วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีนอร์ทเทิร์น

JOURNAL OF SCIENCE AND TECHNOLOGY NORTHERN

ปีที่ 7 ฉบับที่ 3 ประจำเดือน กรกฎาคม - กันยายน 2569



วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีนอร์ทเทิร์น ISSN 2730-1583

Journal of Science and Technology Northern

ปีที่ 7 ฉบับที่ 3 กรกฎาคม – กันยายน 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
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน อำเภอปะนาเระ จังหวัดปัตตานี สารภี รังสีโกศัย.....	1
ประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมต่อพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากฝุ่น PM2.5 ในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลเวียงใต้ อำเภอปาย จังหวัดแม่ฮ่องสอน อุไรพร วิเศษสมิต.....	13
ประสิทธิผลของโปรแกรมการเตรียมหญิงตั้งครรภ์ก่อนและหลังผ่าตัดต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการผ่าคลอด ในโรงพยาบาลสวรรคโลก จังหวัดสุโขทัย พิมพ์ใจ พระเทพ.....	31
ประสิทธิผลของโปรแกรมการพยาบาลก่อนและหลังผ่าตัดในผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์และศัลยกรรมที่ได้รับการระงับความรู้สึกชนิดดมยาสลบ โรงพยาบาลสวรรคโลก จังหวัดสุโขทัย พัณณ์พิศา เดชกุล.....	48
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการส่งเสริมการได้รับวัคซีนครบตามเกณฑ์ในเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี ของผู้ปกครอง เขตอำเภอโคกโพธิ์ จังหวัดปัตตานี สุภิดา โจทย์สัน.....	67
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคเบาหวานในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบานา อำเภอเมือง จังหวัดปัตตานี พุธดี ดาราพันธ์.....	78

สารบัญ (ต่อ)

บทความวิจัย	หน้า
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าของสตรีมุสลิมวัยทำงานเขตตำบลตะลุโบะ อำเภอเมือง จังหวัดปัตตานี มาสีเตาะ นิมาปู.....	93
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เขตตำบลบานา อำเภอเมือง จังหวัดปัตตานี อาภรณ์ เจาะอุบง.....	105
ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเขตตำบลม่วงเตี้ย อำเภอแม่ลาน จังหวัดปัตตานี แวอาแซ มามะ.....	118
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเขตโรงพยาบาลสุขภาพตำบลตันหยงลุโละ อำเภอเมือง จังหวัดปัตตานี อีริณา เบ็ญอาเหม่ด.....	132
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่คุมระดับน้ำตาลไม่ได้ สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี ตำบลปูยุด อำเภอเมือง จังหวัดปัตตานี อัซยะห์ เจะยามา.....	143
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลน้ำเค็ม อำเภอตะกั่วป่า จังหวัดพังงา พนารัตน์ อันติมานนท์.....	154

สารบัญ (ต่อ)

บทความวิจัย	หน้า
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกัน โรคเบาหวานของประชาชนกลุ่มเสี่ยงเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านบางใหญ่อำเภอตะกั่วป่า จังหวัดพังงา อมรรัตน์ ชูแก้ว.....	169
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับกับคุณภาพชีวิตของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลบางนายสี อำเภอตะกั่วป่า จังหวัดพังงา อภิรดี ขุมทอง.....	184
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในเขตโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลตำตัว อำเภอตะกั่วป่า จังหวัดพังงา จันทนา โสพรรณ.....	199
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เขตโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลบางติบ อำเภอคุระบุรี จังหวัดพังงา นิภาภรณ์ อินทร์คง.....	211
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิด ที่ 2 เขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเกาะเคี่ยม อำเภอเมืองพังงา จังหวัดพังงา ปรีณาพรรณ ปิยะเดช.....	224

สารบัญ (ต่อ)

บทความวิจัย	หน้า
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ เขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บางเหรียง อำเภอทับปุด จังหวัดพังงา อารีพร ม่วงเพชร.....	239
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลถ้ำ อำเภอตะกั่วทุ่ง จังหวัดพังงา จินดามณี วังบุญคง.....	254
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการความเครียดของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ หมู่บ้าน (อสม.) เขตตำบลเหล อำเภอกะปง จังหวัดพังงา สุพนิดา ก่อผล.....	266
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่รับการรักษาในคลินิกความดันโลหิตสูงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลป่ากอ อำเภอเมือง จังหวัดพังงา ดวงเนตร นาคฤทธิ์.....	277
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแล เขตอำเภอ ตะกั่วทุ่ง จังหวัดพังงา ศิริพงษ์ เจอะสุข.....	288
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่รับบริการใน คลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านบกปุย ตำบลลำภี อำเภอท้ายเหมือง จังหวัดพังงา มุทิตา ทวีรัตน์.....	303

สารบัญ (ต่อ)

บทความวิจัย	หน้า
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เขตตำบลลำภี อำเภอท้ายเหมือง จังหวัดพังงา พึงใจ ชัยสุวรรณ.....	317
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมในชมรมผู้สูงอายุเขต โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลลำแก่น อำเภอท้ายเหมือง จังหวัดพังงา สุวรรณี ชัยกิจ.....	330
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุเขต โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาเตย อำเภอท้ายเหมือง จังหวัดพังงา พิมพิกุล แสงไสย.....	342
ผลของการใช้โปรแกรมการให้ความรู้ STEMI & Stroke alert ต่อความรู้สัญญาณเตือนและการปฏิบัติในการเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน เมื่อเกิดอาการของโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันและโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน ของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด โรงพยาบาลแม่จัน จังหวัดเชียงราย รัชนีวรรณ เนาว์ชมภู และ ศิริลักษณ์ พรมมาเอ้ย.....	355
ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน ตำบลเวียง อำเภอเชียงแสน จังหวัดเชียงราย ราวดี ศรีวงค์วรรณ.....	368

สารบัญ (ต่อ)

บทความวิจัย	หน้า
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลผู้ป่วยกลุ่มติดบ้านติดเตียงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลเวียง อำเภอเชียงแสน จังหวัดเชียงราย อารีรัตน์ ใจหาญ	381

Received: 1 Jul 2026 ; Revised: 14 Jul 2026
Accepted: 21 Jul 2026

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน อำเภอปะนาเระ จังหวัดปัตตานี

สารภี รังสีโกศัย [1]

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนามีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน อำเภอปะนาเระ จังหวัดปัตตานี ประชากรคือ ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุเขตอำเภอปะนาเระ จังหวัดปัตตานี จำนวน 336 คน โดยใช้สูตรการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างของ Daniel เท่ากับ 196 คน ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบมีระบบ เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ ประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่ คุณลักษณะส่วนบุคคล การรับรู้ด้านสุขภาพแรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ แบบสัมภาษณ์ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน และนำไปทดลองใช้เพื่อวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟ่าครอนบาค เท่ากับ 0.939 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันที่ระดับความเชื่อมั่น 0.05 ผลการวิจัยพบว่า ระดับพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุอยู่ในระดับสูง (81.12%) ($\overline{X}$ =2.81, S.D.=0.392) ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน อำเภอปะนาเระ จังหวัดปัตตานี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ประกอบด้วย การรับรู้ด้านสุขภาพ (r=0.0.421,P-value<0.001, แรงสนับสนุนทางสังคม (r=0.479,P-value<0.001) ตามลำดับ

คำสำคัญ: การพลัดตกหกล้ม, ผู้สูงอายุ, พฤติกรรม

[1] โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปะนาเระ อำเภอปะนาเระ จังหวัดปัตตานี, E-mail: sarapee152519@gmail.com

Factors Associated with Behaviours of Falls Prevention among Elderly in the Community at Panarea District, Pattani Province.

Sarapee Rangsikosai [1]

Abstract

This descriptive research aimed to study factors associated with behaviours of falls prevention among elderly in the community at Panarea District, Pattani Province. Population was 336 elderlies in the elderly club Panare District Pattani Province, in 2025 fiscal year, and the sample size calculating used Daniel formula for 196 cases, and systematic random sampling was determine for collecting data. Data collected by structured interview composed of 4 parts including, characteristics, health perception, social support and behaviours of falls prevention among elderly quality In addition to check questionnaire standardization, validity was checked by 3 experts and try out testing reliability by Cronbach's coefficient alpha about 0.939. Data analyzed using statistical as Pearson's correlation coefficient at the confidence level.0.05

The research results reported that the level of behaviours of falls prevention among elderly was high (81.12%) ($\overline{X}$ =2.81, S.D.=0.392). The results of factors associated with behaviours of falls prevention among elderly in the community at Panarea District, Pattani Province, including; health perception (r=0.0.421, P-value<0.001,social support (r=0.479,P-value<0.001)

Keywords: Falls , Elderly , Behaviours

[1] Panarea Sub-district Health Promoting Hospital, Panarea District, Pattani Province, E-mail: sarapee152519@gmail.com

บทนำ

สถานการณ์และแนวโน้มของประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง สะท้อนให้เห็นถึงการเปลี่ยนผ่านเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างชัดเจน เช่นเดียวกับจังหวัดปัตตานี ที่พบว่าระหว่างปี พ.ศ. 2565–2567 มีสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 13.15, 13.54 และ 13.64 ตามลำดับ (สำนักงานสถิติจังหวัดปัตตานี, 2568) ขณะที่อำเภอปะนาเระ ในช่วงปี พ.ศ. 2565–2567 มีจำนวนผู้สูงอายุ 5,748 คน 5,952 คน และ 6,197 คน คิดเป็นร้อยละ 12.39, 12.99 และ 13.44 ตามลำดับ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปัตตานี, 2568) การเพิ่มขึ้นของประชากรผู้สูงอายุในสัดส่วนที่สูงขึ้นอย่างรวดเร็ว ส่งผลให้ผู้สูงอายุต้องเผชิญกับภาวะโรคเรื้อรังเพิ่มมากขึ้น เช่น โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคกระดูกพรุน ซึ่งล้วนเป็นโรคที่ต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องและยาวนาน ส่งผลให้ผู้สูงอายุต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น ประกอบกับความเสื่อมถอยของร่างกายตามวัย โดยเฉพาะการเปลี่ยนแปลงของระบบกระดูกและข้อที่อาจเกิดความผิดรูปส่งผลกระทบต่อการทรงตัวและการเคลื่อนไหว ทำให้เพิ่มความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มมากยิ่งขึ้น

การพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุถือเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั้งในระดับโลกและประเทศไทย จากรายงานอุบัติการณ์การพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในจังหวัดปัตตานี ระหว่างปี พ.ศ. 2564–2566 พบอัตราการพลัดตกหกล้มสูงถึง 1,381, 625.88 และ 1,287.91 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ (กองป้องกันการบาดเจ็บ กรมควบคุมโรค, 2568) สำหรับอำเภอปะนาเระ จากรายงานผลการ คัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน 9 ด้าน พบว่าปัญหาด้านการเคลื่อนไหวเป็นปัญหาที่พบมากเป็นอันดับ 2 รองจากปัญหาด้านการมองเห็น ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่นำไปสู่ภาวะเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม โดยในปีงบประมาณ 2566–2568 พบผู้สูงอายุที่มีปัญหาด้านการเคลื่อนไหวจำนวน 784, 747 และ 890 คน คิดเป็นร้อยละ 16.68, 14.91 และ 18.42 ตามลำดับ (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2568) นอกจากนี้ ยังพบผู้สูงอายุที่ประสบภาวะพลัดตกหกล้มและเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลปะนาเระ ในปี พ.ศ. 2565–2567 จำนวน 106,91 และ 121 คน ตามลำดับ (โรงพยาบาลปะนาเระ, 2568) สาเหตุสำคัญของการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่มักเกิดจากการลื่น การสะดุด การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ซึ่งส่งผลต่อสมรรถนะการเคลื่อนไหว การแต่งกายที่ ไม่เหมาะสมทั้งเสื้อผ้าและรองเท้า สภาพแวดล้อมทั้งภายในและภายนอกบ้านที่ไม่เอื้อต่อการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุ ตลอดจนการขาดการออกกำลังกาย (ทิพวรรณ โคตรสีเขียว และ ดิษฐพล ใจซื่อ, 2566) ซึ่งหากเกิดการพลัดตกหกล้มขึ้น ย่อมส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม โดยผลกระทบทางร่างกายมีตั้งแต่อาการบาดเจ็บเล็กน้อย เช่น แผลฟกช้ำและแผลถลอก ไปจนถึงการบาดเจ็บรุนแรง เช่น กระดูกหัก ภาวะพิการ การเจ็บป่วยเรื้อรัง หรืออาจรุนแรงถึงขั้นเสียชีวิตได้ ในบางรายอาจกลายเป็นผู้ป่วยติดบ้านหรือติดเตียง ส่งผลให้บทบาททางสังคมลดลง เกิดการแยกตัวจากสังคม และ

นำไปสู่ภาวะซึมเศร้าได้ (บุณณดา โสพัฒน์, 2566) นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อสมาชิกในครอบครัว รวมถึงภาระทางสังคมและระบบบริการสุขภาพอีกด้วย จากสถิติการบาดเจ็บของผู้สูงอายุพลัดตกหกล้มที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลปะนาเระ ปี 2567 พบว่าผู้สูงอายุมีอาการบาดเจ็บเล็กน้อยตามร่างกายคือ ฟกช้ำ กล้ามเนื้ออักเสบ แผลฉีกขาด คิดเป็นร้อยละ 77.69 และพบว่ามีอาการบาดเจ็บรุนแรง คือ กระดูกหัก สมองได้รับความกระทบกระเทือน คิดเป็นร้อยละ 22.31 (โรงพยาบาลปะนาเระ, 2568)

ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน เขตอำเภอปะนาเระ จังหวัดปัตตานี เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงประจักษ์สำหรับนำไปพัฒนาโปรแกรมและรูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มที่เหมาะสมกับบริบทของชุมชน อันจะนำไปสู่การยกระดับคุณภาพชีวิตและการมีสุขภาวะที่ดีของผู้สูงอายุในพื้นที่ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ ในชุมชนอำเภอปะนาเระ จังหวัดปัตตานี

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research Study) ดำเนินการระหว่างเดือนกันยายน พ.ศ. 2568 ถึงกุมภาพันธ์ พ.ศ.2569 โดยกำหนดตัวแปรอิสระ ได้แก่ 1) คุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ 2) การรับรู้ด้านสุขภาพโดยใช้แนวคิดของ โรเซนสตอค (Rosenstock,1974) 3) แรงสนับสนุนทางสังคม โดยใช้แนวคิดของเชฟเฟอร์ และคณะ (Schaefer et al.,1981) ตัวแปรตาม ได้แก่พฤติกรรม การป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิงในชมรมผู้สูงอายุ เขตอำเภอปะนาเระ จังหวัดปัตตานี จำนวน 336 คน โดยมีเกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ ผู้สูงอายุที่ขึ้นทะเบียนเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุของอำเภอปะนาเระ มาไม่น้อยกว่า 6 เดือน เข้าร่วมกิจกรรมกับชมรมผู้สูงอายุ อย่างน้อย 3 ครั้ง เกณฑ์การคัดออกคือ ไม่สมัครใจตอบแบบสอบถาม และเจ็บป่วยในช่วงเก็บข้อมูลจนไม่สามารถให้ข้อมูลได้ คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตร Daniel (2010) กำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ 95% ค่าความคลาดเคลื่อนสามารถยอมรับได้เท่ากับ 0.05 ได้กลุ่มตัวอย่าง 196 คน ใช้วิธีการสุ่มเลือกรายชื่อแบบมีระบบ (Systematic Random Sampling) เพื่อเลือกรายชื่อผู้สูงอายุเป็นกลุ่มตัวอย่าง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลคือ แบบสัมภาษณ์ ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ผู้ที่อาศัยอยู่ด้วย ระดับการศึกษา การประกอบอาชีพ ประวัติการหกล้มในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา โรคประจำตัว ยาที่ใช้เป็นประจำ การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ การมองเห็น ค่าดัชนีมวลกาย

ส่วนที่ 2 การรับรู้ด้านสุขภาพ ประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มการรับรู้ความรุนแรงของการพลัดตกหกล้ม การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันการพลัดตกหกล้ม การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันการพลัดตกหกล้ม ลักษณะข้อคำถามแบบประมาณค่า 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วยไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ส่วนที่ 3 แรงสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย การได้รับการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว และการได้รับการสนับสนุนจากชุมชน ลักษณะข้อคำถามแบบประมาณค่า 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด

ส่วนที่ 4 พฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน ประกอบด้วย การแต่งกาย การเปลี่ยนอิริยาบถ การออกกำลังกาย การจัดสภาพแวดล้อมภายในบ้าน ลักษณะข้อคำถามแบบประมาณค่า 5 ระดับ คือ ปฏิบัติมากที่สุด ปฏิบัติมาก ปฏิบัติปานกลาง ปฏิบัติน้อย ปฏิบัติน้อยที่สุด

แบบสอบถามส่วนที่ 2,3,4 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 0.939 เมื่อจำแนกรายส่วน พบว่า การรับรู้ด้านสุขภาพ เท่ากับ 0.815 แรงสนับสนุนทางสังคม เท่ากับ 0.865 พฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ เท่ากับ 0.884

สถิติวิเคราะห์

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

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้ดำเนินการขอความเห็นชอบจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปัตตานี เอกสารรับรองเลขที่ 36/2568 ออกให้วันที่ 15 กันยายน 2568

ผลการศึกษาวิจัย

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (73.98%) ช่วงอายุอยู่ระหว่าง 65 - 75 ปี (45.92%) ($\overline{X}$ =69.93,S.D. = 7.518, Min = 60, Max = 95) มีสถานภาพสมรสคู่ (60.71%) ผู้ที่อาศัยอยู่ด้วยมากที่สุด คือ ครอบครัว/บุตร/หลาน (54.59%) ระดับการศึกษาสูงสุดส่วนใหญ่คือ ศึกษาในระดับประถมศึกษา (47.45%) การประกอบอาชีพ คือ อาชีพเกษตรกรรม (30.61%) สำหรับประวัติการหกล้มในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมาพบว่า กลุ่มตัวอย่างไม่มีประวัติหกล้ม (80.10%) กลุ่มตัวอย่างมีโรคประจำตัว (52.55%) โดยเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด (39.80%) มีการรับประทานยาเป็นประจำ (52.04%) ยาที่รับประทานประจำมากที่สุด คือ ยาลดความดันโลหิตสูง (39.80%) ผู้สูงอายุไม่ดื่มแอลกอฮอล์ (93.37 %) และส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่ (92.86%) สำหรับการมองเห็น พบว่า มองเห็นชัดเจน (ใส่แว่น) มากที่สุด (51.02 %) ค่าดัชนีมวลกาย (BMI) ส่วนใหญ่อยู่ในเกณฑ์ปกติ (18.5–22.9 กก./ม²) (ร้อยละ 72.96%) ($\overline{X}$ = 23.02, S.D. = 2.819, Min = 16.16 Max = 31.57)

การรับรู้ด้านสุขภาพ ประกอบด้วย ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม ด้านการรับรู้ความรุนแรงของการพลัดตกหกล้ม ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันการพลัดตกหกล้ม ด้านการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันการพลัดตกหกล้ม ภาพรวมมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง (93.88%) ($\overline{X}$ = 2.94, S.D. = 0.240) แรงสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วยด้านการได้รับการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว และด้านการได้รับการสนับสนุนจากชุมชน ภาพรวมมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง (69.90%) ($\overline{X}$ = 2.70, S.D. = 0.460) พฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุประกอบด้วยด้านการแต่งกาย ด้านการเปลี่ยนอิริยาบท ด้านการออกกำลังกาย ด้านการจัดสภาพแวดล้อมภายในบ้าน ภาพรวม อยู่ในระดับสูง (81.12%) ($\overline{X}$ = 2.81, S.D. = 0.392) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการรับรู้ด้านสุขภาพ แรงสนับสนุน ทางสังคมและพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน อำเภอปะนาเระ จังหวัดปัตตานี (n = 196)

ตัวแปรอิสระ	ระดับคะแนน						Mean	S.D.
	สูง		ปานกลาง		ต่ำ			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
การรับรู้ด้านสุขภาพ	**184**	**93.88**	**12**	**6.12**	**-**	**-**	**2.94**	**0.240**
1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม	179	91.33	17	8.67	-	-	2.91	0.282
2. การรับรู้ความรุนแรงของการพลัดตกหกล้ม	183	93.37	13	6.63	-	-	2.93	0.249
3. การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันการพลัดตกหกล้ม	195	99.49	1	0.50	-	-	2.99	0.071
4. การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันการพลัดตกหกล้ม	99	50.51	95	49.47	2	1.02	2.49	0.521
แรงสนับสนุนทางสังคม	**137**	**69.90**	**59**	**30.10**	**-**	**-**	**2.70**	**0.460**
1. การได้รับการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว	135	68.88	59	30.10	2	1.02	2.68	0.490
2. การได้รับการสนับสนุนจากชุมชน	118	60.20	76	38.78	2	1.02	2.59	0.513
พฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้ม	**159**	**81.12**	**37**	**18.88**	**-**	**-**	**2.81**	**0.392**
1. ด้านการแต่งกาย	181	92.35	15	7.65	-	-	2.92	0.267
2. ด้านการเปลี่ยนอิริยาบถ	149	76.02	45	22.96	2	1.02	2.75	0.457
3. ด้านการออกกำลังกาย	108	55.10	79	40.31	9	4.59	2.51	0.586
4. ด้านการจัดสภาพแวดล้อมภายในบ้าน	173	88.27	22	11.22	1	0.51	2.88	0.344

จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่า การรับรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชนอำเภอปะนาเระ จังหวัดปัตตานี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r=0.421,P-value<0.001) เมื่อพิจารณารายด้านที่พบความสัมพันธ์ ประกอบด้วย ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม (r=0.361,P-value<0.001) ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันการพลัดตกหกล้ม (r=0.148, P-value=0.038) ด้านการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันการพลัดตกหกล้ม (r=0.309,P-value<0.001) ตามลำดับ และแรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชนอำเภอ

ปะนาเระ จังหวัดปัตตานี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r=0.479,P-value<0.001)เมื่อพิจารณารายด้านที่พบความสัมพันธ์ ประกอบด้วย ด้านการได้รับการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว(r=0.377,P-value<0.001) การได้รับการสนับสนุนจากชุมชน (r=0.456, P-value < 0.001) ตามลำดับ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างการรับรู้ด้านสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน อำเภอปะนาเระ จังหวัดปัตตานี (n=196)

ตัวแปรอิสระ	พฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ		
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (r)	P-value	ระดับความสัมพันธ์
การรับรู้ด้านสุขภาพ	0.421	<0.001	มีความสัมพันธ์ทางบวก
1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม	0.361	<0.001	มีความสัมพันธ์ทางบวก
2. การรับรู้ความรุนแรงของการพลัดตกหกล้ม	0.133	0.062	ไม่พบความสัมพันธ์
3. การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันการพลัดตกหกล้ม	0.148	0.038	มีความสัมพันธ์ทางบวก
4. การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันการพลัดตกหกล้ม	0.309	<0.001	มีความสัมพันธ์ทางบวก
แรงสนับสนุนทางสังคม	0.479	<0.001	มีความสัมพันธ์ทางบวก
1. การได้รับการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว	0.377	<0.001	มีความสัมพันธ์ทางบวก
2. การได้รับการสนับสนุนจากชุมชน	0.456	<0.001	มีความสัมพันธ์ทางบวก

การอภิปรายผลและสรุปผล

ปัจจัยมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชนอำเภอปะนาเระ จังหวัดปัตตานี ประกอบด้วย การรับรู้ด้านสุขภาพ (P-value <0.001) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม (P-value <0.001) การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันการพลัดตกหกล้ม (P-value=0.038) การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันการพลัดตกหกล้ม (P-value <0.001) แรงสนับสนุน ทางสังคม (P-value <0.001) การได้รับการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว (P-value <0.001) การได้รับการสนับสนุนจากชุมชน (P-value <0.001) ตามลำดับ

การรับรู้ด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน อำเภอปะนาเระ จังหวัดปัตตานี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r=0.421,P-value<0.001) สามารถอธิบายเหตุผลได้

ว่าจากทฤษฎีของโรเซนสตอค (Rosenstock, 1974) เชื่อว่า พฤติกรรมสุขภาพของบุคคลมาจากการรับรู้ของบุคคล โดยการรับรู้เป็นข้อบ่งชี้พฤติกรรม บุคคลจะกระทำหรือเข้าใกล้สิ่งที่ตนพอใจ ถ้าสิ่งนั้นให้ผลดีกับตนเอง และสอดคล้องกับความหมายการรับรู้ด้านสุขภาพของเบคเกอร์ (Becker,1974) กล่าวว่าการรับรู้ด้านสุขภาพมีผลต่อการตัดสินใจและพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุเขตอำเภอปะนาเระ จังหวัดปัตตานี มีระดับการรับรู้ด้านสุขภาพ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง (93.88%) โดยผู้สูงอายุมีการรับรู้ด้านสุขภาพที่ถูกต้องในประเด็นต่างๆ ได้แก่ผู้สูงอายุคิดว่าการมีพื้นบ้านที่มีลักษณะลื่นและเป็นมันวาว ทำให้เสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มได้ง่าย และการเดินเข้าห้องน้ำด้วยความระมัดระวัง และจับราวยึดเกาะทุกครั้ง ช่วยลดโอกาสการลื่นล้มได้ และผู้สูงอายุคิดว่าการเปลี่ยนท่าอย่างช้าๆ จากนอนเป็นนั่ง หรือนั่งเป็นยืนช่วยลดอาการเวียนศีรษะหน้ามืดหรือบ้านหมุนได้ ผลการวิจัยสอดคล้องกับงานวิจัยของ ตวงรัตน์ อัคนาน และคณะ (2564) ที่พบว่าปัจจัยการรับรู้เกี่ยวกับการพลัดตกหกล้มโดยรวม มีความสัมพันธ์ทางบวกอยู่ในระดับค่อนข้างต่ำกับพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุไทยในชุมชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value<0.001) สอดคล้องกับงานวิจัยของวิไลลักษณ์ วงศ์เจริญ และคณะ(2565) ที่พบว่าการรับรู้ปัจจัยเสี่ยงต่อการหกล้มมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการป้องกัน การหกล้มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r=0.31, P-value<0.001) และสอดคล้องกับงานวิจัยของนัทชา เขตเจริญ (2563) ก็พบว่า ปัจจัยระดับความเสี่ยงต่อการหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชนด้านการรับรู้ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value <0.001) และคล้ายคลึงกับงานวิจัยของ อนุสรณ์ รัตนุสนธิ์ (2567) ก็พบว่าการรับรู้เพื่อป้องกันการหกล้มมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการหกล้ม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 (r= 0.237 P-value<0.001)

แรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน อำเภอปะนาเระ จังหวัดปัตตานี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r=0.479, P-value <0.001) สามารถอธิบายเหตุผลได้ว่าจากทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคมโดยเชฟเฟอร์และคณะ (Schaefer et al.,1981) กล่าวไว้ว่าแรงสนับสนุนทางสังคมจะกระตุ้นและผลักดันให้ผู้สูงอายุมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มได้ ซึ่งประกอบด้ายแรงสนับสนุนด้านอารมณ์คือความผูกพัน ความอบอุ่นใจ และความรู้สึกเชื่อมั่นและไว้วางใจ แรงสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร เป็นการให้คำแนะนำในการให้ข้อมูลป้อนกลับเกี่ยวกับพฤติกรรมและการกระทำของบุคคล และแรงสนับสนุนด้านสิ่งของ เป็นการให้ความช่วยเหลือในด้านสิ่งของ เงินทอง หรือบริการ และสอดคล้องกับความหมายแรงสนับสนุนทางสังคมของ House (1981) กล่าวไว้ว่า แรงสนับสนุนทางสังคม เป็นส่วนที่มีความสำคัญในการเป็นแรงผลักดันเพื่อให้เกิดพฤติกรรมและเป็นกระบวนการของการปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นซึ่งเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล การให้การสนับสนุนมีรูปแบบเป็นการกระทำหรือพฤติกรรมและการสนับสนุนส่งผลลัพธ์ทางบวกกับบุคคลทั้งทางด้าน

ร่างกายและจิตใจ สังคม จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุเขตอำเภอปะนาเระ จังหวัดปัตตานี มีระดับแรงสนับสนุนทางสังคมส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง (69.90%) โดยผู้สูงอายุได้รับการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัวและจากชุมชนในประเด็นต่างๆ ได้แก่ เมื่อผู้สูงอายุไม่สบาย บุคคลในครอบครัวมีความกระตือรือร้นในการดูแลช่วยเหลือและเมื่อผู้สูงอายุมีเรื่องไม่สบายใจจะมีคนในครอบครัวคอยให้กำลังใจ และชุมชนช่วยกันทำความสะอาดสิ่งของไม่ให้กีดขวางทางเดิน ผลจากงานวิจัยนี้ สอดคล้องกับงานวิจัยของมุทิตา มุสิการยกูล และสุจิตรา สุคนธทรัพย (2565) ที่ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของ ผู้สูงอายุอำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา พบว่าปัจจัยเสริมด้านการได้รับกำลังใจและการกระตุ้นเตือน จากบุคคลในครอบครัว เพื่อนบ้าน และเจ้าหน้าที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับต่ำกว่า 0.05 ($r=0.48$, P-value<0.001) สอดคล้องกับงานวิจัยของเกียรติศักดิ์ ทิพยกมลพันธ์ (2568) ที่ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตก หกล้มของผู้สูงอายุ อำเภอร้องกวาง จังหวัดแพร่ พบว่าปัจจัยเสริม คือ การได้รับการสนับสนุนจากสังคมมีความสัมพันธ์ในระดับสูงกับกับพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.640$, P-value< 0.001)

ข้อเสนอแนะจากงานวิจัย

1. จากข้อมูลระดับพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในด้านการออกกำลังกาย ที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ผู้สูงอายุมีการฝึกทรงตัว เช่น การเดินต่อเท้า การฝึกเดินบนพื้นที่แคบ หรือการฝึกลุกจากเก้าอี้ และการฝึกสร้างความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ เช่น บริหารกล้ามเนื้อต้นขา สะโพก และข้อเท้ามีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด ดังนั้นบุคลการสาธารณสุขที่รับผิดชอบงานผู้สูงอายุและเครือข่ายในชุมชน ควรส่งเสริม การออกกำลังกายที่เหมาะสมแก่ผู้สูงอายุ เช่น ฝึกการทรงตัวด้วยโยคะ และการบริหารกล้ามเนื้อ นอกจากนี้เทศบาลตำบล ควรสนับสนุนลานออกกำลังกายของชุมชนเพื่อให้ผู้สูงอายุมีสถานที่ในการออกกำลังกายเพื่อป้องกันการหกล้ม

2. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการได้รับการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัวและชุมชนของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุได้รับการสนับสนุนจากจากครอบครัวและชุมชนน้อยที่สุดในด้านการสนับสนุน ให้ผู้สูงอายุใช้ไม้เท้าหรืออุปกรณ์ช่วยเดิน ดังนั้น ควรมีการนำเสนอข้อมูลแก่ผู้บริหารทราบเพื่อมีการสนับสนุนในด้านกายอุปกรณ์ ต่อไป

เอกสารอ้างอิง

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข.(2568). ระบบ 3 หมอรู้จักคุณ.สืบค้นเมื่อ16 กรกฎาคม 2568. จาก https://3doctor.hss.moph.go.th/main/rp_screen.

กองป้องกันการบาดเจ็บ กรมควบคุมโรค.(2568).Fall Data : ข้อมูลการพลัดตกหกล้ม.สืบค้นเมื่อ 30 กรกฎาคม2568 จาก https://ddc.moph.go.th/dip/news.php?news=23567&deptcode=

เกียรติศักดิ์ ทิพยกมลพันธ์. (2568). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ อำเภอร้องกวาง จังหวัดแพร่.วารสารวิชาการป้องกันควบคุมโรค สคร.2 พิษณุโลก; 12(3):64-79.

ทิพวรรณ โคตรสีเขียว และดิษฐพล ใจซื่อ. (2566). การพัฒนารูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสุขภาพในชุมชน. วารสารสานักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น; 4(2): 255-259.

