรงที่ทำให้ไม่สามารถเข้าร่วมการศึกษาต่อได้
4. ผู้ป่วยออกจากพื้นที่โรงพยาบาลบางระกำในช่วงระยะเวลาการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยนี้ใช้เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถาม ซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นจากหลักการทางวิชาการและการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โดยแบบสอบถาม แบ่งออกเป็น 5 ชุด ดังนี้

1. แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป แบ่งออกเป็น 4 ส่วน คือ ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ข้อมูลการใช้สารเสพติดและประวัติการรักษา ข้อมูลครอบครัวและผู้ดูแล และข้อมูลการติดตามผล

2. แบบสอบถามคุณภาพชีวิต (WHOQOL-BREF-THAI) เป็นแบบสอบถามคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย ที่พัฒนาโดยกรมสุขภาพจิต (กรมสุขภาพจิต, 2545) มีลักษณะเป็นข้อคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ จำนวน 26 ข้อคำถาม โดยแบ่งเป็นข้อคำถามเชิงบวก 23 ข้อ และเชิงลบ 3 ข้อ มีเกณฑ์การแปลผล ดังนี้

1.00 – 2.33 หมายถึง คุณภาพชีวิตไม่ดี

2.34 – 3.67 หมายถึง คุณภาพชีวิตปานกลาง

3.68 – 5.00 หมายถึง คุณภาพชีวิตดี

3. แบบสอบถามความพึงพอใจต่อการบริการของผู้ป่วย แบบสอบถามนี้พัฒนาขึ้นจากแนวคิดของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (สรพ.) และปรับให้เหมาะสมกับบริบทของการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดที่บ้าน โดยประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 17 ข้อ ครอบคลุม 5 ด้าน ได้แก่ การเข้าถึงและการสื่อสาร คุณภาพการดูแลรักษาและความต่อเนื่อง สิ่งแวดล้อมและความพร้อมด้านดิจิทัล การมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน และความพึงพอใจโดยรวม ข้อคำถามทั้งหมดมีลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับโดยคะแนนมากที่สุดมีค่าเท่ากับ 5 คะแนน และคะแนนน้อยที่สุดเท่ากับ 1 คะแนน เกณฑ์การแปลผล (บุญชม ศรีสะอาด, 2539) สามารถแบ่งได้ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 1.00 – 1.50 หมายถึง มีความพึงพอใจน้อยที่สุด

ค่าเฉลี่ย 1.51 – 2.50 หมายถึง มีความพึงพอใจน้อย

ค่าเฉลี่ย 2.51 – 3.50 หมายถึง มีความพึงพอใจปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 3.51 – 4.50 หมายถึง มีความพึงพอใจมาก

ค่าเฉลี่ย 4.51 – 5.00 หมายถึง มีความพึงพอใจมากที่สุด

4. แบบสอบถามประเมินความพึงพอใจของครอบครัวต่อรูปแบบการบำบัดฟื้นฟู รวมถึงการรับรู้บทบาทของครอบครัวในการสนับสนุนการรักษาของผู้ป่วย แบบสอบถามนี้ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยอ้างอิงแนวคิดจากแบบสอบถามความพึงพอใจของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (สรพ.) และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ปรับให้เหมาะสมกับบริบทของการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดที่บ้าน โดยครอบครัวมีส่วนร่วม เนื้อหาประกอบด้วย 14 ข้อคำถาม แบ่งออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ 1) ความพึงพอใจต่อการบำบัดฟื้นฟู 2) การรับรู้บทบาทของครอบครัวในการสนับสนุนการรักษา และ 3) การสนับสนุนจากชุมชนและสิ่งแวดล้อม ข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ (5 = มากที่สุด ถึง 1 = น้อยที่สุด) การให้คะแนนตีความตามเกณฑ์ (บุญชม ศรีสะอาด, 2539) ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 1.00–1.50 หมายถึง มีความพึงพอใจ/การรับรู้น้อยที่สุด

ค่าเฉลี่ย 1.51–2.50 หมายถึง มีความพึงพอใจ/การรับรู้น้อย

ค่าเฉลี่ย 2.51–3.50 หมายถึง มีความพึงพอใจ/การรับรู้ปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 3.51–4.50 หมายถึง มีความพึงพอใจ/การรับรู้มาก

ค่าเฉลี่ย 4.51–5.00 หมายถึง มีความพึงพอใจ/การรับรู้มากที่สุด

5. แบบสัมภาษณ์เชิงลึก (Semi-structured Interview) แบบสัมภาษณ์เชิงลึกนี้ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพในผู้ป่วยและครอบครัว โดยอิงแนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) และการ

ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง เนื้อหาของคำถามเป็นคำถามปลายเปิด (Open-ended questions) เพื่อเปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนประสบการณ์ มุมมอง ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะได้อย่างอิสระ โดยกำหนดแนวทางคำถามหลักประมาณ 5 ข้อ โดยใช้ในระยะที่ 2 และ 3 เพื่อสังเคราะห์ประเด็นสำคัญและนำไปใช้เป็นข้อเสนอแนะในการพัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูต่อไป

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1) การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้แก่ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านจิตเวชและยาเสพติด อาจารย์ด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและการพยาบาลทางไกล และพยาบาลผู้มีประสบการณ์ด้านการบำบัดฟื้นฟู โดยพิจารณาความถูกต้อง ความครอบคลุม ความเหมาะสมของกิจกรรม ระยะเวลา ความเป็นไปได้ และภาษาที่ใช้ กำหนดค่า IOC มากกว่า 0.5 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยในที่บ้าน โดยครอบครัวมีส่วนร่วม และเครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้ค่า IOC ระหว่าง 0.67-1.00

2) การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) ผู้วิจัยนำรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยในที่บ้าน โดยครอบครัวมีส่วนร่วม ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยยาเสพติดที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 ราย ในโรงพยาบาลบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก ได้ค่าความเที่ยง Cronbach's Alpha = 0.84, 0.89 และ0.80 ตามลำดับ

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

ระยะที่ 1 ระยะเตรียมการและวางแผน (Plan) ประกอบด้วยการศึกษาสถานการณ์และพัฒนารูปแบบเบื้องต้น ได้แก่ การทบทวนวรรณกรรม วิเคราะห์ข้อมูลผู้ป่วยย้อนหลัง และการตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิเพื่อประเมินความตรงเชิงเนื้อหาและความเป็นไปได้ในการนำไปใช้จริง

ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการและพัฒนา (Do) ดำเนินการทดลองนำร่องกับกลุ่มตัวอย่าง 10 ราย โดยใช้วงจร PAOR ควบคู่กับการคัดกรองและวางแผนเฉพาะบุคคล และนำรูปแบบที่ประกอบด้วย 3 ระยะการบำบัด ได้แก่ ระยะบำบัดยา (Detox) ระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ (Rehab) และระยะติดตาม (Follow-up) ไปใช้จริง โดยบูรณาการกิจกรรมสำคัญ ได้แก่ ปฐมนิเทศ การจัดการอาการถอนพิษยา Telemedicine บันทึก CBT Diary ฝึก PMR และ Family Meeting Online