ตวงรัตน์ อัคนาน, กันธิมา ศรีหมากสุก, ธงเทพ วงษ์ศรีสังข์, ชวนพิศ ศิริไพบูลย์, อิทธิพล ดวงจินดา, ศศิกานต์ พิลาภรณ์. (2564). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุไทยในชุมชน อำเภอเดิมบางนางบวช จังหวัดสุพรรณบุรี. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 14(4): 72-89.

นัทชา เขตเจริญ. (2563). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดหนองบัวลำภู. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา; 5(2): 155-165.

บุณณดา โสพัฒน์.(2566).ปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุอำเภอห้วยทับทัน จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพจังหวัดศรีสะเกษ; 2(2): 93 - 106.

มุทิตา มุสิการยกูล และสุจิตรา สุคนธทรัพย (2565).ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา. วารสารวิทยาศาสตร์การกีฬาและสุขภาพ; 23(2): 143-157.

โรงพยาบาลปะนาเระ. (2568). ฐานข้อมูลผู้ป่วยนอกโรงพยาบาล [โปรแกรม HOSXP]. เข้าถึงได้จาก ระบบสารสนเทศโรงพยาบาลปะนาเระ.

วิไลลักษณ์ วงศ์เจริญ และคณะ. (2565). การรับรู้ความเสี่ยงต่อการหกล้มและพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุโรคกระดูกพรุน. วารสารวิจัยการพยาบาลและสุขภาพ; 23(1): 96-109.

สำนักงานสถิติจังหวัดปัตตานี. (2568). บทวิเคราะห์ประเด็นผู้สูงอายุ. สืบค้นเมื่อ 30 กรกฎาคม 2568.จาก https://pattani.nso.go.th/images/attachment/stat_plan/elderly%20report%2068.pdf

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปัตตานี. (2568). ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (HDC). สืบค้นเมื่อ 16 พฤศจิกายน 2568 จาก https://hdc.moph.go.th/ptn/public/standard-report-detail/710884bc8d16f755073cf194970b064a?subcatalogId=ac4eed1bddb23d6130746d62d2538fd0

อนุสรณ์ รัตนุสนธิ์. (2567). การรับรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลรมโพธิ์ อำเภอเมืองสมุทรปร่การ จังหวัดสมุทรปราการ วารสารวิชาการโรงพยาบาลสมุทรปราการ; 2(2): 56-71.

Becker, M. H.(1974). The health belief model and sickrole behavior. InM. H. Becker(Ed.), The health belief model and personal health behavior (pp. 82-92).

Thorofare, NJ: Charles B.Slack.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. (9thed). New York: John Wiley & Sons.

House, J. S. (1981). Social work stress and social support. New Jersey: Prentice Hall.

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

Schaefer, C., Coyne, J. C., & Lazarus, R. (1981). health-related functions of social support. Journal of Behavioral Medicine, 4(4), 381-401.

Received: 1 Jul 2026 ; **Revised:** 14 Jul 2026
Accepted: 21 Jul 2026

ประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมต่อพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากฝุ่น PM2.5 ในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลเวียงใต้ อำเภอปาย จังหวัดแม่ฮ่องสอน

อุไรพร วิเศษสมิต [1]

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมต่อพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากฝุ่น PM2.5 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ตำบลเวียงใต้ อำเภอปาย จังหวัดแม่ฮ่องสอน กลุ่มตัวอย่าง คือ อสม. จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมที่พัฒนาตามกรอบแนวคิดของ Nutbeam และ Finn & O'Fallon ครอบคลุมความรอบรู้ 6 ด้าน สัปดาห์ละ 1 ครั้ง รวม 6 สัปดาห์ กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบวัดความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมเกี่ยวกับฝุ่น PM2.5 และแบบวัดพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากฝุ่น PM2.5 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา Paired t-test และ Independent t-test

ผลการศึกษาพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมเพิ่มขึ้นจาก 100.90 ± 17.82 เป็น 146.17 ± 3.94 คะแนน คะแนนพฤติกรรมการเฝ้าระวังสุขภาพตนเองจากฝุ่น PM2.5 เพิ่มขึ้นจาก 38.77 ± 8.90 เป็น 58.23 ± 1.92 คะแนน และคะแนนพฤติกรรมการป้องกันการสัมผัสฝุ่น PM2.5 เพิ่มขึ้นจาก 45.47 ± 7.57 เป็น 59.20 ± 1.27 คะแนน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทุกตัวแปร ($p < 0.001$) โปรแกรมจึงมีประสิทธิผลในการยกระดับความรอบรู้และพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากฝุ่น PM2.5 ของ อสม. หน่วยบริการสุขภาพในพื้นที่ประสบปัญหาหมอกควันจึงควรนำโปรแกรมไปใช้พัฒนาศักยภาพ อสม. ก่อนเข้าสู่ฤดูหมอกควัน และติดตามผลระยะยาวในช่วงฤดูหมอกควันจริง

คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม, ฝุ่น PM2.5, พฤติกรรมการป้องกันตนเอง, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน, หมอกควัน

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลปาย

Effectiveness of an Environmental Health Literacy Promotion Program on Self-Protective Behaviors against PM2.5 Particulate Matter among Village Health Volunteers in Wiang Tai Subdistrict, Pai District, Mae Hong Son Province

Uraiporn wisertmit [1]

Abstrack

This quasi-experimental study aimed to examine the effectiveness of an environmental health literacy (EHL) promotion program on PM2.5 self-protective behaviors among village health volunteers (VHVs) in Wiang Tai Subdistrict, Pai District, Mae Hong Son Province. The sample consisted of 60 VHVs, divided into an experimental group and a control group of 30 each. The experimental group received a six-week program based on Nutbeam's health literacy levels and Finn and O'Fallon's EHL concept, covering six EHL domains in weekly sessions, while the control group received usual care. Data were collected using an EHL questionnaire and a PM2.5 self-protective behavior questionnaire, and were analyzed using descriptive statistics, paired t-test and independent t-test.

The results revealed that, after the intervention, the experimental group's mean EHL score increased from 100.90 ± 17.82 to 146.17 ± 3.94, the self-health surveillance behavior score from 38.77 ± 8.90 to 58.23 ± 1.92, and the exposure prevention behavior score from 45.47 ± 7.57 to 59.20 ± 1.27 ($p < 0.001$). All post-intervention scores of the experimental group were significantly higher than those of the control group ($p < 0.001$). The program is effective in improving EHL and PM2.5 self-protective behaviors among VHVs, and health service units in haze-affected areas should implement it before the haze season, with long-term follow-up during the actual haze season.

Keywords: environmental health literacy, PM2.5, self-protective behavior, village health volunteers, haze

[1] Professional Nurse (Professional Level) Primary and Holistic Care Services Group, Pai Hospital

บทนำ

ฝุ่นละอองขนาดเล็กที่มีเส้นผ่านศูนย์กลางไม่เกิน 2.5 ไมโครเมตร หรือ PM2.5 จัดเป็นมลพิษทางอากาศที่ได้รับการยอมรับในระดับสากลว่าเป็นภัยคุกคามสำคัญต่อสุขภาพของประชาชน (Thailand Clean Air Network, 2567) ด้วยคุณสมบัติเฉพาะที่มีขนาดเพียงประมาณหนึ่งในยี่สิบห้าของเส้นผ่านศูนย์กลางเส้นผมมนุษย์ ทำให้อนุภาคเหล่านี้สามารถผ่านระบบกรองของทางเดินหายใจส่วนบนและแทรกซึมเข้าสู่ถุงลมปอดได้โดยตรง ก่อให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพทั้งในระยะสั้น ได้แก่ การระคายเคืองระบบทางเดินหายใจ เยื่อบุตาอักเสบ และโรคผิวหนัง และในระยะยาวอันได้แก่ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคหัวใจและหลอดเลือด รวมถึงมะเร็งปอด (ปรารถนา พลากำแหง และคณะ, 2569; สถาบันวิจัยจุฬาภรณ์, 2567) สถานการณ์ดังกล่าวมีความรุนแรงเป็นพิเศษในพื้นที่ภาคเหนือของประเทศไทย ซึ่งลักษณะภูมิประเทศที่ล้อมรอบด้วยภูเขาและหุบเขาส่งผลให้ฝุ่นละอองสะสมได้ง่าย ในช่วงฤดูแล้ง จังหวัดแม่ฮ่องสอนเป็นพื้นที่ที่เผชิญกับวิกฤตหมอกควันไฟป่าอย่างต่อเนื่องและรุนแรงที่สุดแห่งหนึ่งในภูมิภาค โดยข้อมูล ณ วันที่ 14 เมษายน 2569 ของศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแม่ฮ่องสอน ระบุว่าจังหวัดมีจุดความร้อนสะสมในช่วง 1 มกราคม ถึง 13 เมษายน 2569 สูงถึง 11,252 จุด เพิ่มขึ้นร้อยละ 52.9 จากช่วงเวลาเดียวกันของปี 2568 และสูงถึงร้อยละ 131 ของจุดความร้อนสะสมทั้งปี 2568 ทั้งที่ยังไม่สิ้นสุดฤดูไฟ อำเภอปาย ซึ่งเป็นที่ตั้งของตำบลเวียงใต้ มีจุดความร้อนเพิ่มขึ้นอย่างก้าวกระโดดถึงร้อยละ 436.5 (จาก 367 จุด เป็น 1,969 จุด) และสถานีตรวจวัดอำเภอปายบันทึกค่า PM2.5 สูงสุดของจังหวัดที่ 352.2 ไมโครกรัมต่อลูกบาศก์เมตรในวันที่ 3 เมษายน 2569 ซึ่งสูงกว่าค่ามาตรฐานกว่า 9 เท่า และเกินเกณฑ์มาตรฐานครบทั้ง 38 วันของรอบรายงาน ส่งผลให้ประชาชนในตำบลเวียงใต้ต้องใช้ชีวิตในสภาวะมลพิษทางอากาศที่รุนแรงอย่างต่อเนื่องตลอดฤดูหมอกควัน (ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุข สสจ. แม่ฮ่องสอน, 2569)

เมื่อการแก้ไขปัญหามลพิษทางอากาศจากแหล่งกำเนิดยังเป็นไปได้ยากในระยะสั้น กลยุทธ์ที่มีประสิทธิผลและปฏิบัติได้ทันทีคือการส่งเสริมให้ประชาชนมีพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากฝุ่น PM2.5 ที่ถูกต้องและเหมาะสม พฤติกรรมดังกล่าวครอบคลุมองค์ประกอบสำคัญ 2 ด้าน ได้แก่ พฤติกรรมการเฝ้าระวังสุขภาพตนเองจากฝุ่น PM2.5 ซึ่งหมายถึงการสังเกตอาการผิดปกติของร่างกาย การติดตามค่าคุณภาพอากาศผ่านช่องทางต่าง ๆ และการคัดกรองความเสี่ยงด้านสุขภาพของตนเองและผู้ที่อยู่ในความดูแล และพฤติกรรมการป้องกันการสัมผัสฝุ่น PM2.5 ซึ่งได้แก่ การสวมหน้ากากอนามัยชนิด N95 อย่างถูกวิธีเมื่ออยู่ในสภาวะที่มีฝุ่นเกินมาตรฐาน การงดกิจกรรมกลางแจ้งที่ไม่จำเป็น การปิดประตูหน้าต่างและใช้เครื่องฟอกอากาศภายในที่พักอาศัย ตลอดจนการหลีกเลี่ยงการก่อมลพิษเพิ่มเติม หากประชาชนมีพฤติกรรมทั้ง 2 ด้านนี้อย่างถูกต้องและสม่ำเสมอ จะช่วยลดการสัมผัสฝุ่นละอองและลดอุบัติการณ์ของโรคที่สัมพันธ์กับมลพิษทางอากาศได้อย่างชัดเจน ดังที่รายงานระบาดวิทยาของจังหวัดแม่ฮ่องสอน ครั้งที่ 8 ชี้ให้เห็นว่าภาพรวมผู้ป่วย 4 กลุ่มโรคเฝ้าระวังในปี 2569 ลดลงร้อยละ 11.7 จากปีก่อน อันสะท้อนประสิทธิผลของ

มาตรการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันตนเองในระดับชุมชน (ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุข สสจ. แม่ฮ่องสอน, 2569)

อย่างไรก็ตาม พฤติกรรมการป้องกันตนเองที่ถูกต้องและยั่งยืนจะเกิดขึ้นได้ บุคคลจำเป็นต้องมี "ความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม" (Environmental Health Literacy) ในระดับที่เพียงพอ ซึ่งหมายถึงกระบวนการทางปัญญาและทักษะทางสังคมที่ช่วยให้บุคคลสามารถเข้าถึง เข้าใจ และนำข้อมูลด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมไปใช้ในการจัดการสุขภาพของตนเองในสภาวะที่มีความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมได้อย่างเหมาะสม (Marsili et al., 2015) ความรอบรู้ดังกล่าวประกอบด้วยองค์ประกอบสำคัญ 6 ด้าน ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลอนามัยสิ่งแวดล้อม การเข้าใจข้อมูลอนามัยสิ่งแวดล้อม การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศด้านสุขภาพ ทักษะการสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญทางสุขภาพ การจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพ และการตัดสินใจด้านสุขภาพ (อรรณพ จงเจริญ, 2567) การศึกษาที่ผ่านมาพบหลักฐานสนับสนุนความสำคัญของความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมอย่างชัดเจน เช่น ยงยุทธ์ สุพล และคณะ (2569) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมในผู้สูงอายุตอนต้น จังหวัดอำนาจเจริญ พบว่าภายหลังได้รับโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมและพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากฝุ่น PM2.5 สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) เช่นเดียวกับการศึกษาของปรารถนา พลากำแหง และคณะ (2569) ในผู้สูงอายุจังหวัดเชียงใหม่ที่พบว่าโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจสามารถเพิ่มพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการสัมผัสฝุ่นได้อย่างมีประสิทธิภาพและคงผลต่อเนื่อง ($p < .001$) สิ่งนี้ยืนยันว่าหากบุคคลมีระดับความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมในทั้ง 6 ด้านอย่างครบถ้วน จะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันตนเองที่ถูกต้องและยั่งยืนได้

ในบริบทของการสาธารณสุขมูลฐานในประเทศไทย อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ถือเป็นกลไกหลักและกำลังสำคัญในการขับเคลื่อนงานสุขภาพระดับชุมชน บทบาทของ อสม. มิได้จำกัดอยู่เพียงการเป็นผู้รับผลกระทบจากฝุ่น PM2.5 เฉกเช่นประชาชนทั่วไปเท่านั้น หากแต่ อสม. ยังมีพันธกิจสำคัญในฐานะ "นักสื่อสารสุขภาพและผู้นำการเปลี่ยนแปลง" ที่จะนำข้อมูล ข่าวสาร และวิธีการป้องกันตนเองที่ถูกต้องไปเผยแพร่บอกต่อ และให้สุขศึกษาแก่ประชาชนในพื้นที่ที่ตนรับผิดชอบ ดังนั้น หาก อสม. ขาดความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมที่เพียงพอ โดยเฉพาะในด้านทักษะการสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญทางสุขภาพ ก็ย่อมไม่สามารถถ่ายทอดข้อมูลที่ถูกต้องและเหมาะสมแก่ประชาชนในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิผล อรรณพ จงเจริญ (2567) ได้ย้ำว่าโปรแกรมความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมสามารถยกระดับให้ อสม. เป็นต้นแบบและผู้ให้คำแนะนำด้านการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมแก่ประชาชนในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิผล สำหรับพื้นที่ตำบลเวียงใต้ อำเภอปาย ปัจจุบันมี อสม. ที่ปฏิบัติงานในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเวียงใต้จำนวน 106 คน จากจำนวน อสม. ทั้งหมด 536 คนในอำเภอปาย ซึ่งเป็นกำลังสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพและเฝ้าระวังโรคในชุมชนที่

ต้องเผชิญกับวิกฤตหมอกควันซ้ำซากทุกปี การพัฒนาศักยภาพของ อสม. กลุ่มนี้ให้มีความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมอย่างครบถ้วนจึงเปรียบเสมือนการสร้างเกราะป้องกันสุขภาพในระดับบุคคลและระดับชุมชนไปพร้อมกัน

แม้ว่าการศึกษาที่ผ่านมาจะให้หลักฐานสนับสนุนประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมต่อพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากฝุ่น PM2.5 อย่างชัดเจน แต่เมื่อพิจารณาอย่างละเอียด พบว่างานวิจัยส่วนใหญ่ยังคงมีช่องว่างทางองค์ความรู้ที่สำคัญหลายประการ ประการแรก การศึกษาของยงยุทธ์ สุพล และคณะ (2569) และปรารถนา พลากำแหง และคณะ (2569) มุ่งเน้นกลุ่มเป้าหมายเป็นผู้สูงอายุในฐานะผู้รับบริการสุขภาพ มิใช่บุคลากรสุขภาพชุมชนที่ทำหน้าที่ถ่ายทอดข้อมูล ทำให้ยังขาดหลักฐานเชิงประจักษ์ว่าโปรแกรมลักษณะเดียวกันจะมีประสิทธิผลต่อ อสม. ซึ่งมีบทบาทสองมิติทั้งในฐานะผู้ได้รับผลกระทบและผู้ส่งต่อข้อมูลสุขภาพในพื้นเดียวกันหรือไม่ ประการที่สอง การศึกษาของอรรณพ จงเจริญ (2567) แม้จะศึกษาในกลุ่ม อสม. โดยตรง แต่กรอบของโปรแกรมครอบคลุมอนามัยสิ่งแวดล้อมในภาพรวม มิได้มุ่งเจาะจงสู่บริบทของวิกฤตหมอกควันไฟป่าและฝุ่น PM2.5 ซึ่งมีลักษณะเฉพาะ ทั้งในแง่ของความเร่งด่วน ความรุนแรง และทักษะการสื่อสารความเสี่ยงที่ต้องการ ประการที่สาม ยังไม่มีการศึกษาที่ออกแบบพฤติกรรมผลลัพธ์ให้ครอบคลุมทั้งสองมิติอย่างครบวงจร คือทั้งพฤติกรรมการเฝ้าระวังสุขภาพตนเองและพฤติกรรมการป้องกันการสัมผัสฝุ่นในคราวเดียวกัน ซึ่งเป็นกรอบแนวคิดที่ตอบสนองต่อสภาพปัญหาจริงในพื้นที่หมอกควันเรื้อรังได้ครบถ้วนกว่า และประการสุดท้ายที่สำคัญที่สุด ยังไม่มีการศึกษาใดดำเนินการในพื้นที่อำเภอปาย จังหวัดแม่ฮ่องสอน ซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีความรุนแรงของฝุ่น PM2.5 สูงที่สุดในจังหวัดและเกินเกณฑ์มาตรฐานครบทุกวันของฤดูหมอกควัน บริบทเฉพาะของพื้นที่ภูเขาล้อมรอบ ประชากรชาติพันธุ์หลากหลาย และระบบสาธารณสุขที่พึ่งพา อสม. เป็นหลักในการเข้าถึงชุมชนห่างไกล ล้วนเป็นปัจจัยที่ทำให้ไม่สามารถนำผลการวิจัยจากพื้นที่อื่นมาประยุกต์ใช้ได้โดยตรง ช่องว่างทางองค์ความรู้เหล่านี้จึงชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นเร่งด่วนในการพัฒนาและทดสอบโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมที่ออกแบบมาโดยเฉพาะสำหรับ อสม. ในบริบทพื้นที่วิกฤตหมอกควัน เพื่อสร้างฐานหลักฐานเชิงประจักษ์ที่จะนำไปสู่การวางแผนเชิงนโยบายสาธารณสุขชุมชนอย่างมีประสิทธิภาพและตรงเป้าต่อไป

จากช่องว่างทางองค์ความรู้ดังกล่าว ประกอบกับบริบทของตำบลเวียงใต้ อำเภอปาย จังหวัดแม่ฮ่องสอน ที่เป็นพื้นที่วิกฤตหมอกควันรุนแรงที่สุดของจังหวัด มีค่า PM2.5 สูงสุดในรอบรายงานที่ 352.2 ไมโครกรัมต่อลูกบาศก์เมตร และมีจุดความร้อนเพิ่มขึ้นก้าวกระโดดร้อยละ 436.5 (ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุข สสจ.แม่ฮ่องสอน, 2569) ประกอบกับความสำคัญของ อสม. ในฐานะเครือข่ายสาธารณสุขชุมชนที่มีศักยภาพในการถ่ายทอดข้อมูลสุขภาพแก่ประชาชน ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมที่ครอบคลุมทั้ง 6 ด้าน ว่าจะสามารถยกระดับความรอบรู้และส่งผลให้ อสม. เกิดพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากฝุ่น PM2.5 ทั้งด้านการเฝ้าระวังสุขภาพและการป้องกันการสัมผัสฝุ่นดีขึ้นเพียงใด ผลจากการศึกษาครั้งนี้จะเป็นแนวทางสำคัญในการพัฒนาศักยภาพ อสม. ให้เป็นกำลังหลักในการจัดการความเสี่ยงด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมระดับชุมชน อันจะนำไปสู่การ

ยกระดับคุณภาพชีวิตและลดภาระโรคจากมลพิษทางอากาศให้แก่ประชาชนในพื้นที่ตำบลเวียงใต้และพื้นที่ที่มีสถานการณ์ PM2.5 รุนแรงในลักษณะเดียวกันต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

วัตถุประสงค์หลัก

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมต่อพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากฝุ่น PM2.5 ในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลเวียงใต้ อำเภอปาย จังหวัดแม่ฮ่องสอน

วัตถุประสงค์รอง

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมต่อพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากฝุ่น PM2.5 ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการเฝ้าระวังสุขภาพตนเองจากฝุ่น PM2.5 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมต่อพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากฝุ่น PM2.5 ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

3. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการสัมผัสฝุ่น PM2.5 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมต่อพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากฝุ่น PM2.5 ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

สมมติฐานการวิจัย

1. ภายหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมต่อพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากฝุ่น PM2.5 กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

2. ภายหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมต่อพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากฝุ่น PM2.5 กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการเฝ้าระวังสุขภาพตนเองจากฝุ่น PM2.5 สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

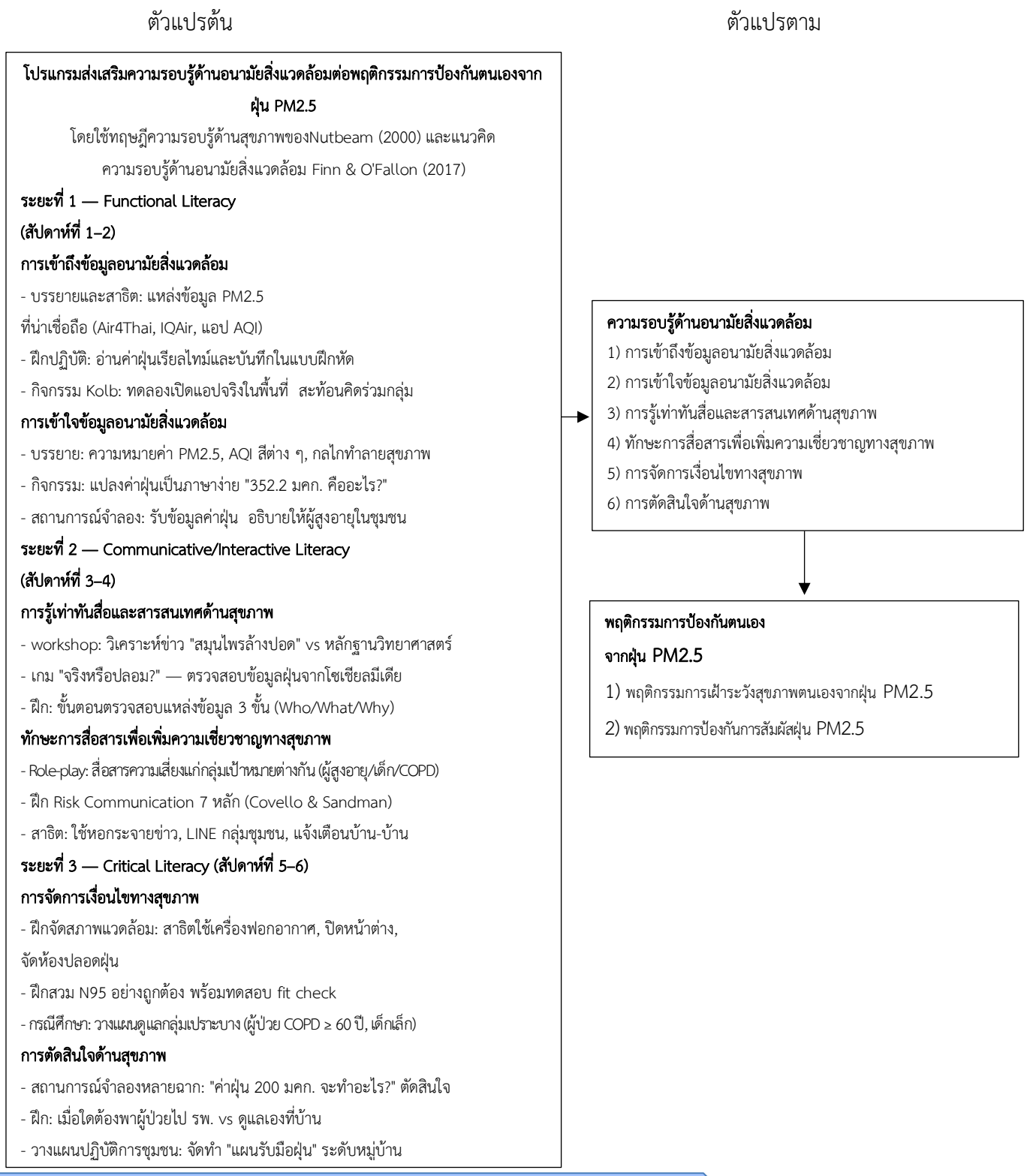
3. ภายหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมต่อพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากฝุ่น PM2.5 กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการสัมผัสฝุ่น PM2.5 สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

4. ภายหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมต่อพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากฝุ่น PM2.5 กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมสูงกว่ากลุ่มควบคุม

5. ภายหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมต่อพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากฝุ่น PM2.5 กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการเฝ้าระวังสุขภาพตนเองจากฝุ่น PM2.5 สูงกว่ากลุ่มควบคุม

6. ภายหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมต่อพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากฝุ่น PM2.5 กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการสัมผัสฝุ่น PM2.5 สูงกว่ากลุ่มควบคุม3.2 กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการสัมผัสฝุ่น PM2.5 สูงกว่ากลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดการวิจัย



วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Two groups pretest-posttest design) ดำเนินการระหว่างวันที่ 3 มิถุนายน ถึง17 กันยายน 2569

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากร คือ อสม. ตำบลเวียงใต้ 8 หมู่บ้าน 2 หย่อมบ้าน รวม 106 คน (โรงพยาบาลปาย, 2569) คำนวณขนาดตัวอย่างสำหรับการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยสองกลุ่มที่เป็นอิสระต่อกันด้วยโปรแกรม G*Power 3.1.9.7 (Faul et al., 2007) กำหนดขนาดอิทธิพล (Effect size) เท่ากับ 0.80 ซึ่งเป็นขนาดอิทธิพลระดับใหญ่ตามเกณฑ์ของ Cohen (1988) ระดับนัยสำคัญ 0.05 อำนาจการทดสอบ 0.80 แบบสองทาง ได้ขนาดตัวอย่างอย่างน้อยกลุ่มละ 26 คน และเพิ่มร้อยละ 15 เพื่อชดเชยการสูญหาย (Cohen et al., 2011) ได้กลุ่มละ 30 คน รวม 60 คน

การคัดเลือกและการจัดกลุ่ม คัดเลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ 1) เป็น อสม. ที่ขึ้นทะเบียนและยังปฏิบัติงานในตำบลเวียงใต้ 2) สื่อสารภาษาไทยได้ และ 3) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยสมัครใจ เกณฑ์คัดออก ได้แก่ 1) มีโรคระบบทางเดินหายใจระดับรุนแรง เช่น COPD ระยะ 3–4 หรือหอบหืดที่ควบคุมได้ยาก 2) ขาดการเข้าร่วมกิจกรรมเกิน 1 ครั้ง และ 3) ลาออกหรือย้ายพื้นที่ระหว่างการศึกษา จากนั้นจัดเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 30 คนด้วยการจับฉลาก

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง โปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ 3 ระดับของ Nutbeam (2000) และองค์ประกอบความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมของ Finn & O'Fallon (2017) ออกแบบกิจกรรมตามวงจรการเรียนรู้จากประสบการณ์ของ Kolb (1984) ทฤษฎีปัญญาสังคมของ Bandura (1986) และทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรคของ Rogers (1983) ดำเนินการสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละประมาณ 3 ชั่วโมง รวม 6 ครั้ง ณ ห้องประชุมโรงพยาบาลปาย รายละเอียดดังตารางที่ 1 ระหว่างสัปดาห์ กลุ่มตัวอย่างบันทึกการนำความรู้ไปปฏิบัติในพื้นที่รับผิดชอบลงในสมุดบันทึกกิจกรรม (Logbook) ซึ่งผู้วิจัยตรวจสอบทุกครั้งที่พบกัน

ตารางที่ 1 โครงสร้างโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม

สัปดาห์	ความรอบรู้ที่พัฒนา	กิจกรรมหลัก
1	การเข้าถึงข้อมูล (Functional)	บรรยายสถานการณ์ฝุ่นในอำเภอปาย ฝึกใช้แอปพลิเคชัน Air4Thai และ IQAir และบันทึกค่าฝุ่นรายวัน
2	การเข้าใจข้อมูล (Functional)	ความหมายของค่า PM2.5 ระดับสี AQI กลไกการก่อโรค และกิจกรรม "แปลภาษาฝุ่น" เป็นภาษาชาวบ้าน
3	การรู้เท่าทันสื่อ (Interactive)	Workshop "จริงหรือปลอม?" วิเคราะห์ข้อมูลฝุ่นจากสื่อสังคมออนไลน์ด้วยหลัก ใคร/อะไร/ทำไม

สัปดาห์	ความรอบรู้ที่พัฒนา	กิจกรรมหลัก
4	ทักษะการสื่อสาร (Interactive)	บทบาทสมมุติการสื่อสารความเสี่ยงกับผู้สูงอายุ ผู้ป่วย COPD และผู้ปกครองเด็กเล็ก
5	การจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพ (Critical)	ฝึกสวมหน้ากาก N95 และ Fit Check จัดห้องปลอดฝุ่น วางแผนดูแลกลุ่มเปราะบาง
6	การตัดสินใจด้านสุขภาพ (Critical)	สถานการณ์จำลองการตัดสินใจตามระดับค่าฝุ่น และจัดทำแผนรับมือฝุ่น PM2.5 ระดับหมู่บ้าน

กลุ่มควบคุม ได้รับการดูแลตามปกติ คือ สื่อความรู้พื้นฐานเรื่องฝุ่น PM2.5 และแนวทางการดูแลสุขภาพช่วงหมอกควันที่หน่วยงานสาธารณสุขเผยแพร่ โดยนัดพบในวันที่แยกจากกลุ่มทดลองเพื่อป้องกันการปนเปื้อนระหว่างกลุ่ม และได้รับโปรแกรมเดียวกันภายหลังสิ้นสุดการวิจัยเพื่อความเท่าเทียม

เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยประยุกต์จากแนวคิดของ Finn & O'Fallon (2017) Nutbeam (2000) และแบบประเมินความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมของกรมอนามัย (ประทุม สีดาจิตต์ และจิตติมา รอดสวาสดิ์, 2564) ประกอบด้วย 3 ส่วน ส่วนที่ 1 ข้อมูลลักษณะทางประชากร 8 ข้อ ส่วนที่ 2 แบบวัดความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมเกี่ยวกับฝุ่น PM2.5 จำนวน 30 ข้อ ครอบคลุม 6 ด้าน ด้านละ 5 ข้อ เป็นข้อความเชิงบวกทั้งหมด มาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับตามความสามารถในการปฏิบัติ (5 = ปฏิบัติได้ทุกครั้งอย่างมั่นใจ ถึง 1 = ไม่สามารถปฏิบัติได้) คะแนนเต็ม 150 คะแนน (ด้านละ 25 คะแนน) และส่วนที่ 3 แบบวัดพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากฝุ่น PM2.5 จำนวน 24 ข้อ แบ่งเป็นด้านการเฝ้าระวังสุขภาพตนเอง 12 ข้อ และด้านการป้องกันการสัมผัสฝุ่น 12 ข้อ มาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับตามความถี่ในการปฏิบัติ (5 = ปฏิบัติประจำ ถึง 1 = ไม่เคยปฏิบัติ) ข้อคำถามเชิงลบ 1 ข้อให้คะแนนกลับ คะแนนเต็มด้านละ 60 คะแนน รวม 120 คะแนน การแปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับตามเกณฑ์ของ Bloom (1968) คือ ระดับดี (ร้อยละ 80 ขึ้นไป) ระดับปานกลาง (ร้อยละ 60–79) และระดับต่ำ (น้อยกว่าร้อยละ 60)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่านตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา คัดเลือกข้อคำถามที่มีค่า IOC ตั้งแต่ 0.50 ขึ้นไป ได้ค่า IOC 0.67-1.00 นำไปทดลองใช้กับ อสม. ในพื้นที่ใกล้เคียงที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค 0.86 และเมื่อคำนวณในกลุ่มตัวอย่างจริงก่อนการทดลอง (n = 60) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม 0.96 แบบวัดพฤติกรรมการเฝ้าระวังสุขภาพตนเอง 0.91 แบบวัดพฤติกรรมการป้องกันการสัมผัสฝุ่น 0.81 และแบบวัดพฤติกรรมโดยรวม 0.92

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บข้อมูลก่อนการทดลองก่อนเริ่มกิจกรรมครั้งแรกและเก็บข้อมูลหลังการทดลองภายหลังสิ้นสุดโปรแกรม 1 สัปดาห์ ด้วยแบบสอบถามชุดเดียวกัน ใช้รหัสแทนชื่อเพื่อจับคู่ข้อมูลรายบุคคล

การวิเคราะห์ข้อมูล

1) ข้อมูลทั่วไปวิเคราะห์ด้วยความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มด้วย Chi-square test/Fisher's exact test และ Independent t-test 2) ทดสอบการแจกแจงของข้อมูลด้วย Shapiro-Wilk test 3) เปรียบเทียบคะแนนก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่มด้วย Paired t-test หรือ Wilcoxon signed-rank test และ 4) เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มด้วย Independent t-test หรือ Mann-Whitney U test ตามลักษณะการแจกแจง กำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ด้านสาธารณสุขในมนุษย์จังหวัดแม่ฮ่องสอน หมายเลขรับรอง MHS REC 018.2569 ประเภทการรับรองแบบยกเว้น เมื่อวันที่ 2 มิถุนายน 2569 กลุ่มตัวอย่างได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน และสิทธิในการถอนตัวได้ทุกเมื่อโดยไม่มีผลกระทบต่อการปฏิบัติงาน ลงนามยินยอมก่อนเข้าร่วม ข้อมูลใช้รหัสแทนชื่อ เก็บเป็นความลับ และนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลลักษณะทางประชากร กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 80.0 และ 63.3) มีอายุเฉลี่ย 54.20 ± 10.55 และ 54.80 ± 12.24 ปี จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา (ร้อยละ 50.0 และ 56.7) สถานภาพสมรส (ร้อยละ 70.0 และ 76.7) ประกอบอาชีพค้าขายหรือธุรกิจส่วนตัว (ร้อยละ 46.7 และ 53.3) และปฏิบัติงานเป็น อสม. เฉลี่ย 15.18 ± 9.53 และ 15.33 ± 10.51 ปี ตามลำดับ ลักษณะทางประชากรทุกด้านของทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่าง (n = 60)

ลักษณะ	กลุ่มทดลอง (n = 30)	กลุ่มควบคุม (n = 30)	p-value
เพศหญิง	24 (80.0)	19 (63.3)	0.252[f]
อายุ (ปี) $\bar{x}$ ± SD	54.20 ± 10.55	54.80 ± 12.24	0.840[t]
ระดับการศึกษา			0.697[f]
ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า	9 (30.0)	9 (30.0)	

ลักษณะ	กลุ่มทดลอง (n = 30)	กลุ่มควบคุม (n = 30)	p-value
มัธยมศึกษา/เทียบเท่า	15 (50.0)	17 (56.7)	
อนุปริญญา/เทียบเท่า	2 (6.7)	0 (0.0)	
ปริญญาตรีขึ้นไป	4 (13.3)	4 (13.3)	
สถานภาพสมรส/อยู่ด้วยกัน	21 (70.0)	23 (76.7)	0.843[f]
อาชีพหลัก			0.469[f]
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	14 (46.7)	16 (53.3)	
รับจ้างทั่วไป	8 (26.7)	8 (26.7)	
เกษตรกร	6 (20.0)	2 (6.7)	
อื่น ๆ	2 (6.7)	4 (13.3)	
รายได้ 5,001–10,000 บาท/เดือน	12 (40.0)	12 (40.0)	0.608[f]
ระยะเวลาเป็น อสม. (ปี) $\bar{x}$ ± SD	15.18 ± 9.53	15.33 ± 10.51	0.954[t]
จำนวนครัวเรือนที่รับผิดชอบ $\bar{x}$ ± SD	18.10 ± 6.08	17.20 ± 5.19	0.540[t]

$p<0.05$; [f] Fisher's exact test; [t] Independent t-test

ส่วนที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมและพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากฝุ่น PM2.5 ก่อนและหลังการทดลอง ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมและพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากฝุ่น PM2.5 ก่อนและหลังการทดลอง ภายในกลุ่มและระหว่างกลุ่ม (n = 30 ต่อกลุ่ม)

ตัวแปร (คะแนนเต็ม)	กลุ่ม	ก่อนทดลอง $\bar{x}$ ± SD	หลังทดลอง $\bar{x}$ ± SD	ค่าสถิติ (ภายในกลุ่ม)	p-value
ความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม (เต็ม 150 คะแนน)	กลุ่มทดลอง	100.90 ± 17.82	146.17 ± 3.94	t = 14.77[a]	<0.001*
	กลุ่มควบคุม	103.47 ± 18.28	106.23 ± 18.47	t = 3.00[a]	0.006*
	ระหว่างกลุ่ม	t = -0.55[b] (p = 0.584)	t = 11.58[b] (p < 0.001*)		
	กลุ่มทดลอง	38.77 ± 8.90	58.23 ± 1.92	t = 12.91[a]	<0.001*

ตัวแปร (คะแนนเต็ม)	กลุ่ม	ก่อนทดลอง $\bar{x} \pm SD$	หลังทดลอง $\bar{x} \pm SD$	ค่าสถิติ (ภายในกลุ่ม)	p-value
พฤติกรรมการเฝ้าระวังสุขภาพตนเอง (เต็ม 60 คะแนน)	กลุ่มควบคุม	38.73 ± 8.92	38.83 ± 9.11	t = 0.36[a]	0.725
	ระหว่างกลุ่ม	t = 0.01[b] (p = 0.988)	t = 11.42[b] (p < 0.001*)		
	กลุ่มทดลอง	45.47 ± 7.57	59.20 ± 1.27	t = 9.90[a]	<0.001*
พฤติกรรมการป้องกันการสัมผัสฝุ่น (60)	กลุ่มควบคุม	45.80 ± 6.03	46.47 ± 6.29	t = 2.37[a]	0.024*
	ระหว่างกลุ่ม	t = -0.19[b] (p = 0.851)	t = 10.87[b] (p < 0.001*)		
	กลุ่มทดลอง	84.23 ± 15.14	117.43 ± 2.62	t = 12.51[a]	<0.001*
พฤติกรรมการป้องกันตนเองโดยรวม (120)	กลุ่มควบคุม	84.53 ± 13.72	85.30 ± 14.08	t = 1.72[a]	0.097
	ระหว่างกลุ่ม	t = -0.08[b] (p = 0.936)	t = 12.29[b] (p < 0.001*)		

*p < 0.05; [a] Paired t-test; [b] Independent t-test

จากตารางที่ 3 ก่อนการทดลองทั้งสองกลุ่มมีคะแนนทุกตัวแปรไม่แตกต่างกัน (p > 0.05) หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม พฤติกรรมการเฝ้าระวังสุขภาพตนเอง และพฤติกรรมการป้องกันการสัมผัสฝุ่นเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสูงกว่ากลุ่มควบคุมทุกตัวแปร (p < 0.001) ส่วนกลุ่มควบคุมมีคะแนนความรอบรู้ (2.77 คะแนน, p = 0.006) และพฤติกรรมการป้องกันการสัมผัสฝุ่น (0.67 คะแนน, p = 0.024) และพฤติกรรมการเฝ้าระวังสุขภาพตนเองไม่เปลี่ยนแปลง (p = 0.725)

ส่วนที่ 3 ความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมรายด้าน

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมรายด้าน (คะแนนเต็มด้านละ 25) ก่อนและหลังการทดลอง

ด้าน	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		p-value[a] (หลังทดลอง)
	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง	
1. การเข้าถึงข้อมูล	16.77 ± 4.09	24.43 ± 1.07	16.80 ± 4.27	17.27 ± 4.15	<0.001*
2. การเข้าใจข้อมูล	16.93 ± 2.96	24.43 ± 0.73	16.47 ± 3.79	16.97 ± 4.06	<0.001*
3. การรู้เท่าทันสื่อ	15.67 ± 3.65	24.57 ± 0.57	17.00 ± 3.79	16.80 ± 3.96	<0.001*
4. ทักษะการสื่อสาร	17.40 ± 3.11	24.43 ± 1.19	17.83 ± 3.38	18.73 ± 3.57	<0.001*

ด้าน	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		p-value[a]
	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง	(หลังทดลอง)
5. การจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพ	17.50 ± 3.56	24.27 ± 1.11	18.27 ± 2.90	18.93 ± 2.90	<0.001*
6. การตัดสินใจด้านสุขภาพ	16.63 ± 3.85	24.03 ± 1.07	17.10 ± 3.38	17.53 ± 3.20	<0.001*

*p < 0.05; [a] Independent t-test

จากตารางที่ 4 ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนรายด้านอยู่ระหว่าง 15.67–17.50 คะแนน โดยด้านการรู้เท่าทันสื่อต่ำที่สุด หลังการทดลองคะแนนทุกด้านเพิ่มขึ้นเป็น 24.03–24.57 คะแนน โดยด้านการรู้เท่าทันสื่อเพิ่มขึ้นมากที่สุด (8.90 คะแนน) และสูงกว่ากลุ่มควบคุมทุกด้าน (p < 0.001)

ส่วนที่ 4 ระดับความรอบรู้และพฤติกรรม ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีความรอบรู้ระดับดีร้อยละ 16.7 และพฤติกรรมการป้องกันตนเองโดยรวมระดับดีร้อยละ 30.0 หลังการทดลอง กลุ่มทดลองทุกคนมีความรอบรู้และพฤติกรรมทุกด้านอยู่ในระดับดี (ร้อยละ 100.0) ขณะที่กลุ่มควบคุมมีความรอบรู้ระดับดีร้อยละ 20.0 และพฤติกรรมโดยรวมระดับดีร้อยละ 40.0

อภิปรายผล

ผลการศึกษาสนับสนุนสมมติฐานข้อที่ 1 กลุ่มทดลองมีคะแนนความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมเพิ่มขึ้นจาก 100.90 เป็น 146.17 คะแนน และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติครบทั้ง 6 ด้าน ทั้งนี้เนื่องจากโปรแกรมพัฒนาความรอบรู้เป็นลำดับขั้นตามแนวคิดของ Nutbeam (2000) ร่วมกับองค์ประกอบของ Finn & O'Fallon (2017) และจัดกิจกรรมตามวงจรการเรียนรู้จากประสบการณ์ของ Kolb (1984) ที่ให้ อสม. ฝึกกับข้อมูลจริงของพื้นที่ตนเอง ด้านการรู้เท่าทันสื่อซึ่งต่ำที่สุดก่อนการทดลองจึงเพิ่มขึ้นมากที่สุด ระดับความรอบรู้ก่อนการทดลองที่ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลางสอดคล้องกับการสำรวจ อสม.
ในพื้นที่อื่น (โชคชัย เกตุสถิตย์ และปวีณา แก้วเขียว, 2565; เจริญชัย หมื่นห่อ และคณะ, 2567; Pansakun et al., 2024) และผลการพัฒนาความรอบรู้สอดคล้องกับ สยามราชย์ ฟูเจริญกัลยา (2567) และวิชัย ศรีผา (2565) ที่พบว่าความรอบรู้ของ อสม. เพิ่มขึ้นภายหลังการพัฒนา ส่วนการเพิ่มขึ้นเล็กน้อยในกลุ่มควบคุมอาจเป็นผลจากสื่อความรู้ตามการดูแลปกติและผลของการตอบแบบสอบถามซ้ำ ซึ่งมีขนาดน้อยกว่ากลุ่มทดลองอย่างชัดเจน

ผลการศึกษาสนับสนุนสมมติฐานข้อที่ 2 พฤติกรรมการเฝ้าระวังสุขภาพตนเองเป็นด้านที่มีคะแนนเริ่มต้นต่ำที่สุด (ร้อยละ 64.6 ของคะแนนเต็ม และร้อยละ 40.0 อยู่ในระดับต่ำ) และเปลี่ยนแปลงมากที่สุด (38.77 เป็น 58.23 คะแนน) ขณะที่กลุ่มควบคุมไม่เปลี่ยนแปลง สอดคล้องกับ ประจวบ แสงดาว และคณะ (2567) ที่พบว่า

พฤติกรรมการเฝ้าระวังสุขภาพต่ำกว่าพฤติกรรมการป้องกันการสัมผัสฝุ่น การเปลี่ยนแปลงนี้เป็นผลจากกิจกรรมที่ให้ อสม. ติดตามค่าฝุ่นรายวัน บันทึกในสมุดบันทึกกิจกรรม และวางแผนดูแลกลุ่มเปราะบางในพื้นที่รับผิดชอบร่วมกับสถานการณ์จำลองที่กระตุ้นการประเมินภัยคุกคาม และความสามารถในการเผชิญปัญหา ตามทฤษฎีของ Rogers (1983) สอดคล้องกับ สุภาวดี ทารส (2568) ที่พบว่าการได้รับการอบรม (ORadj = 3.96) และความรอบรู้ด้านการตัดสินใจ (ORadj = 12.78) มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเฝ้าระวังและป้องกันผลกระทบจากฝุ่นของ อสม. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการศึกษาสนับสนุนสมมติฐานข้อที่ 3 พฤติกรรมการป้องกันการสัมผัสฝุ่นของกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นจาก 45.47 เป็น 59.20 คะแนน และสูงกว่ากลุ่มควบคุม แม้คะแนนเริ่มต้นค่อนข้างสูง (ร้อยละ 75.8) จากการรณรงค์ในพื้นที่ การฝึกสวมหน้ากาก N95 และทดสอบความพอดี การจัดห้องปลอดฝุ่น และการจัดทำแผนรับมือฝุ่นระดับหมู่บ้าน ช่วยยกระดับการปฏิบัติจากบางครั้งไปสู่การปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอและถูกวิธี ผ่านการเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเองตามแนวคิดของ Bandura (1986) สอดคล้องกับ Kim et al. (2026) ที่พบว่าโปรแกรมให้ความรู้ร่วมกับการฝึกปฏิบัติช่วยให้กลุ่มทดลองมีความเข้มข้นของ PM2.5 ภายในบ้านต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ

อย่างไรก็ตาม การแปลผลควรคำนึงถึงข้อจำกัด ได้แก่ 1) คะแนนหลังการทดลองของกลุ่มทดลองใกล้คะแนนเต็มและมีการกระจายน้อย บ่งชี้ผลเพดาน (Ceiling effect) ของเครื่องมือ 2) ข้อมูลเป็นการรายงานตนเองโดยผู้วิจัยเป็นผู้เก็บข้อมูล จึงอาจมีอคติจากการตอบตามความคาดหวังทางสังคม 3) การวัดผลอยู่นอกฤดูหมอกควันหลัก (มกราคม–เมษายน) และ 4) การคัดเลือกแบบเจาะจงจากตำบลเดียวอาจจำกัดการอ้างอิงผล

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 โรงพยาบาลและหน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่หมอกควันควรบรรจุโปรแกรมนี้เป็นหลักสูตรพัฒนาศักยภาพ อสม. ประจำปี โดยดำเนินการก่อนเข้าสู่ฤดูหมอกควัน และขยายผลไปยังตำบลอื่น

1.2 ควรส่งเสริมพฤติกรรมการเฝ้าระวังสุขภาพซึ่งเป็นจุดอ่อนเดิม โดยสนับสนุนทะเบียนกลุ่มเปราะบาง พร้อมเบอร์ติดต่อฉุกเฉิน และระบบรายงานผู้ป่วยที่สงสัยเจ็บป่วยจากฝุ่น ผ่านช่องทางที่ อสม. ใช้อยู่เดิม เช่น LINE กลุ่มหมู่บ้าน และเชื่อมแผนรับมือฝุ่นระดับหมู่บ้านเข้ากับแผนขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรติดตามผลที่ 3 และ 6 เดือนหลังสิ้นสุดโปรแกรม และกำหนดให้การวัดผลอยู่ในช่วงฤดูหมอกควันจริง เพื่อประเมินความคงทนของความรอบรู้และพฤติกรรม

2.2 ควรเพิ่มการวัดผลลัพธ์เชิงวัตถุวิสัย เช่น แบบสังเกตการสวมหน้ากาก N95 และการทดสอบความพอดี และผลลัพธ์ระดับครัวเรือนที่ อสม. รับผิดชอบ

2.3 ควรใช้การสุ่มแบบกลุ่มระดับหมู่บ้าน ผู้เก็บข้อมูลที่ไม่ทราบการจัดกลุ่ม การวิเคราะห์ที่ควบคุมคะแนนก่อนการทดลอง และปรับเครื่องมือให้ลดผลเพดาน

เอกสารอ้างอิง

เจริญชัย หมื่นห่อ, อรอุมา แก้วเกิด, ธงชัย อามาตยบัณฑิต, และศุภวรรน ยอดโปร่ง. (2567). ความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมในการป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่นละอองขนาดไม่เกิน 2.5 ไมครอน (PM2.5) ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในจังหวัดนครพนม. *วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ, 9*(1), 596–604.

โชคชัย เกตุสถิตย์ และปวีณา แก้วเขียว. (2565). ความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่นละอองขนาดเล็ก (PM2.5) ในพื้นที่เขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ จังหวัดตาก. *วารสารวิชาการป้องกันควบคุมโรค สคร.2 พิษณุโลก, 9*(2), 64–75.

ประจวบ แสงดาว, ชัชนันท์ ปู่แก้ว, และสุนิสา ตุ้มทอง. (2567). ความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมกับพฤติกรรมในการป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่นละอองขนาดไม่เกิน 2.5 ไมครอน ของเครือข่ายเฝ้าระวังและสื่อสารเตือนภัย พื้นที่มลพิษทางอากาศ เขตสุขภาพที่ 4. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 9: วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม, 18*(1), 209–223.

ประทุม สีดาจิตต์ และจิตติมา รอดสวาสดิ์. (2564). *การประเมินความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมในการป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่นละอองขนาดไม่เกิน 2.5 ไมครอน (PM2.5) ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในพื้นที่เมืองอุตสาหกรรมเชิงนิเวศ* [รายงานการวิจัย]. กองประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ กรมอนามัย.

โรงพยาบาลปาย. (2569). [ทะเบียนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลเวียงใต้ อำเภอปาย จังหวัดแม่ฮ่องสอน]

วิชัย ศรีผา. (2565). การพัฒนาความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมเพื่อจัดการปัญหาฝุ่นละอองขนาดเล็ก (PM2.5) ในกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อำเภอโซ่พิสัย จังหวัดบึงกาฬ. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น, 14*(1), 29–39.

ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแม่ฮ่องสอน. (2569). [รายงานสถานการณ์ฝุ่นละอองขนาดเล็ก (PM2.5) จุดความร้อน และผลกระทบต่อสุขภาพ จังหวัดแม่ฮ่องสอน ข้อมูล ณ วันที่ 14 เมษายน 2569]

สถาบันวิจัยจุฬาภรณ์. (2567, 20 มีนาคม). *PM2.5: วิกฤตฝุ่นละอองในประเทศไทยที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ.* https://www.cri.or.th/th/articles-20240320/

สยามราชย์ ฟูเจริญกัลยา. (2567).การพัฒนาความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมในการป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่นละอองขนาดเล็กไม่เกิน 2.5 ไมครอน (PM2.5) ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.). *วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมล้านนา, 14*, 179–192.

สุภาวดี ทารส. (2568).ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเฝ้าระวังและป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่นละอองขนาดไม่เกิน 2.5 ไมครอน (PM2.5) ของอาสาสมัครสาธารณสุข ในจังหวัดหนองคาย. *วารสารวิชาการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 8 จังหวัดอุดรธานี, 3*(3), 18–34.

Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Prentice-Hall.

Bloom, B. S. (1968). Learning for mastery. *Evaluation Comment, 1*(2), 1–12.

Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Lawrence Erlbaum Associates.

Cohen, L., Manion, L., & Morrison, K. (2011). *Research methods in education* (7th ed.). Routledge.

Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A.-G., & Buchner, A. (2007). G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods, 39*(2), 175–191. https://doi.org/10.3758/BF03193146

Finn, S., & O'Fallon, L. (2017). The emergence of environmental health literacy—From its roots to its future potential. *Environmental Health Perspectives, 125*(4), 495–501. https://doi.org/10.1289/ehp.1409337

Kim, H. D., Park, M.-S., Kim, W.-J., Lee, J., Lim, M. H., Chae, S., Lee, D.-W., & Kim, H.-C. (2026). Pilot study of a community-based PM2.5 educational intervention: Impacts on behavior, exposure, and pulmonary function. *BMC Public Health, 26*, Article 2268. https://doi.org/10.1186/s12889-026-27864-6

Kolb, D. A. (1984). *Experiential learning: Experience as the source of learning and development*. Prentice-Hall.

Marsili, D., Comba, P., & De Castro, P. (2015). Environmental health literacy within the Italian Asbestos Project: Experience in Italy and Latin American contexts. *Annali dell'Istituto Superiore di Sanità, 51*(3), 180–182. https://doi.org/10.4415/ANN_15_03_02

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

Pansakun, N., Naksen, W., Boonchieng, W., Ong-artborirak, P., & Prapamontol, T. (2024). Environmental health literacy regarding fine particulate matter and related factors among village health volunteers in upper northern Thailand. *Journal of Preventive Medicine and Public Health, 57*(2), 138–147. https://doi.org/10.3961/jpmph.23.434

Rogers, R. W. (1983). Cognitive and physiological processes in fear appeals and attitude change: A revised theory of protection motivation. In J. T. Cacioppo & R. E. Petty (Eds.), *Social psychophysiology: A sourcebook* (pp. 153–176). Guilford Press.

Thailand Clean Air Network. (2567, 30 มกราคม). ผลกระทบมหาศาลของฝุ่นจิ๋ว PM2.5 ต่อสุขภาวะที่กำลังเปลี่ยนไปของคนไทย. https://thailandcan.net/th/blog/impact-pm25-fine-dust-evolving-health-thai-people

Received: 3 Sep 2026 Revised: 17 Sep 2026
Accepted: 24 Sep 2026

ประสิทธิผลของโปรแกรมการเตรียมหญิงตั้งครรภ์ก่อนและหลังผ่าตัด ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการผ่าคลอด ในโรงพยาบาลสวรรคโลก จังหวัดสุโขทัย

พิมพ์ใจ พระเทพ [1]

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลองครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองเกี่ยวกับการผ่าคลอดและคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อการฟื้นฟูหลังผ่าคลอด ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง และเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมภายหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงตั้งครรภ์ที่แพทย์วินิจฉัยให้ผ่าคลอด ณ โรงพยาบาลสวรรคโลก จังหวัดสุโขทัย จำนวน 60 ราย คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 ราย เครื่องมือวิจัยประกอบด้วยโปรแกรมการเตรียมหญิงตั้งครรภ์ก่อนและหลังผ่าตัดที่บูรณาการทฤษฎีการบรรลุเป้าหมายของคิงกับแนวคิด Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) และแบบสอบถามที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา Paired t-test และ Independent t-test

ผลการศึกษา พบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองเพิ่มขึ้นจาก 26.00±3.00 เป็น 38.00±1.50 คะแนน และคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อการฟื้นฟูหลังผ่าคลอดเพิ่มขึ้นจาก 146.00±14.00 เป็น 187.00±12.00 คะแนน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) ขณะที่กลุ่มควบคุมทั้งสองตัวแปรไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=.319$ และ $p=.168$ ตามลำดับ) และเมื่อเปรียบเทียบภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้และคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อการฟื้นฟูสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) สรุปได้ว่า โปรแกรมการเตรียมหญิงตั้งครรภ์ก่อนและหลังผ่าตัดที่บูรณาการทฤษฎีการบรรลุเป้าหมายของคิงกับแนวคิด ERAS ช่วยเพิ่มความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองและส่งเสริมความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อการฟื้นฟูหลังผ่าคลอดได้อย่างมีประสิทธิผล

คำสำคัญ : โปรแกรมการเตรียมหญิงตั้งครรภ์ก่อนและหลังผ่าตัด, ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง, ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อการฟื้นฟู, การผ่าตัดคลอด

[1] **พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสวรรคโลก จังหวัดสุโขทัย,** E-mail : Pimjai.pra2514@gmail.com

The Effectiveness of Perioperative Preparation Programs on Self-care Behaviors among Pregnant Women coming for Cesarean Section, Sawankhalok Hospital, Sukhothai Province.

Pimjai Prathep [1]

ABSTRACT

This quasi-experimental study with a two-group pretest-posttest design aimed to compare the mean knowledge scores regarding self-care related to cesarean section and the scores on the ability to perform recovery activities after cesarean section before and after the intervention in the experimental group, and to compare these scores between the experimental and control groups after the intervention. The sample consisted of 60 pregnant women diagnosed by physicians as requiring cesarean section at Sawankhalok Hospital, Sukhothai Province. Participants were purposively selected and divided into an experimental group and a control group of 30 participants each. The research instruments included a pre- and post-operative preparation program for pregnant women that integrated King's Theory of Goal Attainment with the Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) concept, along with questionnaires for data collection. Data were analyzed using descriptive statistics, paired t-test, and independent t-test.

Results showed that after receiving the program, the experimental group's mean knowledge score regarding self-care increased significantly from 26.00±3.00 to 38.00±1.50 points, and the score on the ability to perform recovery activities after cesarean section increased significantly from 146.00±14.00 to 187.00±12.00 points ($p<.001$). In contrast, neither variable showed a statistically significant difference in the control group ($p=.319$ and $p=.168$, respectively). After the intervention, the experimental group had significantly higher knowledge scores and recovery activity ability scores than the control group ($p<.001$). In conclusion, the pre- and post-operative preparation program integrating King's Theory of Goal Attainment with the ERAS concept effectively increased self-care knowledge and enhanced the ability to perform recovery activities after cesarean section.

Keywords: perioperative preparation program for pregnant women, knowledge of self-care, ability to perform rehabilitation activities, cesarean section

[1] Professional Nurse (PROFESSIONAL Level), Sawankhalok Hospital, E-mail : Pimjai.pra2514@gmail.com

บทนำ

การผ่าคลอดเป็นหัตถการทางสูติกรรมที่มีอัตราการใช้เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทั่วโลก จากร้อยละ 12 ในปี ค.ศ. 2000 เป็นร้อยละ 21 ในปี ค.ศ. 2021 ซึ่งสูงกว่าอัตราที่องค์การอนามัยโลกแนะนำไว้ที่ร้อยละ 10-15 (World Health Organization, 2021) สำหรับประเทศไทย อัตราการผ่าคลอดเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 29.5 ในปี พ.ศ. 2560 เป็นร้อยละ 34.8 ในปี พ.ศ. 2565 (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2566) โดยมีสาเหตุหลักจากข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ เช่น ทารกอยู่ในท่าผิดปกติ รกเกาะต่ำ ประวัติผ่าคลอดครั้งก่อน และการเจ็บครรภ์คลอดที่ไม่คืบหน้า ทั้งนี้ อัตราการผ่าคลอดที่เพิ่มขึ้นในประเทศกำลังพัฒนามีความสัมพันธ์กับปัจจัยทางการแพทย์ สังคม และเศรษฐกิจที่เปลี่ยนแปลงไป (Boerma et al., 2018)

ข้อมูลจากงานเวชระเบียน โรงพยาบาลสวรรคโลก (2568) พบว่า อัตราการผ่าคลอดในปี พ.ศ. 2565, 2566 และ 2567 เท่ากับร้อยละ 53.8 (231/429 ราย), 58.0 (203/350 ราย) และ 50.7 (171/337 ราย) ตามลำดับ และร้อยละ 40.3 (83/206 ราย) ในปี พ.ศ. 2568 ณ เดือนสิงหาคม แม้จำนวนการคลอดโดยรวมจะลดลงตามอัตราการเกิดของประเทศ แต่สัดส่วนการผ่าคลอดยังสูงกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศและเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลกอย่างมาก โรงพยาบาลที่มีอัตราการผ่าคลอดสูงจึงจำเป็นต้องมีระบบการดูแลผู้ป่วยผ่าคลอดที่มีคุณภาพ เพื่อลดความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนและส่งเสริมผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดี (Molina et al., 2015)

การผ่าคลอดเป็นการผ่าตัดใหญ่ที่ส่งผลกระทบต่อมารดาทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เช่น อาการปวดแผลผ่าตัด ความเหนื่อยล้า การเคลื่อนไหวที่จำกัด ความวิตกกังวลเกี่ยวกับการดูแลทารก และภาวะซึมเศร้าหลังคลอด (Keag et al., 2018) อีกทั้งมีความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนสูงกว่าการคลอดปกติ 2-3 เท่า โดยเฉพาะการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด การเกิดลิ่มเลือด และภาวะเลือดออกหลังคลอด (Sobhy et al., 2019) การศึกษาของสุกัญญา ศรีเจริญ (2567) พบว่าโปรแกรมการให้ความรู้ก่อนผ่าคลอดช่วยเพิ่มพฤติกรรมการดูแลตนเองหลังคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) โดยเฉพาะด้านการดูแลแผลผ่าตัด การเคลื่อนไหวร่างกาย และการให้นมบุตร รวมทั้งช่วยลดภาวะแทรกซ้อนหลังคลอดได้

จากการดำเนินงานที่ผ่านมาของโรงพยาบาลสวรรคโลก พบว่า มารดาตั้งครรภ์มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองหลังผ่าคลอดอยู่ในระดับน้อย โดยเฉพาะด้านการเคลื่อนไหวร่างกาย การดูแลแผล และโภชนาการ กลัวการลุกเดินเร็วเพราะกลัวแผลแยก และมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการดูแลทารก ทฤษฎีการบรรลุเป้าหมายของคิง (King's Theory of Goal Attainment) ซึ่งเน้นการสร้างปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยผ่านการสื่อสาร การรับรู้ และการกำหนดเป้าหมายร่วมกัน จึงเป็นกรอบแนวคิดที่เหมาะสม เนื่องจากเมื่อพยาบาลและผู้ป่วยมีปฏิสัมพันธ์ที่มีประสิทธิภาพและร่วมกันกำหนดเป้าหมายที่ชัดเจน จะนำไปสู่การบรรลุเป้าหมายในการดูแลสุขภาพ

ได้ดีขึ้น (King, 1981) ทั้งยังช่วยเพิ่มการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย ส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ และเพิ่มความพึงพอใจในการดูแล (Alligood, 2018)

แนวคิดการฟื้นตัวหลังผ่าตัดอย่างเร็ว (Enhanced Recovery After Surgery: ERAS) เป็นแนวทางการดูแลแบบองค์รวมตั้งแต่ระยะก่อน ระหว่าง และหลังผ่าตัด เน้นการลดความเครียดจากการผ่าตัด การจัดการอาการปวดอย่างมีประสิทธิภาพ การเริ่มรับประทานอาหารและการเคลื่อนไหวร่างกายเร็ว และการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ (Ljungqvist et al., 2017) การวิเคราะห์อภิมานของ Huang และคณะ (2020) จากงานวิจัย 23 เรื่อง พบว่า ERAS ในผู้ป่วยผ่าตัดคลอดช่วยลดระยะเวลานอนโรงพยาบาลและภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด เพิ่มความพึงพอใจ และส่งเสริมการให้นมบุตร และ Tamang และคณะ (2021) พบว่า ERAS ลดระยะเวลานอนโรงพยาบาลได้แม้ในโรงพยาบาลที่มีทรัพยากรจำกัด อย่างไรก็ตาม การศึกษาแบบสุ่มมีกลุ่มควบคุมในประเทศไทยของณัฐชา กลางประพันธ์ และคณะ (2565) พบว่า ERAS ช่วยลดคะแนนความปวดที่ 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัด (3.1 ± 1.9 และ 5.1 ± 1.9, $p<.05$) แต่คุณภาพการฟื้นตัวโดยรวมไม่แตกต่างกัน ($p=.200$) สะท้อนว่าการฟื้นตัวโดยรวมยังต้องอาศัยองค์ประกอบเสริม เช่น การเตรียมความพร้อมด้านจิตใจ การให้ความรู้อย่างต่อเนื่อง และการสนับสนุนพฤติกรรมการดูแลตนเองของมารดา การบูรณาการทฤษฎีของคิงกับแนวคิด ERAS จึงน่าจะช่วยเติมเต็มช่องว่างดังกล่าว โดยทฤษฎีของคิงช่วยสร้างปฏิสัมพันธ์ การมีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมายและแรงจูงใจในการปฏิบัติตามคำแนะนำ ขณะที่ ERAS ให้แนวทางการดูแลที่เป็นรูปธรรมและมีหลักฐานเชิงประจักษ์รองรับในแต่ละระยะของการผ่าตัด ซึ่งการบูรณาการทฤษฎีทางการพยาบาลกับแนวปฏิบัติทางคลินิกช่วยเพิ่มประสิทธิผลของการดูแลและผลลัพธ์ทางสุขภาพ (Wilson et al., 2018) อย่างไรก็ตาม การศึกษาที่บูรณาการทั้งสองแนวคิดในผู้ป่วยผ่าตัดคลอดในบริบทโรงพยาบาลชุมชนของประเทศไทยยังมีจำกัด โดยส่วนใหญ่เป็นการศึกษาแยกส่วนระหว่างทฤษฎีทางการพยาบาลหรือแนวคิด ERAS เพียงอย่างเดียว

จากสถานการณ์ดังกล่าว ผู้วิจัยจึงพัฒนาโปรแกรมการเตรียมหญิงตั้งครรภ์ก่อนและหลังผ่าตัดโดยบูรณาการทฤษฎีการบรรลุเป้าหมายของคิงกับแนวคิด ERAS และศึกษาผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการผ่าคลอด เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการดูแลหญิงผ่าคลอดในโรงพยาบาลสวรรคโลกและโรงพยาบาลชุมชนอื่นที่มีบริบทใกล้เคียงกัน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองเกี่ยวกับผ่าคลอดก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง

2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อการฟื้นฟูหลังผ่าคลอดก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง

3. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองเกี่ยวกับผ่าคลอดหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

4. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อการฟื้นฟูหลังผ่าคลอดหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

สมมติฐานการวิจัย

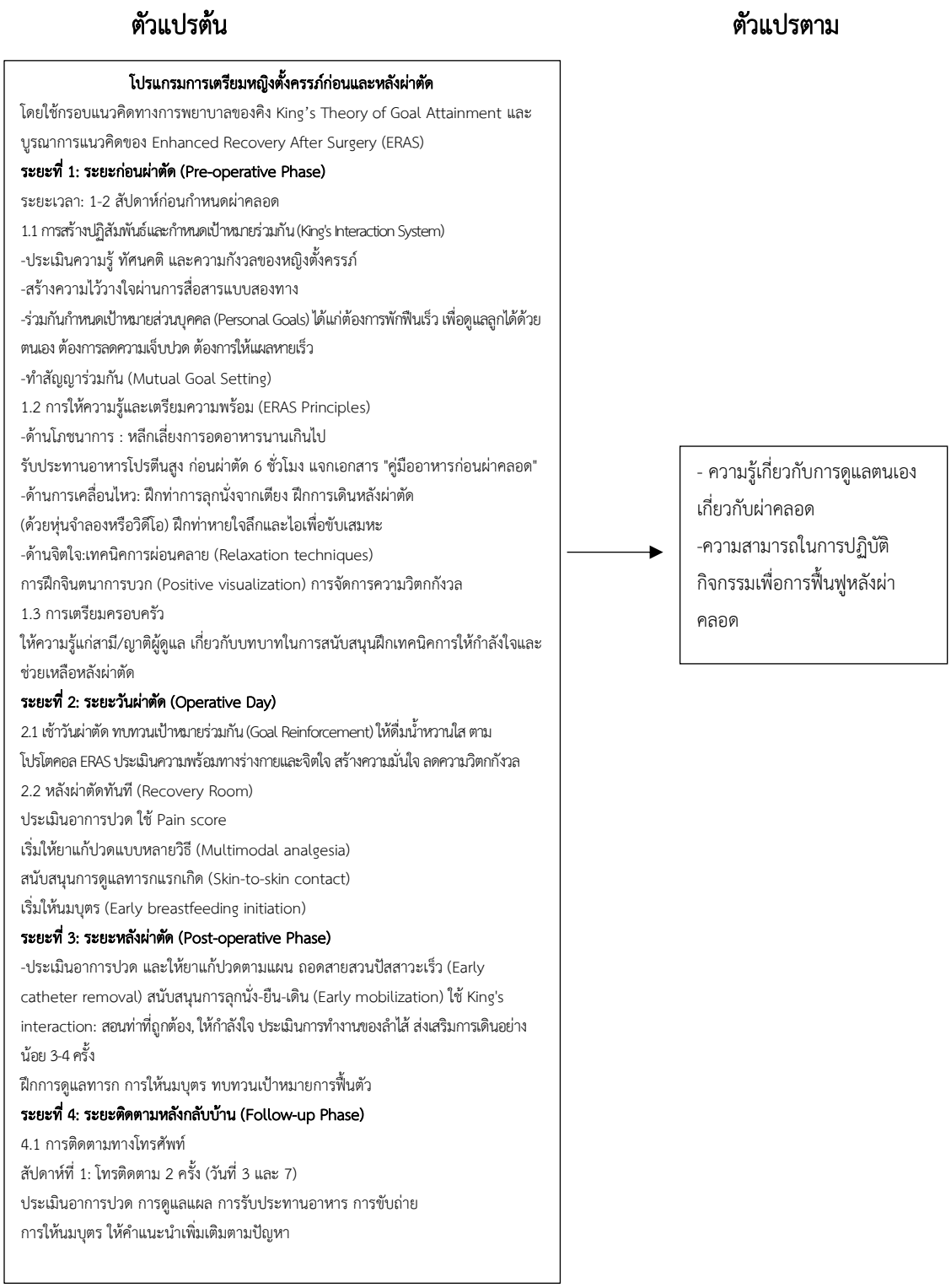
1. คะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองเกี่ยวกับผ่าคลอดก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองแตกต่างกัน

2. คะแนนเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อการฟื้นฟูหลังผ่าคลอดก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองแตกต่างกัน

3. คะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองเกี่ยวกับผ่าคลอดหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกัน

4. คะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อการฟื้นฟูหลังผ่าคลอดหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกัน

กรอบแนวคิดการวิจัย



วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Two Groups Pretest-Posttest Design) ดำเนินการ ณ โรงพยาบาลสวรรคโลก จังหวัดสุโขทัย ระหว่างเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2568 - สิงหาคม พ.ศ. 2569 เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนธันวาคม พ.ศ. 2568 - พฤษภาคม พ.ศ. 2569

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ หญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการฝากครรภ์และได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ให้ผ่าคลอดที่โรงพยาบาลสวรรคโลก อำเภอสวรรคโลก จังหวัดสุโขทัย ระหว่างเดือนธันวาคม พ.ศ. 2568 - พฤษภาคม พ.ศ. 2569 กลุ่มตัวอย่าง คือ หญิงตั้งครรภ์จากประชากรดังกล่าวที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้าและคัดออก

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง คำนวณด้วยโปรแกรม G*Power version 3.1.9.7 (Faul et al., 2007) สำหรับ Independent t-test กำหนดขนาดอิทธิพล (d) เท่ากับ 0.80 อ้างอิงจากงานวิจัยของสุกัญญา พงษ์ศิริรักษ์ และคณะ (2567) ระดับนัยสำคัญ .05 อำนาจการทดสอบ 0.80 ทดสอบแบบสองทาง ได้ขนาดตัวอย่างอย่างน้อยกลุ่มละ 26 ราย และเพิ่มร้อยละ 15 เพื่อป้องกันการสูญหาย (Polit & Beck, 2017) ได้กลุ่มละ 30 ราย รวม 60 ราย คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) 1) อายุ 18 ปีขึ้นไป ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ให้ผ่าคลอดด้วยเหตุผลทางการแพทย์ อายุครรภ์ตั้งแต่ 37 สัปดาห์ขึ้นไป 2) ตั้งครรภ์เดี่ยว 3) ไม่มีโรคประจำตัวที่รุนแรง เช่น โรคหัวใจ โรคไต วัณโรค หรือโรคมะเร็ง 4) ไม่มีภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรมที่รุนแรง เช่น ครรภ์เป็นพิษรุนแรง เบาหวานขณะตั้งครรภ์ที่ควบคุมไม่ได้ รกเกาะปากมดลูก และ 5) สามารถพูด ฟัง อ่าน เขียนภาษาไทยได้

เกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria) 1) มีภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรมที่ต้องผ่าคลอดโดยด่วน เช่น รกลอกตัวก่อนกำหนด เลือดออกมาก หรือทารกอยู่ในภาวะอันตราย 2) มีปัญหาสุขภาพจิตหรือความบกพร่องทางสติปัญญาที่ไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมได้ และ 3) ได้รับการส่งตัวไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่าก่อนกำหนดผ่าคลอด

เกณฑ์ถอดถอน (Withdrawal criteria) 1) ขอถอนตัวจากการวิจัย 2) เกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงระหว่างเข้าร่วมโปรแกรมจนไม่สามารถดำเนินการวิจัยต่อได้ และ 3) เข้าร่วมโปรแกรมน้อยกว่าร้อยละ 80

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 10 ข้อ ประกอบด้วย อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ครอบครัวต่อเดือน สถานภาพสมรส จำนวนบุตร ประวัติการคลอดบุตร อายุครรภ์ปัจจุบัน เหตุผลในการผ่าคลอดครั้งนี้ และผู้ดูแลหลังกลับบ้าน ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบเลือกตอบและเติมคำลงในช่องว่าง

1.2 แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองเกี่ยวกับการผ่าคลอด เป็นแบบเลือกตอบถูก-ผิด จำนวน 40 ข้อ ครอบคลุม 8 ด้าน ด้านละ 5 ข้อ ได้แก่ การผ่าคลอดและการเตรียมความพร้อม การจัดการอาการปวด การเคลื่อนไหวร่างกาย การดูแลแผลผ่าตัด โภชนาการ การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การดูแลทารกและการให้นมบุตร และการดูแลสุขภาพจิตใจและการพักผ่อน แปลผลตามเกณฑ์ของบลูม (Bloom, 1975) เป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับสูง (ร้อยละ 80 ขึ้นไป หรือ 32 คะแนนขึ้นไป) ระดับปานกลาง (ร้อยละ 60-79 หรือ 24-31 คะแนน) และระดับต่ำ (น้อยกว่าร้อยละ 60 หรือน้อยกว่า 24 คะแนน)

1.3 แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อการฟื้นฟูหลังผ่าคลอด เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (Likert scale) จำนวน 45 ข้อ คะแนนเต็ม 225 คะแนน มีทั้งข้อความเชิงบวกและเชิงลบ ครอบคลุม 8 ด้าน ได้แก่ การจัดการอาการปวด (5 ข้อ) การเคลื่อนไหวร่างกาย (6 ข้อ) การดูแลแผลผ่าตัด (5 ข้อ) การรับประทานอาหารและโภชนาการ (5 ข้อ) การป้องกันภาวะแทรกซ้อน (6 ข้อ) การดูแลทารกและการให้นมบุตร (6 ข้อ) การดูแลสุขภาพจิตใจและการพักผ่อน (6 ข้อ) และการติดตามการรักษาและการกำหนดเป้าหมายการดูแลตนเอง (6 ข้อ) ให้คะแนนตั้งแต่ปฏิบัติเป็นประจำถึงไม่สามารถปฏิบัติได้เท่ากับ 5-1 คะแนนสำหรับข้อความเชิงบวก และ 1-5 คะแนนสำหรับข้อความเชิงลบ แปลผลตามเกณฑ์ของบลูม (Bloom, 1975) เป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับสูง (180 คะแนนขึ้นไป) ระดับปานกลาง (135-179 คะแนน) และระดับต่ำ (น้อยกว่า 135 คะแนน)

2. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย คือ โปรแกรมการเตรียมหญิงตั้งครรภ์ก่อนและหลังผ่าตัด ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยบูรณาการทฤษฎีการบรรลุเป้าหมายของคิง (King, 1981) กับแนวคิด ERAS (Ljungqvist et al., 2017) ใช้เวลาทั้งหมด 6 สัปดาห์ ประกอบด้วย 12 กิจกรรมใน 4 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะก่อนผ่าตัด (1-2 สัปดาห์ก่อนผ่าคลอด) กิจกรรมที่ 1 การสร้างปฏิสัมพันธ์และกำหนดเป้าหมายร่วมกัน (King's Interaction System) พยาบาลสร้างสัมพันธภาพผ่านการสื่อสารสองทาง ประเมินความรู้ ทัศนคติ และความกังวลเกี่ยวกับการผ่าคลอด แล้วร่วมกำหนดเป้าหมายส่วนบุคคลที่ชัดเจน วัดผลได้ และเป็นไปได้จริง (Mutual Goal Setting) บันทึกในแผนการดูแลส่วนบุคคลและติดตามความก้าวหน้าร่วมกันตลอดโปรแกรม กิจกรรมที่ 2 การให้ความรู้และเตรียมความพร้อมตามหลัก ERAS รายบุคคล 3 ด้าน ได้แก่ ด้านโภชนาการ (หลีกเลี่ยงการอดอาหารนานเกินไป รับประทานอาหารโปรตีนสูงก่อนผ่าตัด 6 ชั่วโมง พร้อมคู่มือ

อาหารก่อนผ่าคลอด) ด้านการเคลื่อนไหว (ฝึกลุกนั่งจากเตียง การเดิน การหายใจลึกและการไอขับเสมหะจนคล่อง) และด้านจิตใจ (การหายใจช้า การผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้า และการจินตนาการเชิงบวก) กิจกรรมที่ 3 การเตรียมครอบครัว ให้ความรู้สามีหรือผู้ดูแลเกี่ยวกับบทบาทการสนับสนุน การประคองลุกนั่งและพยุงเดิน การช่วยดูแลทารก การสนับสนุนการให้นมบุตร และการสังเกตอาการผิดปกติ

ระยะที่ 2 ระยะวันผ่าตัด กิจกรรมที่ 4 การเตรียมความพร้อมเข้าวันผ่าตัด ทบทวนเป้าหมายร่วมกัน (Goal Reinforcement) และทักษะที่ฝึกไว้ ให้งดน้ำงดอาหารอย่างน้อย 6 ชั่วโมงก่อนเข้าห้องผ่าตัดตามโปรโตคอล ERAS ประเมินความพร้อมทางกายและใจ และใช้เทคนิคผ่อนคลายเพื่อลดความวิตกกังวล กิจกรรมที่ 5 การดูแลหลังผ่าตัดทันทีในห้องพักฟื้น ประเมิน Pain score และให้ยาแก้ปวดแบบหลายวิธี (Multimodal analgesia) ตามแผนการรักษาของสูติแพทย์เพื่อลดการใช้ยากลุ่มโอปิออยด์ ส่งเสริมการสัมผัสผิวกับผิวระหว่างมารดาและทารก และเริ่มให้นมบุตรภายใน 1 ชั่วโมงแรกหลังคลอดเมื่อมารดารู้สึกตัวดี

ระยะที่ 3 ระยะหลังผ่าตัด (วันที่ 1-3 ระหว่างนอนโรงพยาบาล) กิจกรรมที่ 6 การจัดการความเจ็บปวดและการดูแลพื้นฐาน ประเมินความปวดทุก 4-6 ชั่วโมง ให้ยาตามแผนการรักษา และถอดสายสวนปัสสาวะภายใน 12-24 ชั่วโมงหลังผ่าตัด กิจกรรมที่ 7 การส่งเสริมการเคลื่อนไหวร่างกายเร็ว (Early Mobilization) สอนท่าลุกนั่งที่ถูกต้อง โดยมีเป้าหมายให้ลุกนั่งได้ภายใน 6-12 ชั่วโมง เดินได้ภายใน 24 ชั่วโมง และเดินวันละ 3-4 ครั้ง ครั้งละ 5-10 นาที กิจกรรมที่ 8 การส่งเสริมการรับประทานอาหารเร็ว ให้เริ่มดื่มน้ำและรับประทานอาหารอ่อนทันทีที่พร้อมโดยไม่ต้องรอผายลม เน้นอาหารโปรตีนสูง อาหารที่มีเส้นใย และดื่มน้ำ 8-10 แก้วต่อวัน กิจกรรมที่ 9 การฝึกทักษะการดูแลทารกและการให้นมบุตร ได้แก่ การอุ้ม การเปลี่ยนผ้าอ้อม ท่าให้นม และการอมหัวนมที่ถูกต้อง และการแก้ปัญหาหัวนมแตกหรือน้ำนมไม่ไหล กิจกรรมที่ 10 การทบทวนเป้าหมายการฟื้นตัวทุกวันผ่านแบบบันทึกการติดตามตนเอง (Self-monitoring record) เปรียบเทียบกับเป้าหมาย หารืออุปสรรค ปรับแผนร่วมกัน และเสริมแรงเชิงบวก

ระยะที่ 4 ระยะติดตามหลังกลับบ้าน (สัปดาห์ที่ 1-6 หลังจำหน่าย) กิจกรรมที่ 11 การให้คำแนะนำก่อนจำหน่ายและวางแผนการดูแลต่อเนื่อง ทบทวนการดูแลแผล อาการผิดปกติที่ต้องรีบพบแพทย์ การใช้ยา โภชนาการ การพักผ่อน การดูแลทารก และการวางแผนครอบครัว พร้อมมอบคู่มือการดูแลตนเองและเบอร์โทรศัพท์ติดต่อพยาบาล และกำหนดเป้าหมายระยะยาวร่วมกัน กิจกรรมที่ 12 การติดตามทางโทรศัพท์ ในสัปดาห์ที่ 1 จำนวน 2 ครั้ง (วันที่ 3 และ 7 หลังจำหน่าย) และสัปดาห์ที่ 2-6 สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 15-20 นาที เพื่อประเมินความปวด สภาพแผล การรับประทานอาหาร การขับถ่าย การให้นมบุตร และภาวะอารมณ์ ทบทวนความก้าวหน้าตามเป้าหมาย ให้คำแนะนำเฉพาะราย และเสริมแรงเชิงบวก

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. ความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยนำโปรแกรมและแบบสอบถามเสนอผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้แก่ สูติแพทย์ พยาบาลวิชาชีพหัวหน้าตึกสูติกรรม และพยาบาลวิชาชีพผู้เชี่ยวชาญด้านการเตรียมตัวก่อนและหลังผ่าตัด เพื่อตรวจสอบความครอบคลุมและความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัย ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ทุกฉบับอยู่ระหว่าง 0.67-1.00 และปรับปรุงตามคำแนะนำ

2. ความเที่ยง (Reliability) นำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการผ่าคลอด ณ โรงพยาบาลศรีสัชนาลัย จังหวัดสุโขทัย ซึ่งมีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน แบบสอบถามความรู้ได้ค่าคูเดอร์-ริชาร์ดสัน (KR-20) เท่ากับ 0.82 และแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อการฟื้นฟูหลังผ่าคลอดได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.85

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ขั้นเตรียมการ ผู้วิจัยพัฒนาโปรแกรมและเครื่องมือจากการทบทวนวรรณกรรม ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือตามที่กล่าวข้างต้น ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ และได้รับอนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัยและผู้อำนวยการโรงพยาบาลสวรรคโลก

2. ขั้นประสานงาน ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์แก่สูติแพทย์ หัวหน้าหอผู้ป่วยและพยาบาลประจำหอผู้ป่วยสูติกรรม คัดกรองหญิงตั้งครรภ์จากบัญชีนัดผ่าคลอดล่วงหน้าตามเกณฑ์คัดเข้าและคัดออก และอบรมผู้ช่วยวิจัยซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยสูติกรรม 2 คน ให้ดำเนินโปรแกรมและเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นมาตรฐานเดียวกัน

3. ขั้นดำเนินการทดลอง เก็บข้อมูลก่อนการทดลอง (Pretest) ในทั้งสองกลุ่ม จากนั้นกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมเป็นเวลา 6 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ แล้วเก็บข้อมูลหลังการทดลอง (Posttest) ด้วยแบบสอบถามชุดเดิม

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป ดังนี้ 1) ข้อมูลส่วนบุคคลใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2) เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้และความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อการฟื้นฟูหลังผ่าคลอดก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่มด้วย Paired t-test และ 3) เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วย Independent t-test ทั้งนี้ ข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ *กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาการศึกษาวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย (COA No.88/2025, IRB No.96/2025) แบบเร่งรัด (Expedited Review) เมื่อวันที่ 17 พฤศจิกายน 2568 ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัยแก่กลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลถูกเก็บเป็นความลับและนำเสนอในภาพรวม

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการผ่าคลอดในโรงพยาบาลสวรรคโลก จังหวัดสุโขทัย จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มควบคุม 30 คน กลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 30.97 ± 6.28 ปี ส่วนกลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ย 29.30 ± 6.06 ปี ทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส/อยู่ด้วยกัน (ร้อยละ 86.7 และ 76.7 ตามลำดับ) มีบุตร 1 คนมากที่สุดในทั้งสองกลุ่ม (ร้อยละ 56.7 เท่ากัน) และเป็นครรภ์แรกที่ไม่เคยคลอดมาก่อนมากที่สุด (ร้อยละ 56.7 เท่ากัน) มีอายุครรภ์ปัจจุบันเฉลี่ยเท่ากัน (38.13 ± 1.04 และ 38.13 ± 0.90 สัปดาห์ ตามลำดับ) สาเหตุการผ่าตัดคลอดที่พบมากที่สุดในทั้งสองกลุ่มคือ ทารกตัวใหญ่ (ร้อยละ 50.0 เท่ากัน) และมีสามีเป็นผู้ดูแลหลักมากที่สุด (ร้อยละ 93.3 และ 96.7 ตามลำดับ) เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลทั่วไประหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกตัวแปร ($p>.05$)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองและความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อการฟื้นฟูหลังผ่าคลอด ระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรม ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตัวแปร			n	$\bar{x}$	SD	T-value	p-value
ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง (คะแนนเต็ม 40)	กลุ่มทดลอง	ก่อนทดลอง	30	26.00	3.00	-23.474	<.001*
		หลังทดลอง	30	38.00	1.50		
	กลุ่มควบคุม	ก่อนทดลอง	30	26.30	2.90	-1.014	.319
		หลังทดลอง	30	26.80	3.00		
ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อการฟื้นฟูหลังผ่าคลอด (คะแนนเต็ม 225)	กลุ่มทดลอง	ก่อนทดลอง	30	146.00	14.00	-14.035	<.001*
		หลังทดลอง	30	187.00	12.00		
	กลุ่มควบคุม	ก่อนทดลอง	30	144.00	13.50	-1.413	.168
		หลังทดลอง	30	148.00	14.50		

*p<.05

จากตารางที่ 1 หลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เพิ่มขึ้นจาก 26.00 ± 3.00 เป็น 38.00 ± 1.50 คะแนน (t=-23.474, p<.001) และคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อการฟื้นฟูหลังผ่าคลอดเพิ่มขึ้นจาก 146.00 ± 14.00 เป็น 187.00 ± 12.00 คะแนน (t=-14.035, p<.001) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ขณะที่กลุ่มควบคุมมีคะแนนทั้งสองด้านไม่แตกต่างจากก่อนการทดลอง (p=.319 และ p=.168 ตามลำดับ)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองและความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อการฟื้นฟูหลังผ่าคลอด ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง (INDEPENDENT T-TEST)

ตัวแปร			n	$\bar{x}$	SD	T-value	p-value
ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง (คะแนนเต็ม 40)	**ก่อนทดลอง**	กลุ่มทดลอง	30	26.00	3.00	-0.394	.695
		กลุ่มควบคุม	30	26.30	2.90		
	หลังทดลอง	กลุ่มทดลอง	30	38.00	1.50	18.290	<.001*
		กลุ่มควบคุม	30	26.80	3.00		
ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อการ	**ก่อนทดลอง**	กลุ่มทดลอง	30	146.00	14.00	0.563	.575
		กลุ่มควบคุม	30	144.00	13.50		
	หลังทดลอง	กลุ่มทดลอง	30	187.00	12.00	11.349	<.001*

ตัวแปร		n	$\bar{x}$	SD	T-value	p-value
ฟื้นฟูหลังผ่าคลอด (คะแนนเต็ม 225)	กลุ่มควบคุม	30	148.00	14.50		

*p<.05

จากตารางที่ 2 ก่อนการทดลอง ทั้งสองกลุ่มมีคะแนนความรู้ (p=.695) และคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อการฟื้นฟู (p=.575) ไม่แตกต่างกัน หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้ (38.00 ± 1.50 และ 26.80 ± 3.00; t=18.290, p<.001) และคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อการฟื้นฟู (187.00 ± 12.00 และ 148.00 ± 14.50; t=11.349, p<.001) สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

อภิปรายผล

ผลการศึกษาพบว่า หลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองเพิ่มขึ้นและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001) ขณะที่ก่อนการทดลองทั้งสองกลุ่มมีพื้นฐานความรู้ใกล้เคียงกัน (p=.695) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกระบวนการปฏิสัมพันธ์ตามทฤษฎีของคิงในระยะก่อนผ่าตัด ซึ่งพยาบาลและหญิงตั้งครรภ์ร่วมกันประเมินความรู้และความกังวล และกำหนดเป้าหมายส่วนบุคคล (Mutual Goal Setting) ที่ชัดเจนและวัดผลได้ ช่วยสร้างการมีส่วนร่วมและแรงจูงใจในการเรียนรู้ ประกอบกับเนื้อหาความรู้ตามหลัก ERAS ที่ครอบคลุมด้านโภชนาการ การเคลื่อนไหวร่างกาย และจิตใจอย่างเป็นระบบ สอดคล้องกับ King (1981) ที่อธิบายว่าปฏิสัมพันธ์ที่มีประสิทธิภาพและการกำหนดเป้าหมายร่วมกันนำไปสู่การบรรลุเป้าหมายด้านสุขภาพ ส่วนกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติมีคะแนนความรู้ไม่เปลี่ยนแปลง (p=.319) สะท้อนว่าการพยาบาลตามปกติที่ขาดการร่วมกำหนดเป้าหมายและการให้ความรู้อย่างเป็นระบบยังไม่เพียงพอ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับณัฐนันท์ เสถียรธนรัตน์ (2567) ที่พบว่าโปรแกรมเตรียมความพร้อมหญิงตั้งครรภ์ที่ผ่าตัดคลอด โรงพยาบาลยโสธร ทำให้คะแนนดีขึ้นทั้งภายในกลุ่มและเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม (p<.05) และฐิตารีย์ อิงไธสง (2564) ที่พบว่าโปรแกรมการเตรียมความพร้อมก่อนระงับความรู้สึกช่วยเพิ่มความรู้และพฤติกรรมการปฏิบัติตนของหญิงตั้งครรภ์ครรภ์แรกที่นัดผ่าคลอด แต่แตกต่างจากสุกัญญา พงษ์ศิริรักษ์ และคณะ (2567) ที่พบว่ากลุ่มควบคุมมีคะแนนความรู้สูงกว่ากลุ่มทดลองภายหลังการทดลอง ซึ่งอาจเกิดจากความไม่เท่าเทียมของกลุ่มตัวอย่าง เช่น ระดับการศึกษาและการเข้าถึงแหล่งข้อมูล การศึกษาครั้งนี้ได้ยืนยันความเท่าเทียมกันของทั้งสองกลุ่มทั้งด้านข้อมูลทั่วไปและคะแนนก่อนการทดลอง จึงเพิ่มความน่าเชื่อถือว่าผลที่เกิดขึ้นเป็นผลจากโปรแกรม

ด้านความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อการฟื้นฟูหลังผ่าคลอด กลุ่มทดลองมีคะแนนเพิ่มขึ้นและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) เนื่องจากโปรแกรมนำหลัก ERAS มาปฏิบัติเป็นรูปธรรมในแต่ละระยะ ได้แก่ การเคลื่อนไหวร่างกายเร็ว การรับประทานอาหารเร็ว การถอดสายสวนปัสสาวะเร็ว และการจัดการความปวดแบบหลายวิธี ควบคู่กับกระบวนการปฏิสัมพันธ์ตามทฤษฎีของคิงในการสอนทักษะ ทบทวนเป้าหมาย และให้กำลังใจอย่างต่อเนื่องทั้งขณะนอนโรงพยาบาลและการติดตามทางโทรศัพท์ ทำให้หญิงตั้งครรภ์นำความรู้ไปปฏิบัติได้จริงและต่อเนื่อง สอดคล้องกับ Ljungqvist และคณะ (2017) ที่ระบุว่า ERAS เน้นการลดความเครียดจากการผ่าตัดและการเริ่มฟื้นตัวตั้งแต่เนิ่น ๆ ส่วนกลุ่มควบคุมมีคะแนนไม่เปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญ ($p=.168$) ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับสุกัญญา พงษ์ศิริรักษ์ และคณะ (2567) ที่พบว่าโปรแกรมเสริมสร้างพฤติกรรมการดูแลตนเองทำให้มารดาครรภ์แรกหลังคลอดมีคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองเพิ่มขึ้นและสูงกว่ากลุ่มควบคุม และจุฑารัตน์ แซ่ล้อ และมาลี แซ่อุ่น (2563) ที่พบว่ามารดาครรภ์แรกที่ผ่าตัดคลอดซึ่งได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความรู้มีความพร้อมก่อนจำหน่ายสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและสูงกว่ากลุ่มควบคุม ($p<.001$) ทั้งนี้สนับสนุนแนวคิดของ Wilson และคณะ (2018) ที่ว่าการบูรณาการทฤษฎีทางการพยาบาลกับแนวปฏิบัติทางคลินิกช่วยเพิ่มประสิทธิผลของการดูแล กล่าวคือ ทฤษฎีของคิงสร้างปฏิสัมพันธ์และแรงจูงใจ ขณะที่ ERAS ให้แนวทางปฏิบัติที่เป็นรูปธรรม ทั้งสองแนวคิดจึงเสริมกันอย่างมีประสิทธิผล

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 บุคลากรทางการพยาบาลสามารถนำโปรแกรมการเตรียมหญิงตั้งครรภ์ก่อนและหลังผ่าตัดไปใช้แทนการพยาบาลตามปกติ เพื่อเพิ่มความรู้และส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการผ่าคลอดอย่างเป็นระบบ โดยเฉพาะในช่วงใกล้ผ่าตัดซึ่งเป็นช่วงที่มีความเสี่ยงต่อความวิตกกังวลและพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ลดลง

1.2 ควรจัดทำคู่มือหรือสื่อการสอนเกี่ยวกับการเตรียมตัวก่อนและหลังผ่าตัดคลอดที่เข้าใจง่าย สำหรับแจกให้หญิงตั้งครรภ์และผู้ดูแลได้ศึกษาเพิ่มเติมด้วยตนเอง เพื่อเสริมสร้างความรู้และความมั่นใจในการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง

2. ข้อเสนอแนะการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 แม้การศึกษาครั้งนี้จะพบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีความเท่าเทียมกันในข้อมูลทั่วไปทุกด้าน แต่ควรมีการติดตามและควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนอื่นที่อาจไม่ได้วัดไว้ในการศึกษาครั้งนี้ เช่น ระดับความ

วิตกกังวลก่อนผ่าตัด หรือการได้รับข้อมูลจากแหล่งอื่นนอกเหนือจากโปรแกรม เพื่อยืนยันว่าผลลัพธ์ที่พบเกิดจากประสิทธิผลของโปรแกรมอย่างแท้จริง

2.2 ควรขยายระยะเวลาการติดตามผลเป็น 1-3 เดือนหลังผ่าตัดคลอด เพื่อประเมินความยั่งยืนของพฤติกรรมการดูแลตนเอง และประเมินผลลัพธ์ทางคลินิก เช่น อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดและระยะเวลาการฟื้นตัว เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ข้อจำกัดในการวิจัย

การประเมินผลลัพธ์ในการวิจัยนี้ดำเนินการเฉพาะในช่วงระยะเวลาสั้น ๆ หลังผ่าตัด ยังไม่ได้ติดตามผลระยะยาวเกี่ยวกับความยั่งยืนของพฤติกรรมการดูแลตนเองและอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด

เอกสารอ้างอิง

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2566). *รายงานสถานการณ์การผ่าตัดคลอดในประเทศไทย พ.ศ. 2560–2565*. กรมอนามัย.