ระยะที่ 3 ระยะประเมินผลและปรับปรุง (Check & Act) ทดลองจริงกับกลุ่มตัวอย่าง 39 ราย เปรียบเทียบผลก่อน-หลัง และเก็บข้อมูลเชิงลึกเพิ่มเติม เพื่อสังเคราะห์เป็นรูปแบบฉบับสมบูรณ์และจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย



ภาพแสดงขั้นตอนการดำเนินวิจัย 3 ระยะ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาประมวลผลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 และวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส ข้อมูลการใช้สารเสพติดและประวัติการรักษา ได้แก่ ประเภทสารเสพติด ที่ใช้หลักอายุที่เริ่มใช้สารเสพติด ระยะเวลาที่ใช้สารเสพติด ประวัติการรักษา/บำบัดที่ผ่านมา ข้อมูลครอบครัวและผู้ดูแล ได้แก่ ความสัมพันธ์ของผู้ดูแลหลักกับผู้ป่วย รายได้เฉลี่ยของครอบครัว จำนวนสมาชิกในครัวเรือนข้อมูลการติดตามผล ได้แก่ สถานการณ์คงอยู่ในระบบติดตามและสถานะการกลับมารักษาซ้ำ วิเคราะห์ข้อมูลเป็นความถี่และร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจต่อการบริการของผู้ป่วย, คุณภาพชีวิต (WHOQOL-BREF-THAI) และความพึงพอใจของครอบครัว ระหว่างก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Paired t-test

3. วิเคราะห์ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะจากผู้ป่วย ครอบครัว และทีมสหวิชาชีพ โดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) เพื่อประเมินผลการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยในที่บ้าน และใช้เป็นข้อมูลปรับปรุงกระบวนการ

4. วิเคราะห์เนื้อหาจากการสัมภาษณ์เชิงลึกกับกลุ่มตัวอย่างนำร่อง จำนวน 10 ราย หลังได้รับการดูแลตามรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยในที่บ้าน โดยใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) เพื่อสรุปประเด็นสำคัญด้านประสบการณ์ ความพึงพอใจ ปัญหาและข้อเสนอแนะ

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการพิจารณาการศึกษาวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก โครงการเลขที่ 060/2568 เอกสารรับรองโครงการวิจัยเลขที่ PREC 059-2568 ประเภทการรับรองแบบเร่งรัด (Expedited Review) รับรองเมื่อวันที่ 28 พฤศจิกายน 2568

สรุปผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลอง (n=39)

ลักษณะทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
ส่วนที่ 1 : ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย		
เพศ		
ชาย	34	87.2
หญิง	5	12.8
อายุ ปี Mean (SD)	35.6(8.4)	
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	9	23.1
มัธยมศึกษาตอนต้น	15	38.5
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	10	25.6
อนุปริญญา/ปวส.	5	12.8
ปริญญาตรี	0	0
อาชีพ		
รับจ้างทั่วไป	18	46.2
เกษตรกร	9	23.1
ว่างงาน	7	17.9
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	0	0
อื่นๆ	5	12.8
สถานภาพ		
โสด	18	46.2

ลักษณะทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
สมรส/อยู่ด้วยกัน	13	33.3
หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่	8	20.5
ส่วนที่ 2 : ข้อมูลการใช้สารเสพติดและประวัติการรักษา		
ประเภทสารเสพติดหลัก		
ยาบ้า/เมทแอมเฟตามีน	35	89.7
อื่นๆ	4	10.3
อายุเฉลี่ยที่เริ่มใช้สารเสพติด (ปี) Mean (SD)	22.3 (4.2)	
ระยะเวลาที่ใช้สารเสพติดเฉลี่ย (ปี) Mean (SD)	8.4 (5.1)	
วิธีใช้สารเสพติด		
เสพ/กิน	32	82.1
สูบ/อื่นๆ	7	17.9
ประวัติการรักษา/บำบัดที่ผ่านมา		
เคยรักษาที่โรงพยาบาล	18	46.2
เคยรักษาที่ศูนย์บำบัด	10	25.6
ไม่เคยรักษา	11	28.2
ส่วนที่ 3: ข้อมูลครอบครัวและผู้ดูแล		
ความสัมพันธ์ของผู้ดูแลหลัก		
พ่อ/แม่	20	51.3
คู่สมรส	10	25.6
พี่/น้อง	6	15.4
อื่นๆ	3	7.7
รายได้เฉลี่ยครัวเรือน/เดือน		
ต่ำกว่า 10,000 บาท	18	46.2
10,001 – 20,000 บาท	13	33.3
มากกว่า 20,000 บาท	8	20.5
จำนวนสมาชิกในครัวเรือนเฉลี่ย (คน) Mean (SD)	4.3 (1.5)	

จากตารางที่ 1 กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 39 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 87.2 มีอายุเฉลี่ย 35.6 ปี (SD=8.4) มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 38.5 ด้านอาชีพ ส่วนใหญ่รับจ้างทั่วไป ร้อยละ 46.2 และมีสถานภาพโสดมากที่สุด ร้อยละ 46.2 สารเสพติดหลักที่ใช้คือยาบ้า/เมทแอมเฟตามีน ร้อยละ 89.7 มีอายุเฉลี่ยที่เริ่มใช้ 22.3 ปี (SD = 4.2) และใช้สารเสพติดมาเฉลี่ย 8.4 ปี (SD = 5.1) วิธีใช้ส่วนใหญ่เป็นการเสพ/กิน ร้อยละ 82.1 ด้านประวัติการรักษา พบว่าเคยรักษาที่โรงพยาบาลมาก่อนมากที่สุด ร้อยละ 46.2 ผู้ดูแลหลักส่วนใหญ่เป็นพ่อ/แม่ของผู้ป่วย ร้อยละ 51.3 รองลงมาเป็นคู่สมรส ร้อยละ 25.6 ครัวเรือนส่วนใหญ่มีรายได้ต่ำกว่า 10,000 บาท/เดือน ร้อยละ 46.2 มีจำนวนสมาชิกในครัวเรือนเฉลี่ย 4.3 คน (SD = 1.5)

ตารางที่ 2 เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ความพึงพอใจของผู้ป่วย และความพึงพอใจของครอบครัว ระหว่างก่อนและหลังการทดลอง

ตัวแปร	ก่อนทดลอง Mean ± SD	หลังทดลอง Mean ± SD	T-value	p-value
คุณภาพชีวิตของผู้ป่วย (WHOQOL-BREF-THAI)	51.8±10.2	67.8 (8.7)	-11.45	<0.001*
ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อรูปแบบการบำบัดฟื้นฟู	3.21±0.42	4.38±0.31	-15.23	<0.001*
ความพึงพอใจของครอบครัวต่อรูปแบบการบำบัดฟื้นฟู	3.13±0.44	4.41±0.32	-14.56	<0.001*