งานเวชระเบียน โรงพยาบาลสวรรคโลก. (2568). *รายงานสถิติการคลอดและการผ่าคลอด ปี พ.ศ. 2565–2568*. โรงพยาบาลสวรรคโลก.

จุฑารัตน์ แซ่ล้อ และมาลี แซ่อุ่น. (2563). *ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความรู้ในมารดาครรภ์แรกที่คลอดบุตรโดยการผ่าตัดทางหน้าท้องต่อความพร้อมก่อนการจำหน่าย*. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี. https://surat.moph.go.th/

ฐิตารีย์ อิงไธสง. (2564). ผลของการใช้โปรแกรมการเตรียมความพร้อมระงับความรู้สึกแบบฉีดยาชาเข้าช่องไขสันหลังต่อความรู้และพฤติกรรมการปฏิบัติตนของหญิงตั้งครรภ์ครรภ์แรกนัดผ่าคลอดที่โรงพยาบาลหนองคาย. *วารสารการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา, 4*(2), 15–24.

ณัฐชา กลางประพันธ์, อมรินทร์ นาควิเชียร, จุฑารัตน์ เลื่อนผลเจริญชัย และวิภาดา เหล่าสุขสถิต. (2565). ประสิทธิผลโปรโตคอลเสริมการฟื้นตัว (ERAS) ในการผ่าตัดคลอด: งานวิจัยแบบสุ่มมีกลุ่มควบคุม. *Thai Journal of Obstetrics and Gynaecology, 30*(6), 393–402.

ณัฐนันท์ เสถียรธนรัตน์. (2567). ผลของโปรแกรมเตรียมความพร้อมของหญิงตั้งครรภ์ที่เข้ารับการผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้อง ในโรงพยาบาลยโสธร. *ยโสธรเวชสาร, 26*(1), 169–182.

สุกัญญา พงษ์ศิริรักษ์, นฤมล สินสุพรรณ และวีณา อิศรางกูร ณ อยุธยา. (2567). ประสิทธิผลของโปรแกรมเสริมสร้างพฤติกรรมการดูแลตนเองของมารดาครรภ์แรกหลังคลอดเพื่อให้มีความพร้อมก่อนการจำหน่าย

และการติดตามหลังคลอดในโรงพยาบาลบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น. *วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา, 9*(1), 353–363.

สุกัญญา ศรีเจริญ. (2567). ผลของโปรแกรมให้ความรู้ในการดูแลตนเองระยะหลังผ่าตัดของหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการผ่าตัดคลอดครั้งแรก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี. *วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมล้านนา, 14*, 291–303.

Alligood, M. R. (2018). *Nursing theorists and their work* (9th ed.). Elsevier.

Bloom, B. S. (1975). *Taxonomy of educational objectives: The classification of educational goals. Handbook I: Cognitive domain*. David McKay.

Boerma, T., Ronsmans, C., Melesse, D. Y., Barros, A. J. D., Barros, F. C., Juan, L., Moller, A.-B., Say, L., Hosseinpoor, A. R., Yi, M., de Lyra Rabello Neto, D., & Temmerman, M. (2018). Global epidemiology of use of and disparities in caesarean sections. *The Lancet, 392*(10155), 1341–1348. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31928-7

Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A.-G., & Buchner, A. (2007). G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods, 39*(2), 175–191. https://doi.org/10.3758/BF03193146

Huang, J., Cao, Y., Liao, C., Cai, L., & Wu, Y. (2020). Enhanced recovery after cesarean delivery: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine, 33*(17), 3366–3378.

Keag, O. E., Norman, J. E., & Stock, S. J. (2018). Long-term risks and benefits associated with cesarean delivery for mother, baby, and subsequent pregnancies: Systematic review and meta-analysis. *PLOS Medicine, 15*(1), Article e1002494. https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002494

King, I. M. (1981). *A theory for nursing: Systems, concepts, process*. John Wiley & Sons.

Ljungqvist, O., Scott, M., & Fearon, K. C. (2017). Enhanced recovery after surgery: A review. *JAMA Surgery, 152*(3), 292–298. https://doi.org/10.1001/jamasurg.2016.4952

Molina, G., Weiser, T. G., Lipsitz, S. R., Esquivel, M. M., Uribe-Leitz, T., Azad, T., Shah, N., Semrau, K., Berry, W. R., Gawande, A. A., & Haynes, A. B. (2015). Relationship between cesarean

delivery rate and maternal and neonatal mortality. *JAMA, 314*(21), 2263–2270. https://doi.org/10.1001/jama.2015.15553

Polit, D. F., & Beck, C. T. (2017). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (10th ed.). Wolters Kluwer.

Sobhy, S., Arroyo-Manzano, D., Murugesu, N., Karthikeyan, G., Kumar, V., Kaur, I., Fernandez, E., Gundabattula, S. R., Betran, A. P., Khan, K., Zamora, J., & Thangaratinam, S. (2019). Maternal and perinatal mortality and complications associated with caesarean section in low-income and middle-income countries: A systematic review and meta-analysis. *The Lancet, 393*(10184), 1973–1982. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32386-9

Tamang, T., Wangchuk, T., Zangmo, C., Wangmo, T., & Tshomo, K. (2021). The successful implementation of the Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) program among caesarean deliveries in Bhutan to reduce the postoperative length of hospital stay. *BMC Pregnancy and Childbirth, 21*, Article 637.

Wilson, A. N., Homer, C. S. E., & Hornbuckle, J. (2018). Integrating midwifery theory and evidence-based practice: Improving care for women undergoing cesarean section. *Women and Birth, 31*(5), 379–385.

World Health Organization. (2021, June 16). *Caesarean section rates continue to rise, amid growing inequalities in access*. https://www.who.int/news/item/16-06-2021-caesarean-section-rates-continue-to-rise

Received: 3 Sep 2026 **Revised:** 17 Sep 2026
Accepted: 24 Sep 2026

ประสิทธิผลของโปรแกรมการพยาบาลก่อนและหลังผ่าตัดในผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์และศัลยกรรมที่ได้รับการระงับความรู้สึกชนิดดมยาสลบ โรงพยาบาลสวรรคโลก จังหวัดสุโขทัย

พัณณ์พิศา เดชกุล [1]

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการพยาบาลก่อนและหลังผ่าตัดในผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์และศัลยกรรมที่ได้รับการระงับความรู้สึกชนิดดมยาสลบ โรงพยาบาลสวรรคโลก จังหวัดสุโขทัย กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบมีแผนล่วงหน้าภายใต้การดมยาสลบ จำนวน 60 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 ราย กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการพยาบาลที่พัฒนาตามแนวคิดการฟื้นตัวที่เพิ่มขึ้นหลังผ่าตัด (Enhanced Recovery After Surgery: ERAS) และทฤษฎีความสุขสบายของ Kolcaba ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ได้แก่ การประเมินความเสี่ยงและเตรียมความพร้อมก่อนดมยาสลบ การให้ความรู้และลดความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด การดูแลในห้องพักฟื้น และการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด 72 ชั่วโมง กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบประเมินความวิตกกังวล STAI ฉบับภาษาไทย มาตรวัดความปวดแบบตัวเลข (NRS 0–10) แบบบันทึกการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด และแบบสอบถามความพึงพอใจต่อการดูแลพยาบาล วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา Paired t-test, Independent t-test, Chi-square test ,Mann-whitney U test และ Fisher's exact test.

ผลการศึกษาพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดลดลงจาก 61.60 ± 4.53 เป็น 34.73 ± 4.80 คะแนน และมีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจต่อการดูแลพยาบาลเพิ่มขึ้นจาก 55.93 ± 4.55 เป็น 87.37 ± 6.28 คะแนน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยมีความวิตกกังวลต่ำกว่าและความพึงพอใจสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) กลุ่มทดลองมีคะแนนความปวดหลังผ่าตัดที่ 24 ชั่วโมง (3.87 ± 0.82 และ 6.93 ± 0.69) และ 48 ชั่วโมง (2.50 ± 0.90 และ 6.40 ± 0.89) ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และไม่พบภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดในกลุ่มทดลอง (ร้อยละ 0.0) ขณะที่กลุ่มควบคุมพบร้อยละ 26.7 ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.005$) โปรแกรมการพยาบาลก่อนและหลังผ่าตัดจึงมีประสิทธิผลในการลดความวิตกกังวล ลดความปวด ลดภาวะแทรกซ้อน และเพิ่มความพึงพอใจของผู้ป่วย โรงพยาบาลชุมชนจึงควรนำโปรแกรมไปใช้เป็นแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดแบบมีแผนล่วงหน้าภายใต้การดมยาสลบ

คำสำคัญ: โปรแกรมการพยาบาลก่อนและหลังผ่าตัด, การระงับความรู้สึกชนิดดมยาสลบ, ERAS, ความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด, ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด

[1] **พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสวรรคโลก จังหวัดสุโขทัย,** Corresponding author e-mail: Dechkul20@gmail.com

Effectiveness of a Perioperative Nursing Program among Orthopedic and Surgical Patients Undergoing General Anesthesia at Sawankhalok Hospital, Sukhothai Province

Panpisa Dechkul [1]

ABSTRACT

This quasi-experimental study aimed to examine the effectiveness of a perioperative nursing program among orthopedic and general surgical patients undergoing general anesthesia at Sawankhalok Hospital, Sukhothai Province. The sample consisted of 60 patients scheduled for elective surgery, divided into an experimental group and a control group of 30 each. The experimental group received a nursing program based on the Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) concept and Kolcaba's Comfort Theory, comprising four components: preanesthetic risk assessment and preparation, preoperative education and anxiety reduction, post-anesthesia care unit (PACU) care, and systematic surveillance of postoperative complications during the first 72 hours. The control group received usual nursing care. Data were collected using the Thai version of the State-Trait Anxiety Inventory (STAI), the Numerical Rating Scale (NRS 0–10), a postoperative complication surveillance record, and a satisfaction with nursing care questionnaire. Data were analyzed using descriptive statistics, paired t-test, independent t-test, chi-square test, mann-whitney U test and fisher's exact test.

The results revealed that, after the intervention, the experimental group's mean preoperative anxiety score decreased from 61.60 ± 4.53 to 34.73 ± 4.80, and the mean satisfaction score increased from 55.93 ± 4.55 to 87.37 ± 6.28 ($p < 0.001$). Compared with the control group, the experimental group had significantly lower anxiety and higher satisfaction ($p < 0.001$). Pain scores of the experimental group were significantly lower than those of the control group at 24 hours (3.87 ± 0.82 vs. 6.93 ± 0.69) and 48 hours (2.50 ± 0.90 vs. 6.40 ± 0.89) ($p < 0.001$). No postoperative complications occurred in the experimental group (0.0%), compared with 26.7% in the control group ($p = 0.005$). The program is effective in reducing preoperative anxiety, postoperative pain, and complications, and in improving patient satisfaction. Community hospitals should adopt it as a standard practice for elective surgical patients undergoing general anesthesia.

Keywords: perioperative nursing program, general anesthesia, enhanced recovery after surgery, preoperative anxiety, postoperative complications

[1] Registered Nurse, Professional Level, Sawankhalok Hospital, Sukhothai Province

บทนำ

การผ่าตัดเป็นกระบวนการรักษาที่มีความสำคัญและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยทั่วโลกมีการผ่าตัดมากกว่า 300 ล้านครั้งต่อปี (Weiser et al., 2016) การผ่าตัดออร์โธปิดิกส์และศัลยกรรมทั่วไปส่วนใหญ่จำเป็นต้องได้รับการระงับความรู้สึกชนิดดมยาสลบ (General anesthesia) ซึ่งทำให้ผู้ป่วยหมดสติโดยสมบูรณ์และส่งผลต่อระบบประสาทส่วนกลาง ระบบหายใจ และระบบหัวใจและหลอดเลือด ผู้ป่วยจึงต้องได้รับการเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิดทั้งระหว่างผ่าตัดและระยะฟื้นตัว (Checketts et al., 2016) ภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยภายหลังการดมยาสลบ ได้แก่ ภาวะคลื่นไส้อาเจียนหลังผ่าตัด (Postoperative nausea and vomiting: PONV) ซึ่งพบในผู้ป่วยทั่วไปประมาณร้อยละ 30 และสูงถึงร้อยละ 80 ในกลุ่มเสี่ยงสูง (Gan et al., 2020) รวมถึงภาวะหายใจตื้น ภาวะความดันโลหิตต่ำ ภาวะสับสนหลังดมยาสลบ และภาวะอุณหภูมิกายต่ำ ภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้ส่งผลโดยตรงต่อการฟื้นตัว ระยะเวลานอนโรงพยาบาล และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

ในบริบทของประเทศไทย แม้จะมีแนวทางการบริหารจัดการความปวดหลังผ่าตัดของราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทยร่วมกับสมาคมการศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย (2562) แต่ยังพบภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดอย่างต่อเนื่อง สัญญา โพธิ์งาม และมนพร ชาติชำนิ (2563) ศึกษาผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้อง 220 ราย พบภาวะแทรกซ้อนในระบบทางเดินหายใจร้อยละ 1.82 ระบบทางเดินอาหารร้อยละ 3.70 และระบบผิวหนังร้อยละ 6.40 โดยมีจำนวนวันนอนเฉลี่ย 13.92 วัน นอกจากภาวะแทรกซ้อนทางกายแล้ว ความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดยังเป็นปัญหาสำคัญที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการรักษาและการฟื้นตัว ศิวพร ถือชาติ และคณะ (2562) พบว่าการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนแก่ผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้องสามารถลดความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สะท้อนว่าการพยาบาลที่เป็นระบบตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัดมีบทบาทสำคัญต่อผลลัพธ์ของผู้ป่วย

การศึกษาในประเทศไทยที่ผ่านมาได้ยืนยันความสำคัญของการพัฒนากระบวนการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึก กนิษฐา ปฐมอาทิวงศ์ (2562) และสุวรรณา ภูบุญเติม (2566) รายงานกรณีศึกษาผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายเพื่อผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม พบปัญหาความดันโลหิตต่ำ ความเสี่ยงต่อการขาดออกซิเจน และอาการหนาวสั่นในห้องพักฟื้น และพบว่าการใช้กระบวนการพยาบาลแบบองค์รวมในทุกระยะช่วยให้ผู้ป่วยปลอดภัย พิชัย จันทศิลป์ และชยาวรักษ์ สัจจวาณิชย์ (2564) พบว่าแนวทางการเตรียมความพร้อมก่อนได้รับยาระงับความรู้สึกเพื่อผ่าตัดข้อเข่าเทียมช่วยลดความวิตกกังวลและเพิ่มความพึงพอใจของผู้ป่วย สุทินา วงศ์ฉายา และจิญ แก้วกล้า (2566) พบว่าแนวปฏิบัติการจัดการความปวดร่วมกับการโค้ชพยาบาลทำให้ผู้ป่วยหลังผ่าตัดออร์โธปิดิกส์มีคะแนนความปวดต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับ ปิ่นอนงค์ รัตนปทุมวงศ์ และคณะ (2566) ที่พบว่ารูปแบบการจัดการความปวดเฉียบพลันหลังผ่าตัด

ช่วยเพิ่มความพึงพอใจและลดอาการไม่พึงประสงค์จากยาระงับปวด และปิยาอร บุญวงศ์ (2568) ที่พบว่าแนวปฏิบัติการพยาบาลในห้องพักฟื้นช่วยลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

โรงพยาบาลสวรรคโลก จังหวัดสุโขทัย เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 60 เตียง ให้บริการผ่าตัดออร์โธปิดิกส์และศัลยกรรมทั่วไปประมาณ 400–500 รายต่อปี โดยร้อยละ 85 ใช้การระงับความรู้สึกชนิดดมยาสลบ (โรงพยาบาลสวรรคโลก, 2566) และมีแนวโน้มการผ่าตัดออร์โธปิดิกส์เพิ่มขึ้นอย่างก้าวกระโดดจาก 63 รายในปี 2567 เป็น 194 รายในช่วง 9 เดือนแรกของปีงบประมาณ 2568 ข้อมูลการเฝ้าระวังของโรงพยาบาลพบว่าผู้ป่วยที่ผ่าตัดภายใต้การดมยาสลบมีภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดร้อยละ 18.5 โดยภาวะที่พบ ได้แก่ ภาวะคลื่นไส้อาเจียน (ร้อยละ 22.3) ภาวะสับสนหลังดมยาสลบในผู้สูงอายุ (ร้อยละ 12.5) ภาวะหายใจตื้น (ร้อยละ 8.7) และภาวะความดันโลหิตต่ำ (ร้อยละ 6.2) ผู้ป่วยมีระยะเวลานอนโรงพยาบาลเฉลี่ย 5.2 วัน และมีคะแนนความพึงพอใจต่อการดูแลพยาบาลเฉลี่ย 3.2 จาก 5 คะแนน (โรงพยาบาลสวรรคโลก, 2565) นอกจากนี้ อัตราการเยี่ยมผู้ป่วยหลังผ่าตัดลดลงจากร้อยละ 97 เหลือร้อยละ 85 ในปี 2568 (โรงพยาบาลสวรรคโลก, 2568) การทบทวนระบบบริการพบว่ายังขาดโปรแกรมการพยาบาลที่เป็นมาตรฐานสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการดมยาสลบ ขาดแนวทางการประเมินความพร้อมก่อนดมยาสลบ และขาดการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากยาสลบในระยะหลังผ่าตัดอย่างเป็นระบบ

แม้การศึกษาที่ผ่านมาจะสนับสนุนประโยชน์ของการพัฒนาการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด แต่ยังมีช่องว่างทางองค์ความรู้หลายประการ ประการแรก การศึกษาส่วนใหญ่มุ่งเน้นการพยาบาลเพียงระยะใดระยะหนึ่ง เช่น การเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด (พิชัย จันทศิลป์ และชยาวรักษ์ สัจจวาณิชย์, 2564) การดูแลในห้องพักฟื้น (ปิยาอร บุญวงศ์, 2568) หรือการจัดการความปวด (สุทินา วงศ์ฉายา และจิญ แก้วกล้า, 2566) ยังขาดโปรแกรมที่ดูแลต่อเนื่องตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด ห้องพักฟื้น จนถึง 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด ประการที่สอง การศึกษาบางส่วนเป็นกรณีศึกษาจำนวนน้อย (กนิษฐา ปฐมอาทิวงศ์, 2562; สุวรรณา ภูบุญเติม, 2566) หรือเป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการที่ไม่มีกลุ่มเปรียบเทียบ จึงยังไม่สามารถยืนยันประสิทธิผลได้อย่างชัดเจน ประการที่สาม การศึกษาส่วนใหญ่ดำเนินการในโรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลทั่วไปที่มีบุคลากรเฉพาะทางเพียงพอ ซึ่งมีบริบทแตกต่างจากโรงพยาบาลชุมชนที่มีทรัพยากรจำกัด และประการสุดท้าย ยังไม่พบการศึกษาที่บูรณาการแนวคิด ERAS ซึ่งมุ่งลดการตอบสนองต่อความเครียดจากการผ่าตัดและส่งเสริมการฟื้นตัว (Kehlet, 1997; Ljungqvist et al., 2017)

ร่วมกับทฤษฎีความสุขสบายของ Kolcaba (2003) ซึ่งมุ่งตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยแบบองค์รวม เพื่อประเมินผลลัพธ์ทั้งด้านจิตใจ ด้านคลินิก และด้านความพึงพอใจไปพร้อมกัน

จากช่องว่างทางองค์ความรู้และสภาพปัญหาดังกล่าว ผู้วิจัยจึงพัฒนาโปรแกรมการพยาบาลก่อนและหลังผ่าตัดสำหรับผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์และศัลยกรรมที่ได้รับการระงับความรู้สึกชนิดดมยาสลบ โดยบูรณาการแนวคิด ERAS และทฤษฎีความสุขสบายของ Kolcaba ให้สอดคล้องกับบริบทของโรงพยาบาลชุมชน และศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมต่อความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด ความปวดหลังผ่าตัด อัตราภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด และความพึงพอใจต่อการดูแลพยาบาล ผลการศึกษาจะเป็นแนวทางในการพัฒนามาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการดมยาสลบ เพิ่มความปลอดภัยของผู้ป่วย และขยายผลสู่โรงพยาบาลชุมชนอื่นในจังหวัดสุโขทัยและเขตสุขภาพที่ 2 ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

วัตถุประสงค์หลัก

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการพยาบาลก่อนและหลังผ่าตัดในผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์และศัลยกรรมที่ได้รับการระงับความรู้สึกชนิดดมยาสลบ โรงพยาบาลสวรรคโลก จังหวัดสุโขทัย

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อเปรียบเทียบระดับความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดภายในกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการพยาบาล และระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม

2. เพื่อเปรียบเทียบระดับความรุนแรงของความปวดหลังผ่าตัดที่ 24 และ 48 ชั่วโมง ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม

3. เพื่อเปรียบเทียบอัตราภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดภายใน 72 ชั่วโมง ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม

4. เพื่อเปรียบเทียบความพึงพอใจต่อการดูแลทางการพยาบาลภายในกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการพยาบาล และระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม

สมมติฐานการวิจัย

1. ภายหลังได้รับโปรแกรมการพยาบาลก่อนและหลังผ่าตัด กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และต่ำกว่ากลุ่มควบคุม

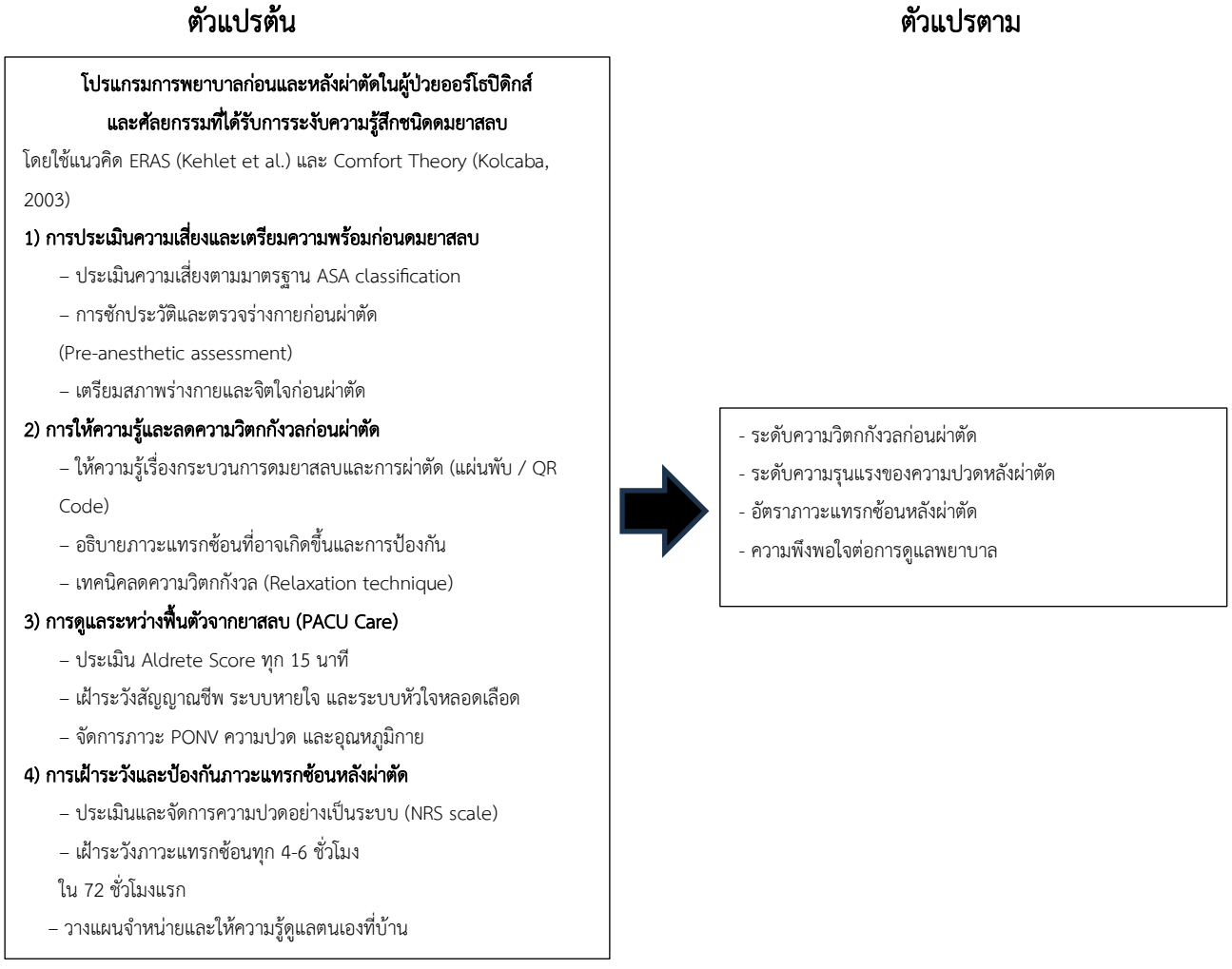
2. กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความปวดหลังผ่าตัดที่ 24 และ 48 ชั่วโมงต่ำกว่ากลุ่มควบคุม

3. กลุ่มทดลองมีอัตราภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดภายใน 72 ชั่วโมงต่ำกว่ากลุ่มควบคุม

4. ภายหลังได้รับโปรแกรมการพยาบาลก่อนและหลังผ่าตัด กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจต่อการดูแลทางการพยาบาลสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และสูงกว่ากลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้แนวคิดการฟื้นตัวที่เพิ่มขึ้นหลังผ่าตัด (ERAS) ของ Kehlet (1997) ซึ่งเน้นการลดการตอบสนองต่อความเครียดจากการผ่าตัดผ่านการดูแลอย่างเป็นระบบในระยะก่อน ระหว่าง และหลังผ่าตัด (Kehlet & et al., 2017) ร่วมกับทฤษฎีความสุขสบายของ Kolcaba (2003) ที่มุ่งตอบสนองความต้องการด้านความสุขสบายทางกาย จิตใจ และสิ่งแวดล้อม (March & McCormack, 2009) มาออกแบบเป็นโปรแกรมการพยาบาล 4 องค์ประกอบ ดังภาพที่ 1



วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Two groups pretest-posttest design) ดำเนินการระหว่างวันที่ 18 พฤษภาคม ถึง 17 กันยายน 2569

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากร คือ ผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์และศัลยกรรมทั่วไปที่เข้ารับการผ่าตัดแบบมีแผนล่วงหน้า (Elective surgery) ภายใต้การระงับความรู้สึกชนิดดมยาสลบ ณ โรงพยาบาลสวรรคโลก ในช่วงเวลาดำเนินการวิจัย จำนวน 165 ราย คำนวณขนาดตัวอย่างด้วยโปรแกรม G*Power 3.1.9.7 (Faul et al., 2007) สำหรับการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยสองกลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน กำหนดขนาดอิทธิพล 0.70 (Cohen, 1988) ระดับนัยสำคัญ 0.05 แบบสองทาง ผู้วิจัยใช้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 30 ราย รวม 60 ราย ตามจำนวนผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์ในช่วงเวลาดำเนินการวิจัย ซึ่งให้อำนาจการทดสอบเท่ากับ 0.76

การคัดเลือกและการจัดกลุ่ม คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตามเกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ 1) เป็นผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์หรือศัลยกรรมทั่วไปที่เข้ารับการผ่าตัดแบบมีแผนล่วงหน้าภายใต้การดมยาสลบ 2) อายุ 18 ปีขึ้นไป 3) มีระดับความเสี่ยงทางวิสัญญีตาม ASA Physical Status Classification ระดับ 1–3 4) สื่อสารภาษาไทยได้ มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ และ 5) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยสมัครใจ เกณฑ์คัดออก ได้แก่ 1) ได้รับการผ่าตัดฉุกเฉินหรือมีภาวะวิกฤตทางการแพทย์ 2) ASA ระดับ 4–5 หรือมีโรคร่วมรุนแรง เช่น ตับวาย ไตวายระยะสุดท้าย หรือมะเร็งระยะแพร่กระจาย 3) มีความบกพร่องทางสติปัญญาหรือความผิดปกติทางจิตเวชที่ไม่สามารถให้ความร่วมมือได้ และ 4) มีแผนย้ายไปรักษาที่โรงพยาบาลอื่น เกณฑ์ให้ออกจากการวิจัย ได้แก่ ขอถอนตัว เกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงที่ต้องย้ายเข้าหอผู้ป่วยวิกฤต ผ่าตัดซ้ำฉุกเฉิน หรือเสียชีวิต จากนั้นจัดเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 30 ราย ด้วยการสุ่มอย่างง่าย (Simple random assignment) โดยวิธีจับฉลาก

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง โปรแกรมการพยาบาลก่อนและหลังผ่าตัดที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวคิด ERAS (Kehlet, 1997; Ljungqvist et al., 2017) และทฤษฎีความสุขสบายของ Kolcaba (2003) ดำเนินการต่อเนื่องตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัดจนถึง 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด ใช้เวลาประมาณ 5–7 วันต่อราย ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ดังตารางที่ 1 โดยมีคู่มือโปรแกรม แผ่นพับความรู้ วิดีโอผ่าน QR Code และแบบบันทึกการเฝ้าระวังเป็นสื่อประกอบ

ตารางที่ 1 โครงสร้างโปรแกรมการพยาบาลก่อนและหลังผ่าตัด

ครั้งที่/องค์ประกอบ	ช่วงเวลา	กิจกรรมหลัก	ระยะเวลา
ก่อนเริ่มโปรแกรม	1–3 วันก่อนผ่าตัด	ประเมินข้อมูลพื้นฐาน ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป ASA classification ความวิตกกังวล (STAI) ความปวด (NRS) และความพึงพอใจต่อการดูแลพยาบาล	30 นาที
ครั้งที่ 1 องค์ประกอบที่ 1	1–3 วันก่อนผ่าตัด	ประเมินความเสี่ยงและเตรียมความพร้อมก่อนดมยาสลบ: ซักประวัติ ประเมิน ASA ตรวจร่างกายก่อนดมยาสลบ ประเมินความเสี่ยง PONV ด้วย Apfel score ตรวจสอบผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ แนะนำการงดน้ำงดอาหารตามแนวทาง ERAS และเตรียมผิวหนังบริเวณผ่าตัด	30–45 นาที
ครั้งที่ 2 องค์ประกอบที่ 2	1 วันก่อนผ่าตัด	ให้ความรู้และลดความวิตกกังวล: อธิบายขั้นตอนการดมยาสลบด้วยแผ่นพับ ชมวิดีโอผ่าน QR Code (5–7 นาที) อธิบายภาวะแทรกซ้อนและการป้องกัน ฝึกหายใจลึก (หายใจเข้านับ 1–4 กลั้น 1–2 หายใจออก 1–6 จำนวน 5 รอบ) และการคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้า เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติซักถาม และประเมิน STAI หลังกิจกรรม	45–60 นาที
ครั้งที่ 3 องค์ประกอบที่ 3	วันผ่าตัด (ห้องพักฟื้น)	ดูแลระหว่างฟื้นตัวจากยาสลบ: ประเมิน Aldrete score และสัญญาณชีพทุก 15 นาที เฝ้าระวังระบบหายใจและระบบหัวใจและหลอดเลือด จัดการ PONV และความปวดตาม NRS ดูแลอุณหภูมิกาย ≥ 36°C และจำหน่ายออกจากห้องพักฟื้นเมื่อ Aldrete score ≥ 9 คะแนน	45–90 นาที

ครั้งที่/องค์ประกอบ	ช่วงเวลา	กิจกรรมหลัก	ระยะเวลา
ครั้งที่ 4 องค์ประกอบที่ 4	1–3 วันหลังผ่าตัด	เฝ้าระวังและป้องกันภาวะแทรกซ้อน: ประเมิน NRS ทุก 4–6 ชั่วโมง เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน 6 ภาวะ สอนการหายใจลึกและการไออย่างมีประสิทธิภาพ ส่งเสริมการเคลื่อนไหวร่างกายโดยเร็ว ประเมินแผลผ่าตัด วางแผนจำหน่ายและให้ความรู้การดูแลตนเองที่บ้าน	ต่อเนื่อง 72 ชั่วโมง
หลังสิ้นสุดโปรแกรม	วันจำหน่าย	ประเมินผลลัพธ์ ได้แก่ ภาวะแทรกซ้อน ระยะเวลานอนโรงพยาบาล และความพึงพอใจต่อการดูแลพยาบาล	30 นาที

กลุ่มควบคุม ได้รับการพยาบาลตามแนวทางปกติของโรงพยาบาล ได้แก่ ระยะก่อนผ่าตัด พยาบาลซักประวัติ ประเมินสภาพร่างกายทั่วไป และให้ข้อมูลการเตรียมตัวเบื้องต้น เช่น การงดน้ำงดอาหาร การเตรียมผิวหนัง และการลงนามยินยอม ระยะระหว่างผ่าตัดและฟื้นตัว ได้รับการดูแลตามมาตรฐานการพยาบาลทั่วไป และระยะหลังผ่าตัด ได้รับการดูแลตามแผนการรักษาของแพทย์ ประเมินความปวดและให้ยาแก้ปวด โดยไม่มีการให้ความรู้เกี่ยวกับการดมยาสลบอย่างเป็นระบบ ไม่มีการฝึกเทคนิคการผ่อนคลาย และไม่มีการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนตามช่วงเวลาที่กำหนด

เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 5 ส่วน ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปและข้อมูลทางคลินิก จำนวน 15 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้ สิทธิการรักษา ดัชนีมวลกาย โรคประจำตัว ระดับ ASA ประเภทการผ่าตัด ระยะเวลาผ่าตัด วิธีการระงับความรู้สึก ประสบการณ์การผ่าตัดและผู้ดูแลหลัก ส่วนที่ 2 แบบประเมินความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด State-Trait Anxiety Inventory ฉบับภาษาไทย (Spielberger et al., 1983) จำนวน 20 ข้อ มาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ (1 = ไม่เลย ถึง 4 = มาก) ข้อความเชิงบวกให้คะแนนกลับ คะแนนรวม 20–80 คะแนน แปลผลเป็นระดับต่ำ (20–35) ปานกลาง (36–54) และสูง (55–80) ส่วนที่ 3 มาตรวัดความปวดแบบตัวเลข (Numerical Rating Scale: NRS) 0–10 คะแนน ประเมินที่ 24 และ 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด แปลผลเป็นไม่ปวด (0) ปวดเล็กน้อย (1–3) ปวดปานกลาง (4–6) และปวดรุนแรง (7–10) ส่วนที่ 4 แบบบันทึกการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดภายใน 72 ชั่วโมง ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ครอบคลุม 6 ภาวะ ได้แก่ PONV (ร่วมกับ Apfel score; Apfel et al., 1999) ภาวะหายใจตื้นหรือหายใจล้มเหลว ภาวะความดันโลหิตต่ำ (ลดลงมากกว่าร้อยละ 20 จากค่าพื้นฐาน) ภาวะสับสนหรือเพ้อคลั่งหลังดมยาสลบ ภาวะอุณหภูมิกาย

ต่ำ (ต่ำกว่า 36 องศาเซลเซียส) และการติดเชื้อบริเวณแผลผ่าตัดตามเกณฑ์ของ CDC บันทึกเป็น มี/ไม่มี และส่วนที่ 5 แบบสอบถามความพึงพอใจต่อการดูแลพยาบาลที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น จำนวน 20 ข้อ ครอบคลุม 5 ด้าน ด้านละ 4 ข้อ ได้แก่ ความสุภาพและเอาใจใส่ ความชัดเจนของข้อมูล ความรวดเร็วและต่อเนื่องของบริการ ความมั่นใจในความปลอดภัย และความพร้อมในการวางแผนจำหน่าย มาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คะแนนเต็ม 100 คะแนน แปลผลตามเกณฑ์ของ Bloom (1968) เป็นระดับมาก (ร้อยละ 80 ขึ้นไป) ปานกลาง (ร้อยละ 60–79) และน้อย (ต่ำกว่าร้อยละ 60)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ด้านวิสัญญีวิทยา การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด และการพยาบาลออร์โธปิดิกส์ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของโปรแกรมและเครื่องมือ คัดเลือกข้อคำถามที่มีค่า IOC ตั้งแต่ 0.50 ขึ้นไป ได้ค่า IOC ระหว่าง 0.67 ถึง 1.00 จากนั้นนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีลักษณะใกล้เคียงกลุ่มตัวอย่าง ณ โรงพยาบาลศรีสัชนาลัย จังหวัดสุโขทัย จำนวน 30 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคของแบบประเมินความวิตกกังวล เท่ากับ 0.84 แบบสอบถามความพึงพอใจ เท่ากับ 0.86ตรวจสอบความสอดคล้องระหว่างผู้ประเมินของมาตรวัดความปวด ได้ค่า ICC เท่ากับ 0.84 และแบบบันทึกภาวะแทรกซ้อน ได้ค่า Kappa เท่ากับ 0.82

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยเก็บข้อมูลพื้นฐานและประเมินความวิตกกังวลและความพึงพอใจก่อนการทดลองในวันที่รับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล ประเมินความวิตกกังวลหลังการทดลองภายหลังกิจกรรมครั้งที่ 2 ก่อนเข้าห้องผ่าตัด ประเมินความปวดที่ 24 และ 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด บันทึกภาวะแทรกซ้อนภายใน 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด และประเมินความพึงพอใจหลังการทดลองในวันจำหน่ายโดยกลุ่มควบคุมได้รับการประเมินในช่วงเวลาเดียวกัน ใช้รหัสแทนชื่อเพื่อจับคู่ข้อมูลรายบุคคล

การวิเคราะห์ข้อมูล 1) ข้อมูลทั่วไปวิเคราะห์ด้วยความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มด้วย Chi-square test, Fisher-Freeman-Halton exact test และ Independent t-test 2) ทดสอบการแจกแจงของข้อมูลด้วย Shapiro-Wilk test 3) เปรียบเทียบคะแนนความวิตกกังวลและความพึงพอใจก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่มด้วย Paired t-test และระหว่างกลุ่มด้วย Independent t-test 4) เปรียบเทียบคะแนนความปวดระหว่างกลุ่มด้วย Mann-Whitney U test เนื่องจากเป็นข้อมูลเรียงลำดับที่มีการแจกแจงไม่เป็นโค้งปกติ และ 5) เปรียบเทียบสัดส่วนการเกิดภาวะแทรกซ้อนระหว่างกลุ่มด้วย Chi-square test และ Fisher’s exact test กำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง การวิจัยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย หมายเลขรับรอง COA No.31/2026 IRB No.38/2026 ประเภทการรับรอง

แบบเร่งรัด (Expedited Review) เมื่อวันที่ 14 พฤษภาคม 2569 กลุ่มตัวอย่างได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน ประโยชน์และความเสี่ยง และสิทธิในการถอนตัวได้ทุกเมื่อโดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาพยาบาล ลงนามยินยอมก่อนเข้าร่วม ข้อมูลใช้รหัสแทนชื่อ เก็บเป็นความลับ นำเสนอในภาพรวม และทำลายภายใน 1 ปีหลังสิ้นสุดการวิจัย

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 60.0 และ 50.0) มีอายุเฉลี่ย 51.53 ± 10.65 และ 53.67 ± 12.44 ปี และเข้ารับการผ่าตัดออร์โธปิดิกส์ร้อยละ 56.7 เท่ากัน เพศ อายุ อาชีพและประเภทการผ่าตัดของทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n = 60)

ลักษณะ	กลุ่มทดลอง (n = 30)	กลุ่มควบคุม (n = 30)	p-value
เพศหญิง, n (%)	18 (60.0)	15 (50.0)	0.436[c]
อายุ (ปี), $\bar{x}$ ± SD	51.53 ± 10.65	53.67 ± 12.44	0.478[t]
อายุ 60 ปีขึ้นไป, n (%)	9 (30.0)	11 (36.7)	0.584[c]
อาชีพ, n (%)			0.056[f]
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	12 (40.0)	7 (23.3)	
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	3 (10.0)	3 (10.0)	
เกษตรกร	6 (20.0)	6 (20.0)	
แม่บ้าน/พ่อบ้าน	3 (10.0)	8 (26.7)	
รับจ้างทั่วไป	6 (20.0)	6 (20.0)	
ประเภทการผ่าตัด, n (%)			1.000[c]
ออร์โธปิดิกส์	17 (56.7)	17 (56.7)	
ศัลยกรรมทั่วไป	13 (43.3)	13 (43.3)	

*$p < 0.05$; [c] Chi-square test; [f] Fisher-Freeman-Halton exact test; [t] Independent t-test

ส่วนที่ 2 การเปรียบเทียบความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดและความพึงพอใจต่อการดูแลพยาบาล

ก่อนการทดลอง ทั้งสองกลุ่มมีความวิตกกังวลระดับสูงทุกราย (ร้อยละ 100.0) และมีคะแนนความวิตกกังวลไม่แตกต่างกัน ($p = 0.146$) หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนความวิตกกังวลลดลง 26.87 คะแนน จาก 61.60 ± 4.53 เป็น 34.73 ± 4.80 คะแนน ($p < 0.001$) โดยร้อยละ 53.3 อยู่ในระดับต่ำ และร้อยละ 46.7 อยู่ในระดับปานกลาง ขณะที่กลุ่มควบคุมลดลงเพียง 1.07 คะแนน ($p < 0.064$) และยังอยู่ในระดับสูงร้อยละ 96.7 คะแนนความวิตกกังวลหลังการทดลองของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -22.88$, $p < 0.001$)

ด้านความพึงพอใจ ก่อนการทดลองทั้งสองกลุ่มมีคะแนนไม่แตกต่างกัน (55.93 และ 58.23 คะแนน, $p = 0.066$) และส่วนใหญ่อยู่ในระดับน้อยถึงปานกลาง หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเพิ่มขึ้น 31.43 คะแนน เป็น 87.37 ± 6.28 คะแนน ($p < 0.001$) โดยร้อยละ 86.7 มีความพึงพอใจระดับมาก ขณะที่กลุ่มควบคุมเพิ่มขึ้นเพียง 1.17 คะแนน เป็น 59.40 ± 5.14 คะแนน ($p < 0.056$) และยังอยู่ในระดับน้อยและ ปานกลางอย่างละร้อยละ 50.0 คะแนนความพึงพอใจหลังการทดลองของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 18.87$, $p < 0.001$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดและความพึงพอใจต่อการดูแลพยาบาลก่อนและหลังการทดลอง ภายในกลุ่มและระหว่างกลุ่ม (n = 30 ต่อกลุ่ม)

ตัวแปร (คะแนนเต็ม)	กลุ่ม	ก่อนทดลอง $\bar{x}$ ± SD	หลังทดลอง $\bar{x}$ ± SD	ค่าสถิติ (ภายในกลุ่ม)	p-value
ความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด (20–80 คะแนน)	กลุ่มทดลอง	61.60 ± 4.53	34.73 ± 4.80	$t = 30.77^a$	<0.001*
	กลุ่มควบคุม	63.30 ± 4.40	62.23 ± 4.51	$t = 6.73^a$	<0.064
	ระหว่างกลุ่ม	$t = -1.48^b$ ($p = 0.146$)	$t = -22.88^b$ ($p < 0.001$*)		
ความพึงพอใจต่อการดูแลพยาบาล (เต็ม 100 คะแนน)	กลุ่มทดลอง	55.93 ± 4.55	87.37 ± 6.28	$t = 38.59^a$	<0.001*
	กลุ่มควบคุม	58.23 ± 4.95	59.40 ± 5.14	$t = 7.66^a$	<0.056

ตัวแปร (คะแนนเต็ม)	กลุ่ม	ก่อนทดลอง $\bar{x}$ ± SD	หลังทดลอง $\bar{x}$ ± SD	ค่าสถิติ (ภายในกลุ่ม)	p-value
	ระหว่างกลุ่ม	t = -1.87[b] (p = 0.066)	t = 18.87[b] (p < 0.001*)		

*p < 0.05; [a] Paired t-test; [b] Independent t-test

ส่วนที่ 3 การเปรียบเทียบความรุนแรงของความปวดหลังผ่าตัด ที่ 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัด กลุ่มทดลองมีคะแนนความปวดเฉลี่ย 3.87 ± 0.82 คะแนน (มัธยฐาน 4) ส่วนใหญ่ปวดระดับปานกลาง (ร้อยละ 60.0) และไม่มีผู้ปวดระดับรุนแรง ขณะที่กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ย 6.93 ± 0.69 คะแนน (มัธยฐาน 7) ส่วนใหญ่ปวดระดับรุนแรง (ร้อยละ 73.3) ที่ 48 ชั่วโมง กลุ่มทดลองมีคะแนนลดลงเป็น 2.50 ± 0.90 คะแนน โดยร้อยละ 83.3 ปวดระดับเล็กน้อย ขณะที่กลุ่มควบคุมยังมีคะแนนเฉลี่ย 6.40 ± 0.89 คะแนน และปวดระดับรุนแรง ร้อยละ 46.7 คะแนนความปวดของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้งที่ 24 ชั่วโมง (Z = -6.78, p < 0.001) และ 48 ชั่วโมง (Z = -6.75, p < 0.001) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบคะแนนความปวดหลังผ่าตัดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ความปวด (NRS 0–10)	กลุ่มทดลอง (n = 30) $\bar{x}$ ± SD Mdn (IQR)	กลุ่มควบคุม (n = 30) $\bar{x}$ ± SD Mdn (IQR)	Z	p-value
ที่ 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัด	3.87 ± 0.82 4.0 (3.0–4.8)	6.93 ± 0.69 7.0 (6.3–7.0)	-6.78	<0.001*
ที่ 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด	2.50 ± 0.90 2.0 (2.0–3.0)	6.40 ± 0.89 6.0 (6.0–7.0)	-6.75	<0.001*

*p < 0.05; Z = Mann-Whitney U test; Mdn (IQR) = มัธยฐาน (ควอร์ไทล์ที่ 1–ควอร์ไทล์ที่ 3)

ส่วนที่ 4 การเปรียบเทียบอัตราภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ภายใน 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด ไม่พบภาวะแทรกซ้อนในกลุ่มทดลอง (ร้อยละ 0.0) ขณะที่กลุ่มควบคุมเกิดภาวะแทรกซ้อนอย่างน้อย 1 ภาวะ

จำนวน 8 ราย (ร้อยละ 26.7) ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Fisher's exact test, p = 0.005) ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบอัตราภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดภายใน 72 ชั่วโมง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ภาวะแทรกซ้อน	กลุ่มทดลอง (n = 30) n (%)	กลุ่มควบคุม (n = 30) n (%)	χ^2	p-value
เกิดภาวะแทรกซ้อนอย่างน้อย 1 ภาวะ	0 (0.0)	8 (26.7)	9.23	0.005*[f]
ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน	30 (100.0)	22 (73.3)		

*p < 0.05; [f] Fisher's exact test (มีช่องที่ค่าคาดหวังน้อยกว่า 5; Pearson χ^2 = 9.23, p = 0.002)

อภิปรายผล

ผลการศึกษาสนับสนุนสมมติฐานข้อที่ 1 กลุ่มทดลองมีคะแนนความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดลดลงจากระดับสูงเป็นระดับต่ำถึงปานกลาง และต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้เนื่องจากองค์ประกอบที่ 2 ของโปรแกรมให้ข้อมูลเกี่ยวกับกระบวนการดมยาสลบอย่างมีแบบแผนผ่านแผ่นพับและวิดีโอ ทำให้ผู้ป่วยรับรู้สิ่งที่จะเกิดขึ้นล่วงหน้า ร่วมกับการฝึกหายใจลึกและการคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้า และการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติซักถาม ซึ่งตอบสนองความสุขสบายด้านจิตใจตามทฤษฎีของ Kolcaba (2003) ผลการศึกษาสอดคล้องกับ ศิวพร ถือชาติ และคณะ (2562) ที่พบว่าการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนลดความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดได้ และพิชัย จันทศิลป์ และชยาวรักษ์ สัจจวาณิชย์ (2564) ที่พบว่าการเตรียมความพร้อมก่อนได้รับยาระงับความรู้สึกด้วยสื่อแผ่นพับและคลิปวิดีโอทำให้ความวิตกกังวลลดลงทุกด้าน ขณะที่กลุ่มควบคุมซึ่งได้รับเพียงข้อมูลการเตรียมตัวเบื้องต้นตามการพยาบาลปกติ ยังคงมีความวิตกกังวลระดับสูงเกือบทั้งหมด สะท้อนว่าการให้ข้อมูลตามปกติยังไม่เพียงพอต่อการลดความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด

ผลการศึกษาสนับสนุนสมมติฐานข้อที่ 2 กลุ่มทดลองมีคะแนนความปวดต่ำกว่ากลุ่มควบคุมประมาณ 3 คะแนนที่ 24 ชั่วโมง และ 4 คะแนนที่ 48 ชั่วโมง ซึ่งเป็นความแตกต่างที่มีความสำคัญทางคลินิก โดยกลุ่มทดลองมีความปวดลดลงชัดเจนในวันที่ 2 หลังผ่าตัด ขณะที่กลุ่มควบคุมเกือบครึ่งหนึ่งยังปวดระดับรุนแรง ผลดังกล่าวเป็นผลจากการประเมินและจัดการความปวดตามช่วงเวลาที่กำหนดตั้งแต่ห้องพักฟื้นจนถึง 72 ชั่วโมง การส่งเสริมการหายใจลึกและการเคลื่อนไหวร่างกายโดยเร็วตามแนวคิด ERAS (Ljungqvist et al., 2017) และความวิตกกังวลที่ลดลงก่อนผ่าตัดซึ่งช่วยลดการรับรู้ความปวด สอดคล้องกับ สุทินา วงศ์ฉายา และจิญ แก้วกล้า (2566) ที่พบว่าการ

จัดการความปวดตามแนวปฏิบัติอย่างเป็นระบบทำให้ผู้ป่วยหลังผ่าตัดออร์โธปิดิกส์มีคะแนนความปวดต่ำกว่ากลุ่มควบคุม และปิ่นอนงค์ รัตนปทุมวงศ์ และคณะ (2566) ที่พบว่ารูปแบบการจัดการความปวดเฉียบพลันหลังผ่าตัดช่วยเพิ่มคุณภาพการจัดการความปวด อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้ไม่ได้บันทึกชนิดและปริมาณยาระงับปวดที่ผู้ป่วยได้รับ จึงไม่สามารถแยกผลของการพยาบาลออกจากผลของยาได้ทั้งหมด

ผลการศึกษาสนับสนุนสมมติฐานข้อที่ 3 ไม่พบภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดในกลุ่มทดลอง ขณะที่กลุ่มควบคุมพบร้อยละ 26.7 ซึ่งใกล้เคียงกับอัตราเดิมของโรงพยาบาล (ร้อยละ 18.5) ทั้งนี้เนื่องจากโปรแกรมมีการประเมินความเสี่ยงตาม ASA และ Apfel score ก่อนผ่าตัด เพื่อวางแผนป้องกัน PONV ล่วงหน้า การเฝ้าระวัง Aldrete score และสัญญาณชีพทุก 15 นาทีในห้องพักฟื้น การดูแลอุณหภูมิกาย และการส่งเสริมการหายใจและการเคลื่อนไหวโดยเร็วในระยะ 72 ชั่วโมงแรก ซึ่งเป็นหลักการสำคัญในการลดภาวะแทรกซ้อนตามแนวคิด ERAS (Gan et al., 2020; Kehlet & Wilmore, 2002) สอดคล้องกับ ปิยาอร บุญวงศ์ (2568) ที่พบว่าแนวปฏิบัติการพยาบาลในห้องพักฟื้นลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อย่างไรก็ตาม จำนวนผู้เกิดภาวะแทรกซ้อนมีน้อยและบันทึกเป็นภาพรวม จึงควรยืนยันผลในกลุ่มตัวอย่างที่ใหญ่ขึ้นและบันทึกแยกรายภาวะ

ผลการศึกษาสนับสนุนสมมติฐานข้อที่ 4 กลุ่มทดลองมีคะแนนความพึงพอใจเพิ่มขึ้นเป็น 87.37 คะแนน และร้อยละ 86.7 อยู่ในระดับมาก สูงกว่าความพึงพอใจเดิมของโรงพยาบาล (3.2 จาก 5 คะแนน หรือประมาณร้อยละ 64) และสูงกว่ากลุ่มควบคุมซึ่งไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เป็นผลจากความต่อเนื่องของการดูแลโดยพยาบาลคนเดิมตั้งแต่ก่อนผ่าตัด ห้องพักฟื้น จนถึงวันจำหน่าย การได้รับข้อมูลที่ชัดเจน การดูแลความปวดอย่างทันท่วงที และการวางแผนจำหน่าย ซึ่งตอบสนองความต้องการแบบองค์รวมตามทฤษฎีความสุขสบาย (March & McCormack, 2009) สอดคล้องกับ พิชัย จันทศิลป์ และชยาวรักษ์ สัจจวาณิชย์ (2564) และปิ่นอนงค์ รัตนปทุมวงศ์ และคณะ (2566) ที่พบว่าผู้ป่วยมีความพึงพอใจสูงขึ้นภายหลังการพัฒนาการดูแลอย่างเป็นระบบ

อย่างไรก็ตาม การแปลผลควรคำนึงถึงข้อจำกัด ได้แก่ 1) อาชีพของสองกลุ่มแตกต่างกัน โดยกลุ่มทดลองเป็นข้าราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจร้อยละ 40.0 ซึ่งอาจมีความสามารถในการรับรู้ข้อมูลสุขภาพต่างจากกลุ่มควบคุม 2) ผู้วิจัยเป็นทั้งผู้ดำเนินโปรแกรมและผู้ประเมินผลลัพธ์ และผลลัพธ์ส่วนใหญ่เป็นการรายงานตนเอง จึงอาจเกิดอคติจากผู้ประเมินและการตอบตามความคาดหวังทางสังคม 3) ไม่ได้บันทึกยาระงับปวด ASA classification และภาวะแทรกซ้อนรายภาวะ 4) การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงจากโรงพยาบาลเดียวและ

การรวมผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์กับศัลยกรรมทั่วไปอาจจำกัดการอ้างอิงผล และ 5) การติดตามเพียง 72 ชั่วโมงอาจไม่ครอบคลุมการติดเชื้อบริเวณแผลผ่าตัดที่เกิดภายหลัง

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 โรงพยาบาลสวรรคโลกควรบรรจุโปรแกรมนี้เป็นแนวปฏิบัติมาตรฐานของงานวิสัญญี ห้องผ่าตัด และหอผู้ป่วยศัลยกรรมและออร์โธปิดิกส์ สำหรับผู้ป่วยผ่าตัดแบบมีแผนล่วงหน้าภายใต้การดมยาสลบ ครอบคลุมทั้ง 4 องค์ประกอบ ตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัดจนถึง 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด

1.2 ควรนำสื่อวิดีโอผ่าน QR Code และแผ่นพับไปใช้ตั้งแต่คลินิกผู้ป่วยนอกเมื่อนัดผ่าตัด และขยายผลโปรแกรมสู่โรงพยาบาลชุมชนอื่นในจังหวัดสุโขทัยและเขตสุขภาพที่ 2 พร้อมพัฒนาสมรรถนะพยาบาลผู้ใช้โปรแกรม

1.3 ควรกำหนดตัวชี้วัดคุณภาพ ได้แก่ อัตราภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด คะแนนความปวดที่ 24 และ 48 ชั่วโมง และความพึงพอใจของผู้ป่วย เพื่อติดตามผลการใช้โปรแกรมอย่างต่อเนื่อง

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่ใหญ่ขึ้นหรือหลายโรงพยาบาล โดยบันทึกภาวะแทรกซ้อนรายภาวะและติดตามหลังจำหน่ายอย่างน้อย 30 วัน

2.2 ควรใช้ผู้ประเมินผลลัพธ์ที่ไม่ทราบการจัดกลุ่ม จับคู่หรือแบ่งชั้นกลุ่มตัวอย่างตามอายุ ระดับการศึกษา ASA class และประเภทการผ่าตัด และบันทึกการใช้ยาระงับปวดเพื่อควบคุมปัจจัยกวน

2.3 ควรเพิ่มผลลัพธ์ด้านระยะเวลานอนโรงพยาบาล การฟื้นตัวเชิงหน้าที่ และต้นทุนการดูแลเพื่อประเมินความคุ้มค่าของโปรแกรม

เอกสารอ้างอิง

กนิษฐา ปฐมอาทิวงศ์. (2562).การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกชนิดทั่วร่างกายในการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม: กรณีศึกษา 2 ราย. *โรงพยาบาลสิงห์บุรีเวชสาร, 28*(2), 61–76.

ปิ่นอนงค์ รัตนปทุมวงศ์, จินตนา บัวทองจันทร์, และภานุชนาถ พูสี. (2566). การพัฒนารูปแบบการจัดการความปวดเฉียบพลันหลังผ่าตัด หน่วยระงับปวดเฉียบพลัน: โรงพยาบาลระนอง. *วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล, 39*(3), 150–156.

ปิยาอร บุญวงศ์. (2568). ผลการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายในห้องพักฟื้น โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี. *วารสารกรมการแพทย์, 50*(3), 42–51.

พิชัย จันทศิลป์ และชยาวรักษ์ สัจจวาณิชย์. (2564). ผลลัพธ์การเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยก่อนได้รับยาระงับความรู้สึกเพื่อทำการผ่าตัดข้อเข่าเทียม โรงพยาบาลมหาสารคาม. *วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม, 5*(10), 127–142.

ราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย และสมาคมการศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย. (2562). *แนวทางการบริหารจัดการความปวดหลังผ่าตัด* (ฉบับที่ 2). ราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย.

โรงพยาบาลสวรรคโลก. (2565). *รายงานสถิติและตัวชี้วัดคุณภาพงานวิสัญญี ประจำปีงบประมาณ 2565*. โรงพยาบาลสวรรคโลก.

โรงพยาบาลสวรรคโลก. (2566). *รายงานข้อมูลการให้บริการผ่าตัด ประจำปีงบประมาณ 2566*. โรงพยาบาลสวรรคโลก.

โรงพยาบาลสวรรคโลก. (2568). *รายงานตัวชี้วัดคุณภาพงานวิสัญญีและผ่าตัด ปีงบประมาณ 2568 (ตุลาคม 2567–มิถุนายน 2568)* [เอกสารไม่ได้ตีพิมพ์]. โรงพยาบาลสวรรคโลก.

ศิวพร ถือชาติ, อุษาวดี อัศดรวิเศษ, วันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล, และอัฐพร ตระกาลสง่า. (2562).ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัยในผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้องต่อความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด. *วารสารพยาบาลศาสตร์, 37*(2), 78–91.

สัญญา โพธิ์งาม และมนพร ชาติชำนิ. (2563). การศึกษาการเกิดภาวะแทรกซ้อน ระดับความปวด จำนวนวันนอนและค่ารักษาพยาบาลของผู้ป่วยหลังการผ่าตัดช่องท้อง โรงพยาบาลสิงห์บุรี. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี, 3*(3)

สุทินา วงศ์ฉายา และจิญ แก้วกล้า. (2566).ผลของการโค้ชต่อการปฏิบัติตามแนวทางการจัดการความเจ็บปวดและผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยหลังรับการผ่าตัดทางออร์โธปิดิกส์. *วารสารการแพทย์และวิทยาศาสตร์ทางคลินิก โรงพยาบาลแพร่, 31*(2), 34–47.

สุวรรณา ภูบุญเติม. (2566).การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วตัวเพื่อผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม โรงพยาบาลกาฬสินธุ์: 2 กรณีศึกษา. *วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน, 8*(1), 12–21.

Apfel, C. C., Läärä, E., Koivuranta, M., Greim, C. A., & Roewer, N. (1999). A simplified risk score for predicting postoperative nausea and vomiting: Conclusions from cross-validations between two centers. *Anesthesiology, 91*(3), 693–700.

Bloom, B. S. (1968). Learning for mastery. *Evaluation Comment, 1*(2), 1–12.

Checketts, M. R., Alladi, R., Ferguson, K., Gemmell, L., Handy, J. M., Klein, A. A., Love, N. J., Misra, U., Morris, C., Nathanson, M. H., Rodney, G. E., Verma, R., & Pandit, J. J. (2016). Recommendations for standards of monitoring during anaesthesia and recovery 2015. *Anaesthesia, 71*(1), 85–93. https://doi.org/10.1111/anae.13316

Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Lawrence Erlbaum Associates.

Cohen, L., Manion, L., & Morrison, K. (2011). *Research methods in education* (7th ed.). Routledge.

Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A.-G., & Buchner, A. (2007). G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences.* Behavior Research Methods, 39*(2), 175–191. https://doi.org/10.3758/BF03193146

Gan, T. J., Belani, K. G., Bergese, S., Chung, F., Diemunsch, P., Habib, A. S., Jin, Z., Kovac, A. L., Meyer, T. A., Urman, R. D., Apfel, C. C., Ayad, S., Beagley, L., Candiotti, K., Englesakis, M., Hedrick, T. L., Kranke, P., Lee, S., Lipman, D., … Philip, B. K. (2020). Fourth consensus guidelines for the management of postoperative nausea and vomiting. *Anesthesia & Analgesia, 131*(2), 411–448. https://doi.org/10.1213/ANE.0000000000004833

Kehlet, H. (1997). Multimodal approach to control postoperative pathophysiology and rehabilitation. *British Journal of Anaesthesia, 78*(5), 606–617. https://doi.org/10.1093/bja/78.5.606

Kehlet, H., & Wilmore, D. W. (2002). Multimodal strategies to improve surgical outcome. *The American Journal of Surgery, 183*(6), 630–641.

Kolcaba, K. (2003). *Comfort theory and practice: A vision for holistic health care and research*. Springer.

Ljungqvist, O., Scott, M., & Fearon, K. C. (2017). Enhanced recovery after surgery: A review. *JAMA Surgery, 152*(3), 292–298. https://doi.org/10.1001/jamasurg.2016.4952

March, A., & McCormack, D. (2009). Nursing theory-directed healthcare: Modifying Kolcaba's comfort theory as an institution-wide approach. *Holistic Nursing Practice, 23*(2), 75–80. https://doi.org/10.1097/HNP.0b013e3181a110f9

Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., Lushene, R., Vagg, P. R., & Jacobs, G. A. (1983). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Consulting Psychologists Press.

Weiser, T. G., Haynes, A. B., Molina, G., Lipsitz, S. R., Esquivel, M. M., Uribe-Leitz, T., Fu, R., Azad, T., Chao, T. E., Berry, W. R., & Gawande, A. A. (2016). Size and distribution of the global volume of surgery in 2012. *Bulletin of the World Health Organization, 94*(3), 201–209F. https://doi.org/10.2471/BLT.15.159293

Received: 4 Jul 2026 ; **Revised:** 18 Jul 2026
Accepted: 25 Jul 2026

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบานา อำเภอเมือง จังหวัดปัตตานี

พุธดี ตาราพันธ์ [1]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคเบาหวานในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบานา อำเภอเมือง จังหวัดปัตตานี ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบานา ตามรายชื่อในโปรแกรมmy PCU ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบานา พ.ศ.2568 จำนวน 309 คน โดยใช้สูตรการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างของ Daniel เท่ากับ 188 คน ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบมีระบบ ซึ่งได้มาโดยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบมีระบบ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นประกอบด้วย 6 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล ความรอบรู้ด้านสุขภาพ การได้รับการสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจิต แบบสอบถามคัดกรองภาวะซึมเศร้าและแนวโน้มการฆ่าตัวตาย (2Q Plus) และแบบประเมินความเครียด (ST5) แบบสัมภาษณ์ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน และนำไปทดลองใช้เพื่อวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟ่าครอนบาค เท่ากับ 0.959 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ที่ระดับความเชื่อมั่น 0.05 ผลการวิจัยพบว่า ระดับพฤติกรรมสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคเบาหวาน อยู่ในระดับสูง (87.23%)($\overline{X}$ =2.87, S.D.=0.335) ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคเบาหวานในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบานา อำเภอเมือง จังหวัดปัตตานี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r=0.198, P-value<0.006)

คำสำคัญ: พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจิต, ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, การสนับสนุนทางสังคม, ผู้ป่วยโรคเบาหวาน

[1] **โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบานา อำเภอเมือง จังหวัดปัตตานี,** E-mail: Putdeeka@gmail.com

Factor associated with mental health behavior among Diabetes Mellitus patients in Bana Sub-district Health Promoting Hospital, Mueang District, Pattani Province.