*p-value<0.05

จากตารางที่ 2 ภายหลังการทดลอง คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโดยรวมเพิ่มขึ้นจาก 51.8 คะแนน (SD=10.2) เป็น 67.8 คะแนน (SD=8.7) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -11.45$, $p < 0.001$) ด้านจิตใจมีคะแนนก่อนทดลองต่ำที่สุด (48.6 คะแนน) แต่เพิ่มขึ้นอย่างชัดเจนหลังการทดลอง (65.3 คะแนน เพิ่มขึ้น 16.7 คะแนน)

ผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้ป่วยโดยรวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จาก 3.21 (SD = 0.42) ระดับปานกลาง เป็น 4.38 (SD = 0.31) ระดับมาก ($t = -15.23$, $p < 0.001$) ทุกด้านมีคะแนนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ โดยด้านการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนมีคะแนนเฉลี่ยหลังสูงสุด (Mean = 4.45) รองลงมาคือด้านคุณภาพการดูแลและความต่อเนื่อง (Mean = 4.42)

ความพึงพอใจของครอบครัวโดยรวมเพิ่มขึ้นจาก 3.18 (SD = 0.44) เป็น 4.41 (SD = 0.32) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -14.56$, $p < 0.001$) ทุกด้านมีคะแนนเพิ่มขึ้น โดยด้านความพึงพอใจต่อการบำบัดฟื้นฟูมีคะแนนหลังสูงสุด (Mean = 4.43) ส่วนด้านการรับรู้บทบาทของครอบครัวมีค่า SD สูงกว่าด้านอื่น สะท้อนความแตกต่างของศักยภาพครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย

ตารางที่ 3 อัตราการคงอยู่ในระบบและอัตราการไม่กลับไปใช้สารเสพติดซ้ำ (n = 39)

ผลลัพธ์การรักษา	จำนวน (คน)	ร้อยละ
การคงอยู่ในระบบการติดตามและฟื้นฟู (n = 39)		
คงอยู่ในระบบการติดตาม	35	89.7
ขาดการติดตาม	4	10.3
Retention Rate (%)	-	**89.7**
สถานะการกลับมารักษาซ้ำ (Relapse) (n = 39)		
ไม่กลับมารักษาซ้ำ (Abstinence)	32	82.1
ผลลัพธ์การรักษา	**จำนวน (คน)**	**ร้อยละ**
กลับมารักษาซ้ำ (Relapse)	7	17.9
Abstinence Rate (%)	-	**82.1**

จากตารางที่ 3 กลุ่มตัวอย่างคงอยู่ในระบบติดตาม 35 คน (Retention Rate ร้อยละ 89.7) มีเพียง 4 คน (ร้อยละ 10.3) ที่ขาดการติดตาม อัตราการไม่กลับมารักษาซ้ำ (abstinence rate) อยู่ที่ร้อยละ 82.1 มีผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำ 7 คน (ร้อยละ 17.9)

ผลการวิเคราะห์เชิงคุณภาพ

การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) จากการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ป่วยและครอบครัว พบประเด็นสำคัญ 4 ประเด็น ดังนี้

1. ประสบการณ์ด้านบวกต่อรูปแบบการบำบัดที่บ้าน พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่รายงานว่ารู้สึกสะดวกสบายและมีความเครียดน้อยกว่าการนอนรักษาในโรงพยาบาล สามารถดำเนินชีวิตประจำวันและดูแลตนเองไปพร้อมกันได้ ครอบครัวมีบทบาทสำคัญในการเป็นกำลังใจและกระตุ้นให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามแผนการบำบัดอย่างสม่ำเสมอ ผู้ป่วยระบุว่าการอยู่ใกล้ครอบครัวช่วยให้มีแรงจูงใจในการเลิกใช้สารเสพติดมากกว่าการรักษาในสถานพยาบาล

2. ปัจจัยที่ส่งเสริมความสำเร็จของการบำบัด พบว่า ปัจจัยสำคัญ ได้แก่ (1) การสนับสนุนต่อเนื่องจากครอบครัว โดยเฉพาะพ่อแม่และคู่สมรส (2) ความสม่ำเสมอในการติดต่อกับทีมบำบัดผ่าน Telemedicine (3)

ผู้ป่วยมีแรงจูงใจและเป้าหมายชัดเจนในการหยุดใช้ยาเสพติด และ (4) เครือข่าย อสม. ในชุมชนช่วยติดตามและให้กำลังใจผู้ป่วยและครอบครัวในพื้นที่

3. ปัญหาและอุปสรรค พบว่า อุปสรรคสำคัญ ได้แก่ (1) สัญญาณอินเทอร์เน็ตไม่เสถียรในบางพื้นที่ชนบท ส่งผลต่อคุณภาพการสื่อสาร Telemedicine (2) ครอบครัวบางส่วนขาดทักษะการใช้เทคโนโลยีดิจิทัล (3) ผู้ป่วยบางรายประสบปัญหาทางการเงิน ทำให้การปฏิบัติตามแผนขาดความต่อเนื่อง และ (4) ความกังวลด้านการถูกตีตราจากสังคมและชุมชน

อภิปรายผล

คะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวม (WHOQOL-BREF-THAI) ของผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้การที่ด้านจิตใจมีการปรับตัวดีขึ้นมากที่สุด สามารถอธิบายได้ว่าการบำบัดที่บ้านทำให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างต่อเนื่องโดยไม่ถูกแยกออกจากครอบครัวและสังคม ลดความรู้สึกโดดเดี่ยวและการถูกตีตรา ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลลบต่อสุขภาพจิตของผู้ป่วยยาเสพ สอดคล้องกับงานวิจัยของ สำเนา นิลบรรพ์ และคณะ (2568) ได้ศึกษาพัฒนาและประเมินผลรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติดในที่บ้าน (home ward) ในกลุ่มผู้ป่วยยาและสารเสพติดที่เข้ารับบริการ ผู้ป่วยและครอบครัวมีความพึงพอใจในระดับมากถึงมากที่สุด และผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตโดยรวมในระดับดี และสอดคล้องกับงานวิจัยของ ปัทมา และคณะ (2566) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดฟื้นฟูแบบชุมชนบำบัด (Therapeutic Community) ในผู้ติดยาเสพติด พบว่าคะแนนคุณภาพชีวิตด้านจิตใจมีการเปลี่ยนแปลงมากที่สุดในกลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวอย่างต่อเนื่องและการที่ผู้ป่วยสามารถรักษาบทบาทหน้าที่ในครอบครัวและสังคมไว้ได้ระหว่างการรักษาเป็นปัจจัยเสริมคุณภาพชีวิตที่สำคัญ

ผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจโดยรวมต่อการบริการเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติรูปแบบการบำบัดที่บ้านช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกสะดวกสบายและลดความเครียดที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงสภาพแวดล้อมจากบ้านไปสู่สถานพยาบาล สอดคล้องกับการศึกษาของสำเนา นิลบรรพ์ และคณะ (2568) ได้ศึกษาพัฒนาและประเมินผลรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติดในที่บ้าน (home ward) ในกลุ่มผู้ป่วยยาและสารเสพติดที่เข้ารับบริการ ผู้ป่วยและครอบครัวมีความพึงพอใจในระดับมากถึงมากที่สุด

ความพึงพอใจของครอบครัวโดยรวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สะท้อนให้เห็นว่ารูปแบบการบำบัดที่บ้านสามารถตอบสนองความต้องการของครอบครัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผลดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของ Copello et al. (2006) ซึ่งพบว่าครอบครัวที่ได้รับการสนับสนุนให้มีบทบาทโดยตรงในการบำบัดมีความพึงพอใจต่อกระบวนการรักษาสูงกว่าครอบครัวที่ทำหน้าที่เพียงผู้ส่งต่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาเท่านั้น อย่างไรก็ตาม ด้านการรับรู้บทบาทของครอบครัวมีค่า SD สูงกว่าด้านอื่น สะท้อนให้เห็นถึงความแตกต่างในศักยภาพของ

ครอบครัวแต่ละครอบครัวในการรับรู้และปฏิบัติบทบาทผู้ดูแล ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Stanton & Shadish (1997) ที่ระบุว่าปัจจัยทักษะการจัดการครอบครัว (family management skills) มีความแปรปรวนสูงระหว่างครอบครัว และส่งผลต่อผลลัพธ์ของการบำบัดอย่างมีนัยสำคัญ ดังนั้น การพัฒนารูปแบบในอนาคตควรให้ความสำคัญกับการเสริมสร้างทักษะและองค์ความรู้แก่ครอบครัวอย่างเป็นระบบและต่อเนื่องก่อนเริ่มโปรแกรม

นอกจากนี้ ผลการสัมภาษณ์เชิงลึกยังพบว่าการสนับสนุนจากพ่อแม่และคู่สมรสเป็นปัจจัยหลักที่ส่งเสริมความสำเร็จของการบำบัด สอดคล้องกับทฤษฎี Family Systems Theory ของ Bowen (1978) ที่อธิบายว่าครอบครัวทำหน้าที่เป็นระบบที่มีพลวัต การมีส่วนร่วมของสมาชิกทุกคนในระบบจะก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีกว่าการบำบัดที่มุ่งเน้นเฉพาะบุคคล ทั้งนี้ การที่ผู้ดูแลหลักส่วนใหญ่ (ร้อยละ 51.3) เป็นพ่อแม่ของผู้ป่วย สะท้อนถึงความสำคัญของความสัมพันธ์แบบดั้งเดิมในสังคมไทยที่พ่อแม่ยังคงมีบทบาทสูงในการดูแลสมาชิกครอบครัว แม้จะเป็นผู้ใหญ่แล้วก็ตาม

กลุ่มตัวอย่างคงอยู่ในระบบติดตาม ร้อยละ 89.7สะท้อนถึงความสำเร็จของรูปแบบการบำบัดในการลดการสูญหายระหว่างการศึกษา (drop-out rate) ซึ่งมักเป็นปัญหาสำคัญในการบำบัดผู้ติดยาเสพติด โดยปกติงานวิจัยด้านการบำบัดยาเสพติดมักมีอัตราการสูญหายสูงถึงร้อยละ 25-40 (Brorson et al., 2023) การที่รูปแบบนี้สามารถรักษาอัตราการคงอยู่ได้สูงบ่งชี้ว่าการบำบัดที่บ้านลดอุปสรรคในการเข้ารับบริการได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งด้านเวลา ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง และความกังวลเรื่องการถูกตีตราจากสังคม ซึ่งสอดคล้องกับผลการสัมภาษณ์เชิงลึกที่พบว่าผู้ป่วยรายงานความรู้สึกสะดวกสบายและมีความเครียดน้อยกว่าการนอนรักษาในโรงพยาบาล

ข้อเสนอแนะ

โรงพยาบาลและหน่วยงานที่ต้องการนำรูปแบบนี้ไปปรับใช้ควรดำเนินการในหลายด้าน ได้แก่ (1) พัฒนาระบบการคัดกรองผู้ป่วยที่เหมาะสมกับการบำบัดที่บ้านโดยใช้เครื่องมือมาตรฐาน เพื่อคัดเลือกผู้ป่วยที่มีระดับความรุนแรงของการติดยาไม่มากและมีสภาพแวดล้อมครอบครัวที่เหมาะสม (2) จัดโปรแกรมเตรียมความพร้อมครอบครัว (family preparation program) ก่อนเริ่มการบำบัด ครอบคลุมทักษะการใช้เทคโนโลยีดิจิทัล การสื่อสารเชิงบวก และการรับมือกับสถานการณ์วิกฤต (3) กำหนดแผนการติดตามที่ชัดเจนโดยระบุความถี่ รูปแบบและเครื่องมือที่ใช้ในการติดตามผ่าน Telemedicine เพื่อให้มั่นใจในความต่อเนื่องของการดูแล

เอกสารอ้างอิง

กรมสุขภาพจิต. (2545). แบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก ชุด 26 คำถาม ฉบับภาษาไทย. กระทรวงสาธารณสุข.

บุญชม ศรีสะอาด. (2539). การวิจัยเบื้องต้น (พิมพ์ครั้งที่ 4). สุวีริยาสาส์น.

ปัทมา สุริยะ และคณะ. (2566). ผลของโปรแกรมการบำบัดฟื้นฟูแบบชุมชนบำบัดในผู้ติดยาเสพติด. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, 37(2), 45–62.

ราศรี อาษาจิตร และคณะ. (2566). ประสิทธิผลของโปรแกรมบำบัดผู้ติดสารเสพติดในชุมชน. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย, 31(1), 28–41.

สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี (สบยช.) กรมการแพทย์. (2566). แนวทางการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดในที่บ้าน (Home Ward). กระทรวงสาธารณสุข.

สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี (สบยช.) กรมการแพทย์. (2567). รายงานสถิติผู้เข้ารับการบำบัดประจำปี 2567. กระทรวงสาธารณสุข.

สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด. (2567). รายงานการสำรวจสถานการณ์การใช้ยาเสพติดในประเทศไทย ปี 2567. สำนักนายกรัฐมนตรี.

สำนักงานเลขานุการคณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด. (2564). แนวทางการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด. กรมการแพทย์.

สำเนา นิลบรรพ์ และคณะ. (2568). การพัฒนาและประเมินผลรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติดในที่บ้าน. วารสารการพยาบาลและสุขภาพ, 19(1), 112–128.

สุภาพร และคณะ. (2567). ผลกระทบของการใช้สารเสพติดต่อครอบครัวและชุมชน. วารสารสาธารณสุข ชุมชน, 12(3), 67–80.

Barrett, M. E., & de Palo, D. M. (1999). Community-based programs for drug abuse prevention. Journal of Drug Issues, 29(1), 231–258.

Boonruang, J., et al. (2025). Drug addiction and public health in Thailand: Current challenges. Asia - Pacific Journal of Public Health, 37(1), 45–58.

Bowen, M. (1978). Family therapy in clinical practice. Jason Aronson.

Brorson, H. H., et al. (2023). Drop-out from addiction treatment: A systematic review of risk factors. Clinical Psychology Review, 103, 102–118.