Putdee Daraphan[1]

Abstract

This descriptive research aimed to study factor was associated with mental health behavior among Diabetes Mellitus patients in Bana Sub-district Health Promoting Hospital, Mueang District, Pattani Province. Population was 309 Diabetes Mellitus patients which listed their name from PCU program recording whose received health care at Bana Sub-district Health Promoting Hospital. Sample size used Daniel's sample size calculation formula about 188 cases from a systematic sampling method. The instrument used in collecting data is an interview form created by the researcher consisting of 6 parts, namely: personal information, health literacy, receiving social support, mental health promotion behaviors, depression and suicidal tendency screening questionnaire (2Q Plus), and stress assessment form (ST5). The interview form passed content validity examination from 3 experts and was brought to try out to analyze the reliability value using Cronbach's alpha coefficient formula equal to 0.959. Data was analyzed using Pearson's correlation coefficient statistics at a confidence level of 0.05. The research results found that the level of mental health behaviors of diabetic patients is at a high level (87.23%) (X=2.87, S.D.=0.335). The relationship analysis results found that health literacy mental health promotion behaviors of diabetic patients in the area of Bana Sub-district Health Promoting Hospital, Mueang District, Pattani Province statistically significantly (r=0.198, P-value<0.006).

Keywords: Mental health promotion behaviors, Health literacy, Social support, Diabetic patients

[1] Bana Sub-district Health Promoting Hospital, Mueang District, Pattani Province., E-mail: Putdeeka@gmail.com

บทนำ

โรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยเฉพาะโรคเบาหวานเป็นปัญหาสุขภาพสำคัญของโลกที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยในปี 2568 มีผู้ป่วยประมาณ 589 ล้านคน และคาดว่าจะเพิ่มเป็น 853 ล้านคนในปี 2593 ซึ่งส่วนใหญ่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดำเนินชีวิตและสิ่งแวดล้อม ขณะเดียวกันปัญหาสุขภาพจิตก็ทวีความรุนแรงขึ้น โดยมีผู้ป่วยทั่วโลกประมาณ 970 ล้านคน โดยเฉพาะภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวล การเพิ่มขึ้นพร้อมกันของทั้งสองปัญหานี้ทำให้การดูแลผู้ป่วยที่มีทั้งโรคเบาหวานและปัญหาสุขภาพจิตร่วมกันกลายเป็นความท้าทายสำคัญของระบบสาธารณสุขทั่วโลก (สหพันธ์เบาหวานนานาชาติ, 2568; องค์การอนามัยโลก, 2567) สำหรับสถานการณ์ในระดับประเทศไทย พบว่าโรคเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องเช่นกัน ข้อมูลจากระบบคลังข้อมูลสุขภาพ (Health Data Center) ของกระทรวงสาธารณสุข พบว่าอัตราผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่ของไทยในปี พ.ศ. 2564, 2565 และ 2566 อยู่ที่ 820.93, 537.25 และ 866.15 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ ในขณะที่สถานการณ์ด้านสุขภาพจิตของประชากรไทยก็มีความน่ากังวล โดยข้อมูลระบบบำบัดรักษาในปี พ.ศ. 2567 พบผู้ป่วยจิตเวชในระบบจำนวนกว่า 2.25 ล้านคน นอกจากนี้ จากผลการประเมินสุขภาพจิตตนเอง (Mental Health Check In) ในปี 2567 พบว่าผู้ทำแบบประเมินร้อยละ 9.3 มีความเสี่ยงต่อภาวะเครียดสูง ร้อยละ 10.0 มีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า และร้อยละ 5.5 มีความเสี่ยงต่อพฤติกรรมฆ่าตัวตาย ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงปัญหาสุขภาพจิตที่ต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่อง สถานการณ์และแนวโน้มประชากรผู้ป่วยโรคเบาหวานของจังหวัดปัตตานีเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยในปี พ.ศ.2565-2567 มีประชากรผู้ป่วยโรคเบาหวานร้อยละ 34.53, 56.19 และ 75.40 ตามลำดับ ผู้ป่วยจิตเวช มีประชากรที่มีปัญหาสุขภาพจิตเพิ่มขึ้น โดยในปี พ.ศ. 2565-2567 ร้อยละ 93.41, 94.94 และ 104.64 ตามลำดับ (สำนักงานสาธารณสุขปัตตานี, 2568) จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบานา อำเภอเมือง จังหวัดปัตตานี พบว่า มีจำนวนเพิ่มมากขึ้น โดยปี พ.ศ. 2566-2567 มีจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวาน ร้อยละ 93.41, 94.94 และ 104.65 คน ตามลำดับ ผู้ป่วยจิตเวช มีจำนวนที่มีปัญหาสุขภาพจิต โดยในปี พ.ศ.2565-2567 ร้อยละ 92.97, 92.90 และ 100.83 ตามลำดับ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปัตตานี, 2568) จากแนวโน้มของผู้ป่วยโรคเบาหวานเพิ่มมากขึ้น จึงนำมาซึ่งภาวะเสี่ยงและปัญหาด้านสุขภาพของผู้ป่วยดังกล่าวที่เพิ่มมากขึ้น ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคเบาหวานในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบานา อำเภอเมือง จังหวัดปัตตานี เพื่อนำข้อมูลมาพัฒนาเป็นโปรแกรมการพัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคเบาหวาน อำเภอเมือง จังหวัดปัตตานี ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบานา อำเภอเมือง จังหวัดปัตตานี

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research Study) ดำเนินการระหว่างเดือนกันยายน 2568 ถึง กุมภาพันธ์ 2569 โดยกำหนดตัวแปรอิสระ ได้แก่ 1) คุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคเบาหวาน 2) ความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยใช้แนวคิดของ Nutbeam (2000) 3) การได้รับการสนับสนุนทางสังคม ตัวแปรตาม ได้แก่ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการในคลินิกโรคเรื้อรัง (NCD) ในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบานา อำเภอเมือง จังหวัดปัตตานี ปีงบประมาณ 2568 จำนวน 309 คน โดยมีเกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการในคลินิกโรคเรื้อรังของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบานา อำเภอเมือง จังหวัดปัตตานี ปีงบประมาณ 2568 และพักอาศัยในพื้นที่ อย่างน้อยเกิน 6 เดือน เกณฑ์คัดออก คือ ผู้เข้าร่วมวิจัยไม่ได้อยู่ในพื้นที่ในตอนเก็บข้อมูลแบบสอบถามและเจ็บป่วยในช่วงเก็บข้อมูลจนไม่สามารถให้ข้อมูลได้

คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตร Daniel (2010) กำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ 95% ค่าความคลาดเคลื่อนสามารถยอมรับได้ได้เท่ากับ 0.05 ได้กลุ่มตัวอย่าง 188 คน ใช้วิธีการสุ่มแบบมีระบบ (Systematic Random Sampling) เพื่อเลือกรายชื่อผู้ป่วยโรคเบาหวานเป็นกลุ่มตัวอย่าง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลคือ แบบสัมภาษณ์ ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ประกอบด้วย ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา การประกอบอาชีพ รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน สิทธิ์ด้านการรักษาพยาบาล โรคประจำตัว ค่า HbA1cระยะเวลาการป่วยเป็นโรค ผู้ที่ทำหน้าที่หลักในการดูแล

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

ส่วนที่ 3 การได้รับการสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วย การสนับสนุนจากครอบครัวการสนับสนุนจากเพื่อน/ชุมชน การมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ลักษณะคำถามแบบประมาณค่า 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ส่วนที่ 4 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ประกอบด้วย การปฏิบัติตัวในการดูแลตนเอง พฤติกรรมการออกกำลังกาย และการจัดการความเครียด/ ภาวะซึมเศร้า ลักษณะคำถามแบบประมาณค่า 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง เล็กน้อย ไม่เลย

แบบสอบถามส่วนที่ 2, 3, 4 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)

ส่วนที่ 5 การคัดกรองภาวะซึมเศร้าและแนวโน้มการฆ่าตัวตาย (2Q Plus) ใช้เกณฑ์การประเมินของกรมสุขภาพจิต ลักษณะคำถามแบบประมาณค่า 3 ระดับคือ เป็นบ่อย เป็นบางครั้ง ไม่เลย

ส่วนที่ 6 การคัดกรองความเครียด (ST5) ใช้เกณฑ์การประเมินของกรมสุขภาพจิต ลักษณะคำถามแบบประมาณค่า 3 ระดับคือ เป็นบ่อย เป็นบางครั้ง เป็นประจำ

การแปลผล: เครียดน้อย (0-4 คะแนน) เครียดปานกลาง (5-7 คะแนน) เครียดมาก (8-11 คะแนน) เครียดมากที่สุด (12-15 คะแนน)

แบบสอบถามนี้สร้างขึ้นจากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่านตรวจสอบความตรงของเนื้อหา นำแบบสอบถามไปทดลองใช้คำนวณค่าความเที่ยง (Reliability) ด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาค (Cronbach, 1951) ภาพรวมแบบสอบถาม เท่ากับ 0.959 เมื่อจำแนกรายส่วนพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพ เท่ากับ 0.954 การได้รับการสนับสนุนทางสังคม เท่ากับ 0.913 และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจิต เท่ากับ 0.892

สถิติวิเคราะห์

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

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้ดำเนินการขอความเห็นชอบจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปัตตานี เอกสารรับรองเลขที่ 0042/68 ลงวันที่ 15 กันยายน 2568

ผลการวิจัย

ผู้ป่วยโรคเบาหวานส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (70.21%) ช่วงอายุอยู่ระหว่าง 35-65 ปี (68.61%) ($\bar{X}$=57.73, S.D.=12.349, Min=14, Max=89) มีสถานภาพสมรส/คู่ แต่งงาน/อยู่ด้วยกัน (64.89%) และมีผู้ป่วยโรคเบาหวานส่วนที่คู่สมรสถึงแก่กรรม หม้าย/หย่า/แยก (25%) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (58.51%) ศาสนาอิสลาม (65.96%) อาชีพเลี้ยงดูบุตรหลาน (45.79%) รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน 4,000-20,000 บาท (61.17%) ($\bar{X}$=8,939.89, S.D.=9,287.60, Min=0, Max=58,000) สิทธิ์การรักษาพยาบาล สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง) (81.38%) โรคประจำตัวอื่นๆ (นอกเหนือจากโรคเบาหวาน) ไม่มีโรค (44.68%) ค่า HbA1c ล่าสุด (เปอร์เซ็นต์) อยู่ระหว่าง 6-10 (54.79%) ($\bar{X}$=7.72, S.D.=2.10, Min=6, Max=15.4) ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน มากกว่า 5 ปี (54.80%) และผู้ที่ทำหน้าที่หลักในการดูแลสุขภาพของท่าน สามี/ภรรยา (42.55%) ตามลำดับ

ความรอบรู้ด้านสุขภาพภาพรวมมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง (85.11%) ($\bar{X}$=2.85, S.D.=0.357) การได้รับสนับสนุนทางสังคม (92.02%) ($\bar{X}$=2.92, S.D.=0.272) และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคเบาหวาน (87.23%) ($\bar{X}$=2.87, S.D.=0.335) ตามลำดับ (ตามตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตราฐาน ของความรอบรู้ด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคเบาหวานในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบานา อำเภอเมือง จังหวัดปัตตานี (n=188)

ตัวแปรอิสระ	ระดับคะแนน						Mean	S.D.
	สูง		ปานกลาง		ต่ำ			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	**160**	**85.11**	**28**	**14.89**	**0**	**0**	**2.85**	**0.357**
1. ด้านความรู้ความเข้าใจ	161	85.64	27	14.36	0	0	2.86	0.352
2. ด้านการเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพและบริการสุขภาพ	152	80.85	36	19.15	0	0	2.81	0.395
3. ด้านการสื่อสารเพิ่มความเชี่ยวชาญ	182	96.81	6	3.19	0	0	2.97	0.176
4. ด้านความรู้เท่าทันสื่อสารและสารสนเทศ	127	67.55	58	30.85	3	1.60	2.66	0.508

ตัวแปรอิสระ	ระดับคะแนน						Mean	S.D.
	สูง		ปานกลาง		ต่ำ			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
5. ด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติ	137	72.87	50	26.60	1	0.53	2.72	0.460
6. ด้านการจัดการตนเองให้มีความปลอดภัย	156	82.98	32	17.02	0	0	2.83	0.377
การได้รับการสนับสนุนทางสังคม	**173**	**92.02**	**15**	**7.98**	**-**	**-**	**2.92**	**0.272**
1. การสนับสนุนจากครอบครัว	167	88.83	19	10.11	2	1.06	2.88	0.360
2. การสนับสนุนจากเพื่อน/ชุมชน	154	81.91	33	17.55	1	0.53	2.81	0.403
3. การมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม	161	85.64	26	13.83	1	0.53	2.85	0.372
พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคเบาหวาน	**164**	**87.23**	**24**	**12.77**	**-**	**-**	**2.87**	**0.335**
1. การบริโภคอาหาร	171	90.96	15	7.98	2	1.06	2.90	0.336
2. การออกกำลังกาย	155	82.45	30	15.96	3	1.60	2.81	0.433
3. การจัดการอารมณ์	160	85.11	28	14.89	-	-	2.85	0.366

ตารางที่ 2 แสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลข้อคำถามความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ด้านความรู้ความเข้าใจ พบว่า การไม่สูบบุหรี่และไม่ดื่มสุราส่วนช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อน มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\overline{X}$=4.39, S.D.=0.658) ด้านการเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพและบริการสุขภาพ การดูแลสุขภาพที่ได้และนำมาปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเองได้ มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\overline{X}$=4.42, S.D.=0.624) ด้านการสื่อสารเพิ่มความเชี่ยวชาญ สามารถโน้มน้าวให้ผู้อื่นยอมรับข้อมูลการดูแลสุขภาพที่ถูกต้องได้ดี มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\overline{X}$=4.37, S.D.=0.547) ด้านการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ ก่อนเข้าร่วมกิจกรรมหรือยอมรับข้อมูล/สินค้าได้วิเคราะห์ข้อดีและข้อเสีย เพื่อประเมินเนื้อหาโดยไม่เชื่อหรือปฏิบัติทันที มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\overline{X}$=4.05, S.D.=0.810) ด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง ตัดสินใจไม่ดื่มสุราเป็นการช่วยลดอุบัติเหตุ มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\overline{X}$=4.48, S.D.=0.650) และด้านการจัดการตนเองให้มีความปลอดภัย ประเมินสภาวะอารมณ์ของตนเองถ้าพบว่าเครียดสามารถจัดการเพื่อลดความเครียดนั้นลงได้ด้วยวิธีที่ดีต่อสุขภาพ มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\overline{X}$=4.32, S.D.=0.599)

ข้อมูลการได้รับการสนับสนุนทางสังคม ของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการได้รับการสนับสนุนทางสังคม ของผู้ป่วยโรคเบาหวานรายข้อ พบว่า ด้านการสนับสนุนจากครอบครัว สมาชิกในครอบครัวให้

กำลังใจและสนับสนุนท่านในการดูแลสุขภาพตนเอง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.51 ($\bar{X}$=4.51, S.D.= 0.625) ด้านการสนับสนุนจากเพื่อน/ชุมชน เพื่อนหรือคนรู้จักในชุมชนให้กำลังใจหรือสนับสนุนท่านในการดูแลสุขภาพตนเอง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.28 ($\bar{X}$=4.28, S.D.= 0.661) และด้านการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม รู้สึกว่าการมีส่วนร่วมในสังคมช่วยให้ท่านมีสุขภาพจิตที่ดีขึ้น มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.38 ($\bar{X}$=4.38, S.D.= 0.613)

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความรอบรู้ด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบานา อำเภอเมือง จังหวัดปัตตานี (n=188)

ตัวแปรอิสระ	Mean	S.D.
ความรู้ความเข้าใจ		
ท่านทราบถึงการไม่สูบบุหรี่และไม่ดื่มสุราส่วนช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคเบาหวาน (2ส)	4.39	0.658
ด้านการเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพและบริการสุขภาพ		
ท่านนำข้อมูลการดูแลสุขภาพที่ได้และนำมาปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเองได้	4.42	0.624
ด้านการสื่อสารเพิ่มความเชี่ยวชาญ		
ท่านนำท่านสามารถโน้มน้าวให้ผู้อื่นยอมรับข้อมูลการดูแลสุขภาพที่ถูกต้องได้ดี	4.37	0.547
ด้านการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ		
ก่อนเข้าร่วมกิจกรรมหรือยอมรับข้อมูล/สินค้า ท่านได้วิเคราะห์ข้อดีและข้อเสีย เพื่อประเมินเนื้อหาโดยไม่เชื่อหรือปฏิบัติทันที	4.05	0.81
ด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง		
เมื่อท่านตัดสินใจไม่ดื่มสุราจะเป็นการช่วยลดอุบัติเหตุ	4.48	0.65
ด้านการจัดการตนเองให้มีความปลอดภัย		
ท่านประเมินสภาวะอารมณ์ของตนเองถ้าพบว่าเครียดท่านสามารถจัดการเพื่อลดความเครียดนั้นลงได้ด้วยวิธรที่ดีต่อสุขภาพ	4.32	0.599
สนับสนุนจากครอบครัว		
สมาชิกในครอบครัวให้กำลังใจและสนับสนุนท่านในการดูแลสุขภาพตนเอง (เช่น เตือนเรื่องการกินยา, พาไปหาหมอ)	4.51	0.625
ด้านการสนับสนุนจากเพื่อน/ชุมชน		
เพื่อนหรือคนรู้จักในชุมชนให้กำลังใจหรือสนับสนุนท่านในการดูแลสุขภาพตนเอง	4.28	0.661
การมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม		
ท่านรู้สึกว่าการมีส่วนร่วมในสังคมช่วยให้ท่านมีสุขภาพจิตที่ดีขึ้น	4.38	0.613

จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคเบาหวาน อำเภอเมือง จังหวัดปัตตานี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r=0.198, P-value=0.006) เมื่อพิจารณารายด้านที่พบความสัมพันธ์ ประกอบด้วย ด้านความรู้ความเข้าใจ (r=0.252, P-value=0.000) ด้านการเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพและบริการสุขภาพ (r=0.219, P-value=0.003) ด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง (r=0.278, P-value=0.000) ด้านการสื่อสารเพิ่มความเชี่ยวชาญ (r=0.151, P-value=0.038) ด้านการจัดการตนเองให้มีความปลอดภัย (r=0.293, P-value=0.000) ตามลำดับ และการได้รับการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคเบาหวาน อำเภอเมือง จังหวัดปัตตานี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r=0.358, P-value=0.000) เมื่อพิจารณารายด้านที่พบความสัมพันธ์ ประกอบด้วย การสนับสนุนจากครอบครัว (r=0.225, P-value=0.002) การสนับสนุนจากเพื่อน/ชุมชน (r=0.259, P-value=0.000) การมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม (r=0.448, P-value=0.000) ตามลำดับ (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบานา อำเภอเมือง จังหวัดปัตตานี (n=188)

ปัจจัย	พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคเบาหวาน		
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (r)	P-value	ระดับความสัมพันธ์
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	0.198**	0.006	มีความสัมพันธ์ทางบวก
ด้านความรู้ความเข้าใจ	0.252**	0.000	มีความสัมพันธ์ทางบวก
ด้านการเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพและบริการสุขภาพ	0.219*	0.003	มีความสัมพันธ์ทางบวก
ด้านการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ	0.112	0.126	ไม่มีความสัมพันธ์ทางบวก
ด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง	0.278**	0.000	มีความสัมพันธ์ทางบวก
ด้านการสื่อสารเพิ่มความเชี่ยวชาญ	0.151*	0.038	มีความสัมพันธ์ทางบวก
ด้านการจัดการตนเองให้มีความปลอดภัย	0.293**	0.000	มีความสัมพันธ์ทางบวก
การได้รับการสนับสนุนทางสังคม	0.358*	0.000	มีความสัมพันธ์ทางบวก
การสนับสนุนจากครอบครัว	0.225*	0.002	มีความสัมพันธ์ทางบวก
การสนับสนุนจากเพื่อน/ชุมชน	0.259*	0.000	มีความสัมพันธ์ทางบวก
การมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม	0.448*	0.000	มีความสัมพันธ์ทางบวก

การอภิปรายผล

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพจิต ในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบานา อำเภอเมือง จังหวัดปัตตานี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r=0.198, P-value=0.006) สามารถอธิบายเหตุผลได้ว่า ความรอบรู้เกี่ยวกับแนวทางปฏิบัติทางด้านสุขภาพ ซึ่งตรงกับแนวคิดของ ดอน นัทบีม (Nutbeam D.; 2000) กล่าวว่า ความรู้ ความเข้าใจ และทักษะทางสังคมของบุคคล ที่มีผลต่อแรงจูงใจและความสามารถในการเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน และใช้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ เพื่อส่งเสริมและรักษาสุขภาพของตนเองให้ดีขึ้น สอดคล้องกับกระทรวงสาธารณสุข (2567) กล่าวว่า ความสามารถของบุคคลในการเข้าถึง เข้าใจ วิเคราะห์ และใช้ข้อมูลด้านสุขภาพ เพื่อดูแลและจัดการสุขภาพของตนเอง รวมถึงสามารถแนะนำผู้อื่นในครอบครัวและชุมชนได้ โดยมุ่งให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องตามหลัก 3อ.2ส. เพื่อการมีสุขภาพที่ดีอย่างยั่งยืน จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลวิจัยพบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบานา อำเภอเมือง จังหวัดปัตตานี มีระดับความรอบรู้ทางด้านสุขภาพส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง (85.11%) โดยผู้ป่วยโรคเบาหวานมีความรอบรู้ทางด้านสุขภาพที่ถูกต้องในประเด็นต่างๆ ได้แก่ ด้านความรู้ความเข้าใจ พบว่า ท่านทราบถึงการไม่สูบบุหรี่และไม่ดื่มสุราส่วนช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคเบาหวาน (2ส) มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{X}$=4.39, S.D.=0.658) ด้านการเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพและบริการสุขภาพ พบว่า ท่านนำข้อมูลการดูแลสุขภาพที่ได้และนำมาปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเองได้ มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{X}$=4.42, S.D.=0.624) ด้านการสื่อสารเพิ่มความเชี่ยวชาญ พบว่า ท่านนำท่านสามารถโน้มน้าวให้ผู้อื่นยอมรับข้อมูลการดูแลสุขภาพที่ถูกต้องได้ดี มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{X}$=4.37, S.D.=0.547) ด้านการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ พบว่า ก่อนเข้าร่วมกิจกรรมหรือยอมรับข้อมูล/สินค้า ท่านได้วิเคราะห์ข้อดีและข้อเสีย เพื่อประเมินเนื้อหาโดยไม่เชื่อหรือปฏิบัติทันที มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{X}$=4.05, S.D.=0.810) ด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง พบว่า เมื่อท่านตัดสินใจไม่ดื่มสุราจะเป็นการช่วยลดอุบัติเหตุ มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{X}$=4.48, S.D.=0.650) และด้านการจัดการตนเองให้มีความปลอดภัย ท่านประเมินสภาวะอารมณ์ของตนเองถ้าพบว่าเครียดท่านสามารถจัดการเพื่อลดความเครียดนั้นลงได้ด้วยวิธีที่ดีต่อสุขภาพ มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{X}$= 4.32, S.D.=0.599) ผลการวิจัยที่สอดคล้องกับงานวิจัยของ จิราภรณ์ อริยสิทธิ์ (2564) พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง พบว่า ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมมีความสัมพันธ์กับระดับพฤติกรรมการดูแลตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติถ้าผู้ป่วยโรคเบาหวานมีความรอบรู้ด้านทางสุขภาพเพิ่มขึ้นในระดับที่เพียงพอจะช่วยให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น เนื่องจาก ผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เพียงพอจะแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพได้ด้วยตนเอง จากแหล่งข้อมูลที่หลากหลาย เข้าใจและสามารถเลือกข้อมูลเพื่อดูแลตนเองได้เหมาะสม และสอดคล้องกับงานวิจัยของ เนตรนภา กาบมณี และ

คณะ (2564) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมมีความสัมพันธ์เชิงบวกระดับสูงกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value< 0.05)

การได้รับการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพจิต ในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบานา อำเภอเมือง จังหวัดปัตตานี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r=0.358, P-value=0.000) สามารถอธิบายเหตุผลได้ว่า ความรอบรู้เกี่ยวกับแนวทางปฏิบัติทางด้านสุขภาพ ซึ่งตรงกับแนวคิดของ Nola J. Pender (2011) แรงสนับสนุนทางสังคมเป็นองค์ประกอบหนึ่งของอิทธิพลระหว่างบุคคลในแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งมีผลต่อการตัดสินใจและการแสดงพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล โดยแหล่งสนับสนุนสำคัญ ได้แก่ ครอบครัว เพื่อน และบุคลากรทางสุขภาพ ทำหน้าที่ให้กำลังใจ ให้ข้อมูล และเป็นแบบอย่าง ส่งผลให้บุคคลมีแนวโน้มปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมมากขึ้น House James S. (1981) แรงสนับสนุนทางสังคม ช่วยให้บุคคลสามารถเผชิญความเครียดและปรับตัวได้ โดยแบ่งออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ด้านอารมณ์ ด้านข้อมูล ด้านสิ่งของ และด้านการประเมินค่า ซึ่งแต่ละด้านมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพกายและสุขภาพจิตของบุคคล จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลวิจัยพบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบานา อำเภอเมือง จังหวัดปัตตานี มีระดับการได้รับการสนับสนุนทางสังคมส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง (85.64%) โดยผู้ป่วยโรคเบาหวานการได้รับการสนับสนุนทางสังคมในประเด็นต่างๆ ได้แก่ ด้านการสนับสนุนจากครอบครัว สมาชิกในครอบครัวให้กำลังใจและสนับสนุนท่านในการดูแลสุขภาพตนเอง (เช่น เตือนเรื่องการกินยา, พาไปหาหมอ) ($\bar{X}$= 4.51, S.D.=0.625) ด้านการสนับสนุนจากเพื่อน/ชุมชน เพื่อนหรือคนรู้จักในชุมชนให้กำลังใจหรือสนับสนุนท่านในการดูแลสุขภาพตนเอง ($\bar{X}$=4.28, S.D.=0.661) และด้านการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ท่านรู้สึกว่าการมีส่วนร่วมในสังคมช่วยให้ท่านมีสุขภาพจิตที่ดีขึ้น ($\bar{X}$=4.38, S.D.=0.613) ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ พลรักษ์ สุทธิ (2565) ที่ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลรอบข้างมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยอธิบายได้ว่าการที่ผู้ป่วยได้รับกำลังใจ การให้คำแนะนำ และการช่วยเหลือดูแลอย่างต่อเนื่องจากครอบครัวและชุมชน จะเป็นแรงจูงใจสำคัญที่ช่วยลดความเครียดและส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อดูแลสุขภาพจิตและกายของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพในระยะยาว ผลการวิเคราะห์ข้อมูลวิจัย สอดคล้องกับงานวิจัยของ ทนิน ฟักรักษา (2564) ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ความสามารถของตนเอง การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคและภาวะแทรกซ้อนของ

โรค สถานภาพสมรสคู่รอบเอวเกินและการเคยสูบบุหรี่แต่เลิกสูบแล้ว โดยมีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพล เท่ากับ 0.34, 0.27, 0.20, 0.08, -0.07 และ-0.08 ตามลำดับ โดยปัจจัยทั้งหมดสามารถอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้ร้อยละ 54

ข้อเสนอแนะจากงานวิจัย

เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์เชิงพรรณนา ข้อเสนอแนะสำหรับการทำวิจัยในครั้งต่อไปจึงควรต่อยอดรูปแบบการวิจัยสู่การวิจัยเชิงทดลอง (Experimental research) หรือกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) เพื่อทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิตเชิงบวกอย่างเป็นรูปธรรม เช่น การใช้โปรแกรมพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ หรือโปรแกรมเสริมสร้างพลังใจจากการสนับสนุนทางสังคม ว่าสามารถส่งผลต่อการยกระดับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคเบาหวานได้จริงหรือไม่ ทั้งนี้ จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลความรอบรู้ด้านสุขภาพและการได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่พบว่ามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตในระดับต่ำถึงปานกลาง แสดงให้เห็นว่ายังมีปัจจัยอื่นที่ไม่ได้ศึกษาซึ่งอาจมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมดังกล่าว โดยเฉพาะอย่างยิ่งตัวแปรที่พบว่าไม่มีความสัมพันธ์เลย เช่น "ความรอบรู้ด้านสุขภาพในด้านการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ" ควรนำประเด็นที่ไม่สัมพันธ์นี้มาเป็นจุดตั้งต้นในการวิเคราะห์หาสาเหตุเชิงลึก (Gap analysis) เพื่อใช้เป็นแนวทางในการแก้ปัญหาเชิงรุก และออกแบบกิจกรรมเพื่ออุดช่องโหว่ด้านการรับรู้ข่าวสารให้แก่ผู้ป่วยได้อย่างตรงจุด นอกจากนี้ ควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพเพิ่มเติมเพื่อเจาะลึกในบริบทของวัฒนธรรมและศาสนาของพื้นที่ ซึ่งถือเป็นปัจจัยและกลไกแฝงที่สำคัญของการเกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจิต เพื่อนำมาประยุกต์ใช้เป็นจุดแข็งในการส่งเสริมการรับมือกับความเครียดของผู้ป่วยโรคเบาหวานได้อย่างยั่งยืนและสอดคล้องกับวิถีชีวิตต่อไป

เอกสารอ้างอิง

กระทรวงสาธารณสุข. (2566). ระบบคลังข้อมูลสุขภาพ *(Health Data Center)*. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.

กรมสุขภาพจิต. (2560). แผนยุทธศาสตร์กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ *12* (พ.ศ. *2560-2564)*. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.

กรมสุขภาพจิต. (2567). รายงานสถานการณ์สุขภาพจิตของคนไทย ไตรมาสแรก ปี *2567* จากระบบ *Mental Health Check In (MHCI)*. กระทรวงสาธารณสุข. เข้าถึงได้จาก: https://plan.dmh.go.th

กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2567). ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ตามหลัก

3อ. 2ส. กระทรวงสาธารณสุข. สืบค้นเมื่อ: 10 มิถุนายน 2568
เข้าถึงได้จาก: https://hed.hss.moph.go.th/

จักรกรินทร์ รัชวิจักขณ. (2567). ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตต่อภาวะซึมเศร้า ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. สืบค้นเมื่อ: 23 มิถุนายน 2568
เข้าถึงได้จาก: https://so06.tci-thaijo.org/index.php/hej/article/view/274624

จิราภรณ์ อริยสิทธิ์. (2564). ความรอบรู้ด้านสุขภาพกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2. สืบค้นเมื่อ: 23 มิถุนายน 2568
เข้าถึงได้จาก: https://he03.tci-thaijo.org/index.php/AJHSD/article/view/4077

ทนิน ฟักรักษา. (2564). พฤติกรรมการดูแลสุขภาพและปัจจัยที่ส่งผลต่อระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2. สืบค้นเมื่อ: 23 มิถุนายน 2568
เข้าถึงได้จาก: https://thaidj.org/index.php/jpphd/article/view/11639

นงลักษณ์ วิชัยรัมย์, ศิวิไล โพธิ์ชัย, และภิรมย์ รชตะนันท์. (2563). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของผู้ป่วยโรคเบาหวานในเขตตำบลหนองแก้ว อำเภอเมือง จังหวัดศรีสะเกษ. สืบค้นเมื่อ: 23 มิถุนายน 2568 เข้าถึงได้จาก: https://he05.tci-thaijo.org/index.php/SRTC/article/view/7445

นันทนาถ ช่วยสกุล. (2562). พฤติกรรมสุขภาพ (Health behavior). วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน, (ระบุปีที่/ฉบับที่ หน้า).