Copello, A. G., et al. (2006). Family interventions in the treatment of alcohol and drug problems. Drug and Alcohol Review, 25(4), 369–385.

Cochran, W. G. (1997). Sampling Techniques (3rd ed.). New York: John Wiley & Sons.

Heijdra Suasnabar, J. M., et al. (2020). Effectiveness of community-based substance use prevention programs. Preventive Medicine Reports, 20, 101–112.

Kaewkham, S., et al. (2019). Community-based drug rehabilitation program and self-efficacy. Journal of Health Sciences, 28(4), 789–800.

Kemmis, S., & McTaggart, R. (1988). The action research planner (3rd ed.). Deakin University Press.

Stanton, M. D., & Shadish, W. R. (1997). Outcome, attrition, and family-couples treatment for drug abuse. Psychological Bulletin, 122(2), 170–191.

United Nations Office on Drugs and Crime. (2024). World drug report 2024. United Nations.

United Nations Office on Drugs and Crime. (2025). World drug report 2025. United Nations.

Received: 5 Jun 2026 ; **Revised:** 15 Jun 2026
Accepted: 30 Jun 2026

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมะรุ่ย อำเภอทับปุด จังหวัดพังงา

ศรัณญา บุญรักษ์ [1]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนามีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมะรุ่ย อำเภอทับปุด จังหวัดพังงา กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนและมารับบริการ จำนวน 234 คน คัดเลือก โดยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบมีระบบ จากประชากรทั้งหมด 468 คน ใน 4 หมู่บ้าน คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างใช้สูตรของ Daniel (2010) เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ แบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ คุณลักษณะส่วนบุคคล ความรอบรู้ด้านสุขภาพ 6 และพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ทดสอบคุณภาพของแบบสัมภาษณ์โดยแบบสัมภาษณ์ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน และนำไปทดลองใช้เพื่อวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟ่าครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์ เท่ากับ 0.851 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา สถิติเชิงอนุมานโดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันและสถิติไคสแควร์ ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.191$, P-value< 0.01) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศมีความสัมพันธ์สูงสุด ($r = 0.474$, P-value< 0.01) รองลงมาคือ ด้านความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ ($r = 0.406$, P-value< 0.01) ด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพ ($r = 0.327$, P-value< 0.01) ด้านการจัดการตนเองให้มีความปลอดภัย ($r = 0.277$, P-value< 0.01) และด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง ($r = 0.165$, P-value $= 0.011$) ยกเว้นด้านการสื่อสารเพิ่มความเชี่ยวชาญทางสุขภาพซึ่งมีความสัมพันธ์เชิงลบ ($r = -0.308$, P-value< 0.01)

คำสำคัญ : ความดันโลหิตสูง, พฤติกรรมสุขภาพ, ความรอบรู้ด้านสุขภาพ

[1] **พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมะรุ่ย อำเภอทับปุด จังหวัดพังงา,** E-mail: sranyabuyraks@gmail.com

Factors Associated with Health Behaviors among Hypertensive Patients in the Catchment Area of Marui Sub-district Health Promoting Hospital, Thap Put District, Phang Nga Province

Saranya Bunrak [1]

Abstract

This descriptive research aimed to examine factors associated with health behaviors among hypertensive patients under the responsibility of Maruai Sub-district Health Promoting Hospital, Thap Put District, Phang Nga Province. The sample consisted of 234 hypertensive patients who were registered and receiving services, selected by systematic random sampling from a total population of 468 individuals across four villages. Sample size was calculated using Daniel's formula (2010). The research instrument was a structured interview questionnaire developed by the researcher, comprising three sections: personal characteristics, health literacy (six domains), and health behaviors of hypertensive patients. Content validity was assessed by three subject matter experts, and reliability was examined through a pilot study using Cronbach's alpha coefficient, yielding a reliability coefficient of 0.851. Data were analyzed using descriptive statistics and inferential statistics, including Pearson's correlation coefficient and Chi-square test. Overall health literacy demonstrated a statistically significant positive correlation with health behaviors ($r = 0.191$, P-value < 0.01). Domain-specific analysis revealed that media and information literacy exhibited the strongest correlation ($r = 0.474$, P-value < 0.01), followed by health knowledge and understanding ($r = 0.406$, P-value < 0.01), access to health services ($r = 0.327$, P-value < 0.01), self-management for safety ($r = 0.277$, P-value < 0.01), and informed decision-making ($r = 0.165$, P-value $= 0.011$). Notably, the domain of communicative health expertise enhancement demonstrated a statistically significant negative correlation with health behaviors ($r = -0.308$, P-value < 0.01).

Keywords: hypertension, health behaviors, health literacy

[1] Registered Nurse, Professional Level, Marui Sub-district Health Promoting Hospital, Thap Put District, Phang Nga Province
E-mail: sranyabuyraks@gmail.com

บทนำ

โรคความดันโลหิตสูง (Hypertension) เป็นโรคที่สำคัญมาก โดยจะตรวจพบได้จากการวัดความดันโลหิตได้ในระดับที่สูงกว่าปกติเรื้อรังอยู่เป็นเวลานาน องค์การอนามัยโลก กำหนดไว้ตั้งแต่ พ.ศ.๒๕๔๒ ว่า ผู้ใดก็ตามที่มีความดันโลหิตวัดได้มากกว่า 140/90 มม.ปรอท ถือว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง และผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงและไม่รักษาให้ถูกต้องจะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคต่างๆ เช่น โรคอัมพาตจากหลอดเลือดในสมองตีบ โรคหลอดเลือดในสมองแตก โรคหัวใจขาดเลือด โรคหัวใจวาย โรคไตวาย หลอดเลือดแดงใหญ่โป่งพอง เป็นต้น โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่พบได้บ่อยโดยปัจจุบันสำรวจพบว่าคนไทยประมาณร้อยละ 20 เป็นโรคความดันโลหิตสูง คนส่วนใหญ่ที่มีความดันโลหิตสูงมักจะไม่รู้ตัวว่าเป็นโรค เมื่อรู้ตัวว่าเป็นส่วนมากจะไม่ได้รับการดูแลรักษา ส่วนหนึ่งอาจจะเนื่องจากไม่มีอาการทำให้คนส่วนใหญ่ ไม่ได้ให้ความสนใจ เมื่อเริ่มมีอาการหรือภาวะแทรกซ้อนแล้วจึงจะเริ่มสนใจและรักษา ซึ่งบางครั้งก็อาจจะทำให้ผลการรักษาไม่ดีเท่าที่ควรการควบคุมความดันโลหิตให้ปกติอย่างสม่ำเสมอ สามารถลดโอกาสเกิดโรคอัมพฤกษ์ อัมพาต หรือโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ได้อย่างชัดเจน เป็นข้อเท็จจริงทางการแพทย์ที่ได้รับการพิสูจน์แล้วและเป็นที่ยอมรับกันทั่วโลก(กรมควบคุมโรค, 2562) เหตุที่มุ่งเน้นการสร้างความตระหนักต่อโรคความดันโลหิตสูงนั้นเนื่องจาก สถิติทั่วโลกบ่งชี้ว่าในผู้ป่วย โลกความดันโลหิตสูงนั้นมีเพียงร้อยละ 50 เท่านั้นที่รู้ตัวว่าป่วย และมีเพียงส่วนน้อยเท่านั้นที่มีความตระหนัก ถึงร้อยละ 75 และในประชากรบางกลุ่มยังมีความตระหนักน้อยต่อโรคความดันโลหิตสูง คือ มีเพียงแค่ ร้อยละ 10

โรคความดันโลหิตสูงเป็นปัญหาที่สำคัญทางสุขภาพที่ร้ายแรงของโลก ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงจะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจ โรคไตวายเรื้อรัง และปัญหาสุขภาพอื่นๆตามมาในประเทศไทยความชุกของโรคความดันโลหิตสูงในประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปอยู่ที่ร้อยละ 25.4 โดยพบในผู้ชาย ร้อยละ 26.7 และผู้หญิง ร้อยละ 24.2 แม้ประเทศไทยจะพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยและนำผู้ป่วยเข้าสู่กระบวนการรักษาได้เพิ่มมากขึ้นแต่ยังมีผู้ป่วยจำนวนมากที่ไม่สามารถ ควบคุมความดันโลหิตได้อย่างเหมาะสม ซึ่งเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนและการเสียชีวิตได้ (วัชริยา วิเศษนคร, 2568) จากการสำรวจสุขภาพประชากรไทยในปี 2562-2563 พบว่าประชากรอายุ 18 ปีขึ้นไป เป็นโรคความดันโลหิตสูง 13 ล้านคน และในจำนวนนี้มีมากถึง 7 ล้านคนไม่ทราบว่าตนเองป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง หากผู้ป่วยมีภาวะความดันโลหิตสูงเป็นระยะเวลานานและไม่ได้รับการดูแลรักษา ความรุนแรงของโรคจะเพิ่มมากขึ้น อาจแสดงอาการต่างๆ ได้แก่ ปวดศีรษะ ใจสั่น ตาพร่ามัว อ่อนเพลีย วิงเวียน สับสน หายใจลำบาก หัวใจเต้นผิดปกติ

สถานการณ์ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในจังหวัดพังงา พบว่าโรคความดันโลหิตสูงในจังหวัดพังงา พบว่ามีจำนวนเพิ่มมากขึ้น โดยปี พ.ศ.2566-2568 มีจำนวนผู้ป่วยโรคความหิตสูงเท่ากับ 37,263 , 37,700 และ 38,957

ตามลำดับ จำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในอำเภอทับปุด จังหวัดพังงา เท่ากับ 3,730, 3,747 และ 3,792 ตามลำดับ และในตำบลมะรุ่ย อำเภอทับปุด มีจำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีจำนวนผู้ป่วยย้อนหลัง 3 ปี ดังนี้ 451 ,466 และ 468 ตามลำดับ จากข้อมูลดังกล่าวแนวโน้มของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีเพิ่มขึ้นเรื่อยๆอย่างต่อเนื่อง (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพังงา, 2568)

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมะรุ่ย อำเภอทับปุด จังหวัดพังงา เพื่อนำข้อมูลมาพัฒนาปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมะรุ่ย อำเภอทับปุด จังหวัดพังงาต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมะรุ่ย อำเภอทับปุด จังหวัดพังงา

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research study) ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนธันวาคม พ.ศ.2568–พฤษภาคม พ.ศ.2569 โดยกำหนดกรอบแนวคิด ประกอบด้วย ตัวแปรอิสระ คือ 1) คุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง 2) การรับรู้ด้านสุขภาพ ตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมะรุ่ย อำเภอทับปุด จังหวัดพังงา

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มประชากรที่ใช้ในการศึกษาคือ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ตำบลมะรุ่ย อำเภอทับปุด จังหวัดพังงา ที่ขึ้นทะเบียนและมารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมะรุ่ย อำเภอทับปุด จังหวัดพังงา จำนวน 468 คน กำหนดเกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง และได้รับการรักษามาแล้วไม่น้อยกว่า 6 เดือน มีภูมิลำเนาหรือมีถิ่นที่อยู่อาศัยในพื้นที่ตำบลมะรุ่ย อำเภอทับปุด จังหวัดพังงา เป็นเวลาไม่น้อยกว่า 6 เดือนต่อเนื่อง สามารถสื่อสาร ฟัง พูด อ่าน เขียนภาษาไทยได้ กำหนดเกณฑ์การคัดออก ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังที่มีความรุนแรงและส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน ผู้ป่วยที่มีแผนจะย้ายภูมิลำเนาออกจากพื้นที่การศึกษาในระหว่างช่วงเวลาการเก็บรวบรวมข้อมูล หรือไม่สามารถติดต่อได้ในช่วงระยะเวลาการทำวิจัยคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ทราบจำนวน

ประชากรที่แน่นอนโดยใช้สูตร Daniel (2010) กำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ 95% ค่าความคลาดเคลื่อนสามารถยอมรับได้เท่ากับ 0.05 ได้กลุ่มตัวอย่าง เท่ากับ 234 คน

การสุ่มตัวอย่าง

การสุ่มตัวอย่างใช้วิธีการสุ่มแบบมีระบบ (Systematic Random Sampling) ใช้วิธีการเทียบสัดส่วน (Quota Sampling) จำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในแต่ละหมู่บ้าน รวมทั้งหมด 468 คน เพื่อเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงทุกคน มีโอกาสได้รับคัดเลือกเป็นกลุ่มตัวอย่างเท่าๆ กัน โดยนำรายชื่อผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในแต่ละหมู่บ้านมาเรียงลำดับรายชื่อตามตัวอักษร ก ถึง ฮ แล้วคำนวณค่าระยะห่างของการสุ่ม เท่ากับ 2 หลังจากนั้นเริ่มสุ่มหยิบรายชื่อกลุ่มตัวอย่างคนแรกแล้วหยิบรายชื่อกลุ่มตัวอย่างลำดับถัดไปโดยเว้นระยะห่างของรายชื่อเท่ากับ 2 สุ่มหยิบรายชื่อกลุ่มตัวอย่างไปจนครบ จำนวน 234 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย 3 ส่วน

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา การประกอบอาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ระยะเวลาการป่วยเป็นโรค และภาวะแทรกซ้อนโรคประจำตัว

ส่วนที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีของนัทบีม (Nutbeam, 2000)ประกอบด้วย การเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพและบริการสุขภาพ, ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ, การสื่อสารเพิ่มความเชี่ยวชาญทางสุขภาพ, การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ, การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง, การจัดการตนเองให้มีความปลอดภัย ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบตามระดับความคิดเห็น 5 ระดับคือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย ประกอบด้วย การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การดื่มสุรา การสูบบุหรี่ การตรวจสุขภาพ การรับประทานยา การมาตรวจตามนัด และการพักผ่อนลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบตามระดับการปฏิบัติ 5 ระดับคือ ปฏิบัติมากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด

แบบสอบถามส่วนที่ 2-3 ใช้เกณฑ์การแปลผลตามแนวคิดของ Best John W. (1977) แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับสูง (3.67–5.00 คะแนน) ระดับปานกลาง (2.34–3.66 คะแนน) และระดับต่ำ (1.00–2.33 คะแนน)

แบบสอบถามนี้สร้างขึ้นจากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โดยแบบสอบถามผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน (ค่า IOC ระหว่าง 0.50-1.00) หลังจาก

นั้นนำไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติเหมือนกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน วิเคราะห์หาความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach, 1997) เท่ากับ 0.851

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติสถิติเชิงพรรณนาและการทดสอบสมมุติฐานวิจัยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment correlation coefficient) โดยพิจารณาค่า P-value ที่มีค่าน้อยกว่า 0.05

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยฉบับนี้ได้ผ่านการรับรองให้ทำวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยนอร์ทเทิร์นเอกสารรับรองเลขที่ NREC 0029/2569 วันที่ 15 มกราคม 2569

ผลการศึกษาวิจัย

ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (62.80%) มีอายุ 55 ปีขึ้นไป (86.30%) ($\bar{X}$=66.94, S.D.=9.85, Max=90, Min=40) มีสถานภาพสมรสคู่/แต่งงาน/อยู่ด้วยกัน (75.60%) ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (76.50%) ประกอบอาชีพเกษตรกรรม (55.10%) รายได้เฉลี่ยส่วนใหญ่ น้อยกว่า 10,000 บาท ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงแล้วมีโรคประจำตัวอื่นร่วมด้วยส่วนใหญ่เป็นโรคไขมันในเลือดสูง (29.50%) รองลงมาคือ เบาหวาน (26.90%) และโรคไต (0.90)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย ด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพ ด้านความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ ด้านการสื่อสารเพิ่มความเชี่ยวชาญทางสุขภาพ, ด้านการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ ด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง และด้านการจัดการตนเองให้มีความปลอดภัย ในภาพรวมความรอบรู้ด้านสุขภาพมีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง (86.80%) ($\bar{X}$=4.05, S.D.=0.367) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมะรุ่ย อำเภอทับปุดจังหวัดพังงา (n=234)

ด้านความรอบรู้	ระดับ						Mean	S.D.
	สูง		ปานกลาง		ต่ำ			
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ		
ด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพ	169	72.20	65	27.80	0	0	3.89	0.465
ด้านความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ	196	83.80	38	16.20	0	0	3.99	0.469
ด้านการสื่อสารเพิ่มความเชี่ยวชาญทางสุขภาพ	215	91.90	19	8.10	0	0	4.29	0.445
ด้านการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ	184	78.60	50	21.40	0	0	4.03	0.488
ด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง	210	89.70	24	10.30	0	0	4.21	0.454
ด้านการจัดการตนเองให้มีความปลอดภัย	171	73.10	61	26.10	2	0.90	3.97	0.571
รวม	**203**	**86.80**	**31**	**13.20**	**0**	**0**	**4.05**	**0.367**

พฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมะรุ่ย อำเภอทับปุด จังหวัดพังงา ประกอบด้วย ด้านการการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการจัดการความเครียด ด้านการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และการสูบบุหรี่ ด้านการรับประทานยา ด้านการตรวจสุขภาพ ด้านการตรวจสุขภาพ และการพักผ่อน ในภาพรวมพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับสูง (77.80%) ($\bar{X}$=2.78, S.D.=0.417) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมะรุ่ย อำเภอทับปุด จังหวัดพังงา (n=234)

พฤติกรรมสุขภาพ	ระดับ							
	สูง		ปานกลาง		ต่ำ		Mean	S.D.
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ		
ด้านการการรับประทานอาหาร	94	40.20	137	58.50	3	1.30	2.39	0.514
ด้านการออกกำลังกาย	101	43.20	93	39.70	40	17.10	2.26	0.733
ด้านการจัดการความเครียด	110	47.00	118	50.40	6	2.60	2.44	0.547
ด้านการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และการสูบบุหรี่	187	79.90	44	18.80	3	1.30	2.79	0.441
ด้านการรับประทานยา	205	87.60	28	12.00	1	0.40	2.87	0.348
ด้านการตรวจสุขภาพ	195	83.30	39	16.70	0	0.00	2.83	0.373
การพักผ่อนและการดูแลตนเองโดยรวม	136	58.10	97	41.50	1	0.40	2.58	0.504
รวม	**182**	**77.80**	**52**	**22.20**	**0**	**0**	**2.78**	**0.417**

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมะรุ่ย อำเภอทับปุด จังหวัดพังงา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r=0.191, P-value=0.003) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 สัมประสิทธ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ระหว่างปัจจัยความรอบรู้ด้านสุขภาพ ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมะรุ่ย อำเภอทับปุด จังหวัดพังงา (n=234)

ปัจจัย	พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง		
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (r)	P-value	ระดับความสัมพันธ์
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	0.191	0.003	มีความสัมพันธ์เชิงบวก
- ด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพ	0.327	<0.01	มีความสัมพันธ์เชิงบวก
- ด้านความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ	0.406	<0.01	มีความสัมพันธ์เชิงบวก
- ด้านการสื่อสารเพิ่มความเชี่ยวชาญทางสุขภาพ	-0.308	<0.01	มีความสัมพันธ์เชิงลบ
- ด้านการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ	0.474	<0.01	มีความสัมพันธ์เชิงบวก
- ด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง	0.165	0.011	มีความสัมพันธ์เชิงบวก
- ด้านการจัดการตนเองให้มีความปลอดภัย	0.277	<0.01	มีความสัมพันธ์เชิงบวก

การอภิปรายผล

ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย ด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพ ด้านความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ ด้านการสื่อสารเพิ่มความเชี่ยวชาญทางสุขภาพ, ด้านการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ ด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง และด้านการจัดการตนเองให้มีความปลอดภัย ในภาพรวมความรอบรู้ด้านสุขภาพมีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง (86.80%) จากผลการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r= 0.191, P-value<0.01) ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดและทฤษฎีของ Nutbeam (2000) ที่ระบุว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นตัวกำหนดสำคัญที่ส่งผลต่อแรงจูงใจและความสามารถของบุคคลในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และสอดคล้องกับการศึกษาของนฤมล กอกอง และอมรศักดิ์ โพธิ์อ่ำ (2567) ที่พบความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมระดับความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญ (r=0.869, P-value<0.001) ตลอดจนสอดคล้องกับการศึกษาของจุลลดา เหมโส (2567) ที่พบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในระดับสูง (r=0.793, P-value<0.001)

ด้านการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศมีค่าสหสัมพันธ์สูงที่สุดกับพฤติกรรมสุขภาพ (r=0.474, P-value<0.01) บ่งชี้ว่าผู้ป่วยที่สามารถแยกแยะ ตรวจสอบ และประเมินความน่าเชื่อถือของข้อมูลสุขภาพจากสื่อต่างๆ จะมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีกว่า ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสัญญา และคณะ (2565) ที่พบว่าทักษะการรู้เท่าทันสื่อมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญ ในยุคที่มีการเผยแพร่ข้อมูลสุขภาพผ่านสื่อออนไลน์อย่างรวดเร็ว ความสามารถในการคัดกรองข้อมูลที่ถูกต้องจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง

ด้านความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมสุขภาพ (r=0.406, P-value <0.01) สอดคล้องกับการศึกษาของพรรณณิภา ต่อมดวงแก้ว และคณะ (2567) ที่พบว่าผู้ป่วยที่มีความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงในระดับสูงมีโอกาสควบคุมระดับความดันโลหิตได้สูงกว่า (AOR=4.10, 95%CI: 1.90-8.50) และสอดคล้องกับการศึกษาของสัญญา และคณะ (2565) ที่ระบุว่าความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญ สิ่งนี้ยืนยันแนวคิดของ Berkman et al. (2011) ที่ว่าผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงสามารถเข้าใจและปฏิบัติตามคำแนะนำได้ดีกว่า

ด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมสุขภาพ (r=0.327, P-value<0.01) สอดคล้องกับแนวคิดของขวัญเมือง แก้วดำเกิง (2561) ที่ระบุว่าการเข้าถึงข้อมูลและบริการถือเป็นจุดเริ่มต้นสำคัญของกระบวนการเรียนรู้ด้านสุขภาพ เมื่อผู้ป่วยสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้สะดวกและได้รับข้อมูลที่เชื่อถือได้ย่อมส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น

ด้านการจัดการตนเองให้มีความปลอดภัยมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมสุขภาพ (r=0.277, P-value <0.01) สอดคล้องกับการศึกษาของอิสรา จุมมาลี และคณะ (2565) ที่ยืนยันว่าทักษะการจัดการตนเองมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญ ผู้ที่สามารถกำหนดเป้าหมาย วางแผน และปฏิบัติตามแผนสุขภาพของตนเองได้จะมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีกว่า

ด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมสุขภาพ (r=0.165, P-value =0.011) สอดคล้องกับแนวคิดของขวัญเมือง แก้วดำเกิง (2561) ที่ระบุว่าทักษะการตัดสินใจเป็นกระบวนการสำคัญที่เชื่อมโยงข้อมูลความรู้ไปสู่การปฏิบัติจริง ผู้ป่วยที่มีความสามารถในการวิเคราะห์ผลดีผลเสียและเลือกแนวทางปฏิบัติที่เหมาะสมย่อมมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น

ผลที่น่าสนใจคือ ด้านการสื่อสารเพิ่มความเชี่ยวชาญทางสุขภาพมีความสัมพันธ์เชิงลบกับพฤติกรรมสุขภาพ (r=-0.308, P-value <0.01) ซึ่งเป็นผลที่ขัดแย้งกับสมมติฐาน สาเหตุที่เป็นไปได้คือ ผู้ป่วยที่มีทักษะการสื่อสารสูงและกล้าซักถามบุคลากรทางการแพทย์อาจได้รับข้อมูลความเสี่ยง

และภาวะแทรกซ้อนที่มากขึ้น ซึ่งอาจก่อให้เกิดความวิตกกังวล ส่งผลให้การปฏิบัติตนบางด้านลดลง หรืออาจเกิดจากสภาพแวดล้อมทางสังคม เช่น ผู้ที่พูดคุยและแลกเปลี่ยนข้อมูลสุขภาพกับผู้อื่นบ่อยครั้งอาจได้รับข้อมูลที่ผิดพลาดและนำไปปฏิบัติในแนวทางที่ไม่เหมาะสม ทั้งนี้ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเพื่อสำรวจกลไกความสัมพันธ์ดังกล่าวให้ชัดเจนยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะ

ควรกำหนดนโยบายส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นยุทธศาสตร์สำคัญในการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยเฉพาะการพัฒนาทักษะการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ และทักษะความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพ ซึ่งพบว่ามีความสัมพันธ์สูงสุดกับพฤติกรรมสุขภาพ

เอกสารอ้างอิง

กรมควบคุมโรค. (2562). รายงานสถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรังในประเทศไทย พ.ศ. 2562. กระทรวงสาธารณสุข.

ขวัญเมือง แก้วดำเกิง (2561) ความรอบรู้ด้านสุขภาพ: เข้าถึง เข้าใจ และการนำไปใช้. กรุงเทพฯ : อมรินทร์.

จุลลดา เหมโส. (2567). ความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน ปีที่ 9(1): 114-152.

นฤมล กอกอง และอมรศักดิ์ โพธิ์อ่ำ. (2567). ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองกะท้าว อำเภอนครไทย จังหวัดพิษณุโลก. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีนอร์ทเทิร์น, 5(3), 65-78.

พรรณณิภา ต่อมดวงแก้ว, ปะราลี โอภาสนันท์, และกาญจนา หินมะลิ. (2567). ปัจจัยที่มีผลต่อการควบคุมระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยที่มีภาวะความดันโลหิตสูง ที่มารับบริการ ณ คลินิกโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่. วารสารพยาบาลศาสตร์, 41(2), 56-71.

วัชริยา วิเศษนคร. (2568). Hypertension in low socioeconomic populations of Thailand. การประชุมวิชาการประจำปี 2568 สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 14 กุมภาพันธ์ 2568, กรุงเทพฯ.

สัญญา สุวรรณรัตน์ และคณะ. (2565). ความรอบรู้ด้านสุขภาพและอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน. วารสารสาธารณสุขและการพัฒนา, 20(1), 88–102.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพังงา. (2568). รายงานสถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จังหวัดพังงา พ.ศ. 2566-2568. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพังงา.

อิสรา จุมมาลีและคณะ. (2565). ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง จังหวัดมหาสารคาม. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ

Berkman, N. D., Sheridan, S. L., Donahue, K. E., Halpern, D. J., & Crotty, K. (2011). Low health literacy and health outcomes: An updated systematic review. Annals of Internal Medicine, 155(2), 97–107.

Best, John W. (1977). Research is Evaluation. (3rded). Englewood Cliffs: N.J. Prentice-Hall.

Cronbach, Lee J. (1951). Essentials of Psychological Testing. 3rd ed. New York: Harper.

Daniel W.W. (2010). Biostatistics: Basic Concepts and Methodology for the Health Sciences. (9th ed). New York: John Wiley & Sons.

Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. Health Promotion International, 15(3), 259–267.

วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีนอร์ทเทิร์น

JOURNAL OF SCIENCE AND TECHNOLOGY NORTHERN

ปีที่ 7 ฉบับที่ 2 ประจำเดือน เมษายน - มิถุนายน 2569



วิทยาลัยนอร์ทเทิร์น
ฝ่ายวิจัยและบริการวิชาการ วิทยาลัยนอร์ทเทิร์น
888 หมู่ที่ 2 ตำบลหนองบัวใต้ อำเภอเมือง จังหวัดตาก 63000
โทร.055-517488 ต่อ 5
www.northern.co.th