เนตรนภา กาบมณี, สิริลักษณ์ อุ่ยเจริญ, และฐิติวรรณ โยธาทัย. (2564). ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ตำบลโนนสูง อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี. วารสารโรงพยาบาลสกลนคร, 24(1), 23-33.

พลรักษ์ สุทธิ. (2565). การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ และแรงสนับสนุนทางสังคม กับการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ตำบลสำโรง อำเภอหนองสองห้อง จังหวัดขอนแก่น. วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น *(JKKPHO)*, 4(1), 35-52.

มนัญญา หนูแก้ว. (2567). อิทธิพลของปัจจัยปกป้องที่มีต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ โรคเบาหวานที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลพระพรหม. สืบค้นเมื่อ: 23 มิถุนายน 2568
เข้าถึงได้จาก: https://he02.tci-thaijo.org/index.php/JHSP/article/view/264661

เมธี สุทธศิลป์, วลัยลักษณ์ พันธุรี, และศศิวรรณ ส่งต่าย. (2565). การประเมินภาวะสุขภาพจิต ของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังในชุมชน เทศบาลเมืองแสนสุข จังหวัดชลบุรี. สืบค้นเมื่อ: 23 มิถุนายน 2568

เข้าถึงได้จาก: https://he02.tci-thaijo.org/index.php/RHPC9Journal/article/view/261598

สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย. (2566). แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน. กรุงเทพฯ: ศรีเมืองการพิมพ์. สืบค้นเมื่อ: 10 มิถุนายน 2568

เข้าถึงได้จาก: https://www.dmthai.org/new/index.php/sara-khwam-ru/sahrab-bukhkhl-thawpi/diabetes-book/naewthang-wech-ptibati-sahrab-rokh-bea-hwan-2566

สำนักงานสาธารณสุขปัตตานี. (2568). รายงานสถานการณ์โรคเบาหวานและปัญหาสุขภาพจิต จังหวัดปัตตานี. ปัตตานี: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปัตตานี.

อิทธิศักดิ์ เจริญทรัพย์, และนวรัตน์ สิงห์ค้า. (2566). ปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยสุขภาพจิตที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้. สืบค้นเมื่อ: 10 มิถุนายน 2568

เข้าถึงได้จาก: https://he01.tci-thaijo.org/index.php/scnet/article/view/261343

Amani, B., Kanta, K., Laura, K., & Idris, B. (2024). Risk and protective factors for psychiatric disorders in patients with type 2 diabetes. 23 มิถุนายน 2568

เข้าถึงได้จาก: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38617916/

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* (9th ed.). New York: John Wiley & Sons.

Gochman, D. S. (1988). *Health behavior: Emerging research perspectives*. New York: Plenum Press.

International Diabetes Federation (IDF). (2025). *IDF Diabetes Atlas*. Brussels, Belgium: International Diabetes Federation.

Kasl, S. V., & Cobb, S. (1966). Health behavior, illness behavior, and sick role behavior. *Archives of Environmental Health*, 12(2), 246-266.

Nutbeam, D. (2009). Defining and measuring health literacy: What can we learn from literacy studies?. *International Journal of Public Health*, 54(5), 303-305.

Pender, N. J. (1987). *Health promotion in nursing practice* (2nd ed.). Norwalk, CT:

Appleton & Lange.

Pender, N. J., Murdaugh, C. L., & Parsons, M. A. (2011). *Health promotion in nursing practice* (6th ed.). Boston, MA: Pearson.

World Health Organization. (2024). *Mental disorders*. Geneva: World Health Organization.

Received: 4 Jul 2026 ; **Revised:** 18 Jul 2026
Accepted: 25 Jul 2026

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าของสตรีมุสลิมวัยทำงาน เขตตำบลตะลุโบะ อำเภอเมือง จังหวัดปัตตานี

มาสีเตาะ นิมาปู[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจในรูปแบบการศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive Research Study) มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษา 1) คุณลักษณะส่วนบุคคลของสตรีมุสลิมวัยทำงาน 2) ความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าของสตรีมุสลิมวัยทำงาน และ 3) ระดับพฤติกรรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าของสตรีมุสลิมวัยทำงานในเขตตำบลตะลุโบะ อำเภอเมือง จังหวัดปัตตานี กลุ่มตัวอย่างคือสตรีมุสลิมวัยทำงานอายุระหว่าง 20 ถึง 60 ปี ที่อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตะลุโบะ ดำเนินการโดยใช้สูตรการคำนวณกลุ่มตัวอย่างที่ทราบจำนวนประชากรแน่นอนของ Daniel ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 368 คน สุ่มตัวอย่างแบบมีระบบ เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามออนไลน์ (Google form) ที่มีความตรงเชิงเนื้อหาและความเชื่อมั่น โดยรวม 0.937 และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติอนุมาน ได้แก่ สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์

ผลการวิจัยพบว่า 1) ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ระหว่าง 30-44 ปี ร้อยละ 71.70 โดยกลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 42.80 ปี อายุสูงสุด 60 ปี และอายุต่ำสุด 20 ปี มีสถานภาพสมรสคู่ แต่งงาน/อยู่ด้วยกัน จำนวน ร้อยละ 70.70 การศึกษาระดับมัธยมศึกษา/ปวช. ร้อยละ 45.90 ไม่มีบุตรหลานที่ต้องดูแล ร้อยละ 29.30 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป ร้อยละ 49.50 มีรายได้ ต่ำกว่า 30,000 บาท ร้อยละ 50.80 รายได้เฉลี่ยอยู่ที่ 11,228.3 บาท ไม่มีโรคประจำตัวที่ต้องรักษาอย่างต่อเนื่อง ร้อยละ 88.60 ไม่มีภาระในการดูแลผู้สูงอายุ/ผู้ป่วยติดเตียง ร้อยละ 92.40 มี และไม่มีประวัติป่วยเป็นภาวะซึมเศร้า/ปัญหาทางสุขภาพจิตที่ได้รับการรักษาในอดีต ร้อยละ 100.00 2) ความรอบรู้ด้านสุขภาพของสตรีมุสลิมวัยทำงาน ประกอบด้วย ด้านความรู้ความเข้าใจ ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการ ด้านการสื่อสารเพิ่มความเชี่ยวชาญ ด้านการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ ด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติ และด้านการจัดการตนเองปลอดภัยของสตรีมุสลิมวัยทำงาน ภาพรวมอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 87.20 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์สูงกับระดับคุณภาพชีวิตและพฤติกรรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าของสตรีมุสลิมวัยทำงาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r=0.691, P-value=0.001) 3) ดังนั้น ผู้วิจัยจะนำตัวแปรจากผลการวิจัยนี้ มาใช้ในการออกแบบโปรแกรมการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมคุณภาพการป้องกันภาวะซึมเศร้าของสตรีมุสลิมวัยทำงาน เขตตำบลตะลุโบะ อำเภอเมือง จังหวัดปัตตานี

คำสำคัญ: ภาวะซึมเศร้า, พฤติกรรมการป้องกันโรค, ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, สตรีมุสลิมวัยทำงาน, ปัตตานี

[1]

Factors associated with depression prevention behaviors among working-age Muslim women Talubo Subdistrict, Mueang District, Pattani Province

Maseetoh Nimapoo[1]

Abstract

This descriptive research aimed to study 1) the personal characteristics of working-age Muslim women, 2) health literacy related to depression prevention behaviors among working-age Muslim women, and 3) the level of depression prevention behaviors among working-age Muslim women in Talu Bo Subdistrict, Mueang District, Pattani Province. The sample size was calculated using Daniel's formula for a known population size, resulting in 368 participants. Data were collected via an online questionnaire (Google Form) with content validity and an overall reliability of 0.937. Data analysis involved descriptive statistics, Pearson correlation coefficient, with significantiy 0.05 level

The research findings indicate that 1) The majority are aged between 30-44 years, accounting for 71.7%. The sample group has an average age of 42.8 years, with the oldest being 60 years and the youngest being 20 years. The marital status of 70.7% is married/living together. 45.9% have completed secondary education/vocational education. 29.3% have no children to care for. 49.5% are employed in general labor. 50.8% have an income below 30,000 baht, with an average income of 11,228.3 baht. 88.60% have no chronic diseases requiring continuous treatment. 92.4% have no burden of caring for the elderly/bedridden patients. 100% have and have had a history of depression/mental health issues treated in the past. 2) The health literacy of working Muslim women includes aspects of knowledge and understanding, access to information and services, communication to enhance expertise, media and information literacy, decision-making, and self-management for safety. Overall, it is at a high level of 87.20%. Health literacy is significantly correlated with the quality of life and depression prevention behaviors of working Muslim women (r=0.691, P-value=0.001). 3) Therefore, the researcher will use the variables from this study to design a program for developing a model to promote the quality of depression prevention among working Muslim women in the Talubo sub-district, Mueang District, Pattani Province.

Keywords: Depression, Disease Prevention Behavior, Health Literacy, Muslim Working-age Women

1

บทนำ

สถานการณ์สุขภาพจิตในระดับโลกได้ก้าวเข้าสู่ภาวะวิกฤตที่ท้าทายระบบสาธารณสุขในทุกระดับ โดยเฉพาะภาวะซึมเศร้า (Depression) ซึ่งองค์การอนามัยโลก (WHO) ระบุว่าเป็นสาเหตุอันดับต้นๆ ของความพิการและความสูญเสียปีสุขภาวะทั่วโลก ปัจจุบันมีผู้ป่วยมากกว่า 280 ล้านคน และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วหลังจากการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 สำหรับประเทศไทย ข้อมูลจากกรมสุขภาพจิตในปี 2566 พบว่าจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับบริการด้านสุขภาพจิตพุ่งสูงขึ้นจาก 1.3 ล้านคนในปี 2558 เป็น 2.9 ล้านคนในปี 2566 โดยกลุ่มวัยทำงานเป็นกลุ่มที่ได้รับผลกระทบสูงสุดจากความเครียดสะสมในการประกอบอาชีพและภาระการดูแลครอบครัว ในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ โดยเฉพาะจังหวัดปัตตานี ซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีเอกลักษณ์ทางวัฒนธรรมมุสลิมสูงถึงร้อยละ 89.22 ประชาชนต้องเผชิญกับปัจจัยกดดันที่ซับซ้อนกว่าพื้นที่อื่น ความต่อเนื่องของสถานการณ์ความไม่สงบมานานกว่า 20 ปี ประกอบกับความเปราะบางทางเศรษฐกิจในพื้นที่ภาคเกษตรกรรมและรับจ้างทั่วไป ส่งผลให้สุขภาพจิตของประชากรมีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวลสูง สตรีมุสลิมวัยทำงานจัดเป็นกลุ่มเป้าหมายที่มีความยุ่งยากซับซ้อนในการดูแล เนื่องจากพวกเธอต้องแบกรับหลายบทบาทพร้อมกัน (Role Strain) ทั้งบทบาทในการเป็นแม่ ภรรยา ผู้ดูแลผู้สูงอายุในระบบครอบครัวขยาย และผู้หารายได้จุนเจือครอบครัว การศึกษาที่ผ่านมาในจังหวัดปัตตานีพบความชุกของปัญหาสุขภาพจิตในกลุ่มวัยรุ่นและวัยทำงานที่สัมพันธ์กับความยากจนและการขาดแรงสนับสนุนทางสังคมที่เพียงพอ

ตำบลตะลุโบะ อำเภอเมือง จังหวัดปัตตานี เป็นพื้นที่กึ่งเมืองกึ่งชนบทที่สตรีวัยทำงานต้องปรับตัวเข้ากับกระแสโลกาภิวัตน์ไปพร้อมกับการรักษาจารีตประเพณีมุสลิม ข้อมูลจากการคัดกรองสุขภาพจิตเบื้องต้น (ST-5) ในพื้นที่ พบว่ากลุ่มสตรีเริ่มมีอาการนอนไม่หลับ ขาดสมาธิ และมีความเครียดปานกลางในสัดส่วนที่น่ากังวล ปัญหาสำคัญคือ "ช่องว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพ" (Health Literacy Gap) โดยเฉพาะความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับสัญญาณเตือนของโรคซึมเศร้าและการเข้าถึงบริการสุขภาพจิตที่สอดคล้องกับหลักศาสนา สตรีมุสลิมจำนวนมากอาจแปลผลอาการเศร้าว่าเป็นเพียงความเหนื่อยล้าหรือบททดสอบทางจิตวิญญาณ ทำให้ไม่แสวงหาความช่วยเหลือทางการแพทย์จนกว่าอาการจะรุนแรง ในบทบาทของพยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษในระดับปฐมภูมิ การทำความเข้าใจปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าจึงเป็นภารกิจที่สำคัญยิ่ง ความรอบรู้ด้านสุขภาพตามแนวคิดของ Nutbeam (2000) ซึ่งครอบคลุมทั้งทักษะการเข้าถึง การเข้าใจ การประเมิน และการตัดสินใจ นำไปสู่การมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง อย่างไรก็ตาม ในบริบทมุสลิม ปัจจัยด้าน "ความศรัทธา" และ "ศาสนบัญญัติ" เป็นส่วนหนึ่งที่แยกขาดไม่ได้จากพฤติกรรมสุขภาพ การศึกษาครั้งนี้จึงมุ่งวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคล ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าของสตรีมุสลิมวัยทำงาน เพื่อเป็นฐานข้อมูลเชิงประจักษ์ในการพัฒนารูปแบบการพยาบาลจิตเวชชุมชนที่เหมาะสมกับบริบทพหุวัฒนธรรมและส่งเสริมคุณภาพชีวิตของสตรีในพื้นที่อย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์การวิจัย

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าของสตรีมุสลิมวัยทำงานเขตตำบลตะลุโบะ อำเภอเมือง จังหวัดปัตตานี

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Study) ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือน กรกฎาคม พ. 2568- ธันวาคม พ.ศ.2568

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ สตรีมุสลิมวัยทำงาน (อายุ 20–60 ปี) ที่อาศัยอยู่ในเขตตำบลตะลุโบะ อำเภอเมือง จังหวัดปัตตานี เกณฑ์การคัดออก คือ ผู้ป่วยจิต ภาวะทางกายที่รุนแรง ไม่สามารถตอบคำถามได้อย่างครบถ้วนและถูกต้อง ภาวะบกพร่องทางการรับรู้หรือความเข้าใจที่ทำให้ไม่สามารถเข้าใจคำถามและตอบแบบสอบถามได้อย่างสมบูรณ์และสมเหตุสมผล คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สูตร Daniel (2010) กำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ 95% ค่าความคลาดเคลื่อนสามารถยอมรับได้เท่ากับ 0.05 ได้กลุ่มตัวอย่าง 368 คน ใช้วิธีการสุ่มแบบมีระบบ (Systematic Random sampling) เพื่อเลือกรายชื่อสตรีมุสลิมวัยทำงานเป็นกลุ่มตัวอย่าง

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้คือ แบบสัมภาษณ์ (Interview) ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคลของสตรีมุสลิมวัยทำงาน จำนวน 9 ข้อ ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส จำนวนบุตรที่อยู่ในความดูแล ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยของครัวเรือน โรคประจำตัว มีภาระในการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้ป่วยติดเตียงในครัวเรือนและประวัติภาวะซึมเศร้าหรือปัญหาทางสุขภาพจิตที่ได้รับการรักษาในอดีต

ส่วนที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Nutbeam, 2000) ได้แก่ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า, การเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพและบริการสุขภาพ, การสื่อสารเพิ่มความเชี่ยวชาญ, การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ, การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง, การจัดการตนเองให้มีความปลอดภัย จำนวน 18 ข้อ ข้อคำถามมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับตามความคิดเห็น ดังนี้ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมสุขภาพสตรีมุสลิมวัยทำงาน ประกอบด้วย การดูแลสุขภาพกาย การจัดการความเครียด การสร้างความสัมพันธ์ทางสังคม การใช้ศาสนาเป็นที่พึ่ง การแสวงหาความช่วยเหลือเมื่อจำเป็น จำนวน 16 ข้อ ข้อคำถามมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับตามความคิดเห็น ดังนี้ ปฏิบัติมากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด

แบบสอบถามส่วนที่ 2, 3 ใช้เกณฑ์การแปลผลตามแนวคิดของ เบสท์ (Best John W, 1977) แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับสูง (คะแนนเฉลี่ย 3.67–5.00) ระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 2.34–3.66) และระดับต่ำ (คะแนนเฉลี่ย 1.00–2.33)

ส่วนที่ 4 คุณภาพชีวิตสตรีมุสลิมวัยทำงาน เขตตำบลตะลุโบะ อำเภอเมือง จังหวัดปัตตานี โดยใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิต ใช้เกณฑ์การประเมินระดับคุณภาพชีวิตของสตรีมุสลิมวัยทำงานตามเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลก ที่เรียกว่า WHOQOL-OLD จำนวน 4 มิติ ได้แก่ ด้านสุขภาพกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม ด้านสิ่งแวดล้อม การให้คะแนนแบบวัดคุณภาพชีวิต WHOQOL–26 ข้อคำถามที่มีความหมายทางบวก 26 ข้อ และข้อคำถามที่มีความหมายทางลบ 3 ข้อ คือ ข้อ 2 9 11 แต่ละข้อเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ให้ผู้ตอบเลือกตอบ ดังนี้ มากที่สุด มาก ปานกลาง เล็กน้อย ไม่เลย ใช้เกณฑ์การแปลผล คะแนนคุณภาพชีวิตมีคะแนน ตั้งแต่ 26–130 คะแนน โดยเมื่อผู้ตอบรวมคะแนนทุกข้อได้คะแนนเท่าไร สามารถเปรียบเทียบกับเกณฑ์ปกติที่กำหนด แบ่งเป็น 3 ระดับ คุณภาพชีวิตที่ไม่ดี (26–60 คะแนน) คุณภาพชีวิตกลางๆ (61–95 คะแนน) คุณภาพชีวิตที่ดี (96 –130 คะแนน)

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและวิเคราะห์ความสัมพันธ์ โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของ (Pearson’s Product Moment correlation coefficient)

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้ดำเนินการขอความเห็นชอบ จากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปัตตานี เอกสารรับรอง เลขที่ 0016/2568 ลงวันที่ 15 กันยายน 2568

ผลการวิจัย

สตรีวัยทำงานส่วนใหญ่มีอายุอยู่ระหว่าง 30-44 ปี (71.70%) ($\bar{X}$=42.80, S.D.=10.98, Max=60, Min=20) สถานภาพสมรสคู่อยู่ด้วยกัน (70.70%) ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา/ปวช. (45.90%) ไม่มีบุตรหลานที่ต้องดูแล (29.30%) ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป จำนวน 182 ราย (ร้อยละ 49.50) ส่วนใหญ่มีรายได้ต่ำกว่า 30,000 บาท (50.80%) ($\bar{X}$=11,228.3, S.D.= 11,430.7, Max=90,000, Min=1,000) ไม่มีโรคประจำตัวที่ต้องรักษาอย่างต่อเนื่อง (88.60%) รองลงมา มีโรคประจำตัวที่ต้องรักษาอย่างต่อเนื่อง(11.40%) ไม่มีภาระในการ

ดูแลผู้สูงอายุ/ผู้ป่วยติดเตียง (92.40%) มีภาระในการดูแลผู้สูงอายุ/ผู้ป่วยติดเตียง (7.60%) และไม่มีประวัติป่วยเป็นภาวะซึมเศร้า/ปัญหาทางสุขภาพจิตที่ได้รับการรักษาในอดีต (100%)

ข้อมูลระดับความรอบรู้ของสตรีมุสลิมวัยทำงาน โดยระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของสตรีมุสลิมวัยทำงานในภาพรวมอยู่ในระดับสูง (87.20%) รองลงมา คือ ระดับปานกลาง (12.80%) ($\overline{X}$=2.872, S.D.=0.334) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของสตรี มุสลิมวัยทำงาน จำแนกเป็นรายด้าน (n=368)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	ระดับ						Mean	S.D.
	สูง		ปานกลาง		ต่ำ			
	จำนวน (ราย)	ร้อยละ	จำนวน (ราย)	ร้อยละ	จำนวน (ราย)	ร้อยละ		
ความรู้ความเข้าใจ	323	(87.80)	39	(10.60)	6	(1.60)	2.861	0.390
การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ	306	(83.20)	62	(16.80)	-	-	2.831	0.374
การสื่อสารเพิ่มความเชี่ยวชาญ	271	(73.60)	92	(25.00)	5	(1.40)	2.722	0.477
การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ	224	(60.90)	136	(37.00)	8	(2.20)	2.587	0.535
การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง	339	(92.10)	28	(7.60)	1	(0.30)	2.918	0.283
การจัดการตนเองให้มีความปลอดภัย	345	(93.80)	23	(6.30)	-	-	2.937	0.242
รวมความรอบรู้ด้านสุขภาพ	**321**	**(87.20)**	**47**	**(12.80)**	**-**	**-**	**2.872**	**0.334**

ระดับพฤติกรรมสุขภาพของสตรีมุสลิมวัยทำงาน ในภาพรวมอยู่ในระดับสูง (72.60%) รองลงมาคือระดับปานกลาง (26.90%) และระดับต่ำ (0.50%) ($\overline{X}$=2.720, S.D.=0.461) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับพฤติกรรมสุขภาพของสตรีมุสลิมวัยทำงาน จำแนกเป็นรายด้าน (n=368)

พฤติกรรมสุขภาพ	ระดับ						Mean	S.D.
	สูง		ปานกลาง		ต่ำ			
	จำนวน (ราย)	ร้อยละ	จำนวน (ราย)	ร้อยละ	จำนวน (ราย)	ร้อยละ		
การดูแลสุขภาพกาย	223	(60.60)	118	(32.10)	27	(7.30)	2.532	0.629
การจัดการความเครียด	191	(51.90)	137	(37.20)	40	(10.90)	2.410	0.678
การสร้างความสัมพันธ์ทางสังคม	275	(74.70)	78	(21.20)	15	(4.10)	2.706	0.538
การใช้ศาสนาเป็นที่พึ่ง	335	(91.00)	31	(8.40)	2	(0.50)	2.904	0.311
การแสวงหาความช่วยเหลือเมื่อจำเป็น	267	(72.60)	80	(21.70)	21	(5.70)	2.668	0.580
รวมพฤติกรรมสุขภาพ	**267**	**(72.60)**	**99**	**(26.90)**	**2**	**(0.50)**	**2.720**	**0.461**

ข้อมูลคุณภาพชีวิตของสตรีมุสลิมวัยทำงานในภาพรวมคุณภาพชีวิตของสตรีมุสลิมวัยทำงาน มีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี (52.20%) รองลงมาคือการมีคุณภาพชีวิตกลางๆ (47.60%) และการมีคุณภาพชีวิตที่ดี (0.30%) ($\overline{X}$ =1.481, S.D.=0.505) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับคุณภาพชีวิตของสตรีมุสลิมวัยทำงาน (n=368)

คุณภาพชีวิต	ระดับ						Mean	S.D.
	การมีคุณภาพชีวิตที่ดี		การมีคุณภาพชีวิตกลางๆ		การมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี			
	จำนวน (ราย)	ร้อยละ	จำนวน (ราย)	ร้อยละ	จำนวน (ราย)	ร้อยละ		
รวมคุณภาพชีวิต	**1**	**(0.30)**	**175**	**(47.60)**	**192**	**(52.20)**	**1.481**	**0.505**

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าของสตรีมุสลิมวัยทำงาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 โดยเมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านที่มีความสัมพันธ์มากที่สุดคือ การสื่อสารเพิ่มความเชี่ยวชาญ (r = 0.728, P-value = 0.000) ซึ่งมีความสัมพันธ์ในระดับสูงมาก >รองลงมาคือ ด้านความรู้ความเข้าใจ (r = 0.691, P-value = 0.000) ด้านการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ (r = 0.689, P-value = 0.000) ด้านการจัดการตนเองให้มีความปลอดภัย (r = 0.680, P-

value = 0.000) ด้านการเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพและบริการสุขภาพ (r = 0.666, P-value = 0.000) และด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง (r = 0.638, P-value = 0.000) ตามลำดับ โดยทุกด้านมีความสัมพันธ์กันในระดับสูง (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคล ความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิต และพฤติกรรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าของสตรีมุสลิมวัยทำงาน (n=368)

ปัจจัย	ระดับคุณภาพชีวิตและพฤติกรรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าของสตรีมุสลิมวัยทำงาน		
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (r)	P-value	ระดับความสัมพันธ์
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ			
ความรู้ความเข้าใจ	0.691	0.000**	มีความสัมพันธ์สูง
การเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพและบริการสุขภาพ	0.666	0.000**	มีความสัมพันธ์สูง
การสื่อสารเพิ่มความเชี่ยวชาญ	0.728	0.000**	มีความสัมพันธ์สูงมาก
การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ	0.689	0.000**	มีความสัมพันธ์สูง
การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง	0.638	0.000**	มีความสัมพันธ์สูง
การจัดการตนเองให้มีความปลอดภัย	0.680	0.000**	มีความสัมพันธ์สูง

หมายเหตุ * ค่าระดับนัยสำคัญ น้อยกว่า 0.05, ** ค่าระดับนัยสำคัญ น้อยกว่า 0.01

อภิปรายผลและสรุปผล

ความรอบรู้ด้านสุขภาพของสตรีมุสลิมวัยทำงาน ประกอบด้วย ด้านความรู้ความเข้าใจ ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการ ด้านการสื่อสารเพิ่มความเชี่ยวชาญ ด้านการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ ด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติและด้านการจัดการตนเองปลอดภัยของสตรีมุสลิมวัยทำงาน พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับคุณภาพชีวิตและพฤติกรรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าของสตรีมุสลิมวัยทำงาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value<0.001) อธิบายเหตุผลได้ว่า การที่มีความรู้ความเข้าใจ การออกกำลังกายช่วยลดความเครียดและป้องกันภาวะซึมเศร้าได้ ทราบว่าเมื่อมีปัญหาสุขภาพใจสามารถขอคำปรึกษาจากบุคลากรทางการแพทย์และเข้าถึงข้อมูลทางการแพทย์ กล้าที่จะพูดคุยกับเพื่อนหรือคนในครอบครัวเกี่ยวกับความรู้สึกของตนเอง รู้ทันสื่อตรวจสอบแหล่งที่มาของข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพใจก่อนที่จะนำไปปฏิบัติหรือส่งต่อให้ผู้อื่น สามารถตัดสินใจเลือกปฏิบัติกิจกรรมเมื่อรู้สึกเครียดหรือวิตกกังวล จะตัดสินใจทำกิจกรรมที่ช่วยผ่อนคลายความเครียด เช่น การละหมาด การ

ทำอาหาร หรือการอ่านหนังสือ และเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนาหรือกิจกรรมในชุมชนเพื่อสร้างความสุขและผ่อนคลาย ซึ่งช่วยให้สามารถตระหนักรู้ถึงปัจจัยเสี่ยงและสัญญาณเตือนของภาวะซึมเศร้าได้ตั้งแต่ระยะเริ่มต้น อันนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันปัญหาสุขภาพจิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ ในบริบทของสตรีมุสลิมวัยทำงาน ปัจจัยด้านศาสนาและวัฒนธรรมยังมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพจิต โดยการปฏิบัติศาสนกิจ เช่น การละหมาด การอ่านอัลกุรอาน และการขอพร (ดุอาอ์) สามารถทำหน้าที่เป็นกลไกในการเผชิญปัญหาและช่วยลดความเครียดได้ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพของ Don Nutbeam (2008) ซึ่งอธิบายว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นทักษะสำคัญที่ช่วยให้บุคคลสามารถควบคุมและจัดการสุขภาพของตนเองได้ โดยเฉพาะในระดับ interactive และ critical health literacy ที่เน้นการมีปฏิสัมพันธ์และการคิดวิเคราะห์ข้อมูลอย่างมีวิจารณญาณ ซึ่งมีบทบาทสำคัญต่อการตัดสินใจและการปรับพฤติกรรมสุขภาพ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Berkman et al. (2011) ที่พบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์ทางสุขภาพและคุณภาพชีวิต นอกจากนี้ งานวิจัยของ Zhang et al. (2019) และ Liu et al. (2020) ยังพบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์เชิงลบกับภาวะซึมเศร้า และมีผลผ่านตัวแปรกลาง เช่น ความเชื่อมั่นในตนเองและการสนับสนุนทางสังคม

ข้อเสนอแนะและการนำไปใช้

ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติสำหรับพยาบาลวิชาชีพในรพ.สต.

1. การบูรณาการมิติศาสนาในการส่งเสริมสุขภาพจิต ควรพัฒนารูปแบบการให้คำปรึกษาที่สอดแทรกหลักคำสอนอิสลาม เช่น การใช้กิจกรรมสุนทรียสนทนา (Dialogue) ร่วมกับการซิกรุลลอฮ์ เพื่อเพิ่มความยอมรับในกลุ่มสตรีมุสลิม

2.การพัฒนาทักษะการสื่อสารและความรอบรู้ รพ.สต. ควรจัดกิจกรรม "กลุ่มสตรีรอบรู้สุขภาพใจ" โดยเน้นการฝึกทักษะการสื่อสารระบายอารมณ์ (Assertive Communication) ซึ่งเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันสูงสุด

3.การคัดกรองเชิงรุกในกลุ่มเสี่ยง ควรให้ความสำคัญเป็นพิเศษกับสตรีที่มีรายได้ต่ำกว่า 30,000 บาท และมีภาระดูแลคนในครอบครัวหลายคน เนื่องจากเป็นกลุ่มที่มีโอกาสคุณภาพชีวิตต่ำและเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าสูง

4.การเสริมสร้างความรู้เท่าทันสื่อ จัดทำสื่อประชาสัมพันธ์ภาษาถิ่นมลายูที่เข้าใจง่าย เพื่อสอนวิธีการคัดกรองข้อมูลสุขภาพจิตในโซเชียลมีเดีย ป้องกันการหลงเชื่อข้อมูลที่ผิด

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. การสร้างเครือข่ายอสม. จิตเวชชุมชน ควรมีการอบรมอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ให้มีความเชี่ยวชาญด้านการประเมินสัญญาณเตือนภาวะซึมเศร้า เพื่อเป็นด่านแรกในการเข้าถึงสตรีมุสลิมในหมู่บ้าน

2.การส่งเสริมคุณภาพชีวิตเชิงโครงสร้าง อบต. และหน่วยงานท้องถิ่นควรมีนโยบายสนับสนุนอาชีพเสริมหรือศูนย์รับเลี้ยงเด็กในชุมชน เพื่อลดภาระของสตรีวัยทำงาน ทำให้พวกเธอมีเวลาในการดูแลสุขภาพจิตของตนเองมากขึ้น

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1.ศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) ในกลุ่มสตรีที่มีระดับคุณภาพชีวิตต่ำเพื่อค้นหาปัจจัยขัดขวาง (Barriers) ในการมีคุณภาพชีวิตที่ดีอย่างลึกซึ้ง

2.ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตที่ประยุกต์ใช้แนวคิดอิสลาม (Islamic-based Health Literacy Intervention) ต่อการลดระดับความเครียดในสตรีมุสลิมวัยทำงาน

3.ศึกษาเปรียบเทียบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าระหว่างสตรีมุสลิมในเขตเมืองและเขตชนบทเพื่อการวางแผนการพยาบาลที่จำเพาะเจาะจง

เอกสารอ้างอิง

กรมสุขภาพจิต. (2561). คู่มือคลายเครียด (ฉบับปรับปรุงใหม่) ดูแลสุขภาพใจกันหน่อยนะ ตอน... “เครียดได้ คลายเป็น”. กองส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต.

กรมสุขภาพจิต. (2567). Mental Health ปัญหาสำคัญที่ต้องเฝ้าระวัง. สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. https://www.nesdc.go.th

กรมอนามัย. (2561). รายงานฉบับสมบูรณ์ โครงการสำรวจ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ของประชาชนไทย อายุ 15 ปีขึ้นไป (ระยะที่ 1). กระทรวงสาธารณสุข.

กองส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ. (ม.ป.ป.). คู่มือความรอบรู้ด้านสุขภาพ. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (หมายเหตุ: ปรับแก้จากรายการ "การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ" ที่ข้อมูลไม่สมบูรณ์)

นโยบายสาธารณะไทยพีบีเอส [Policy Watch]. (2567). คนไทยมีปัญหาสุขภาพจิตสูงกว่าค่าเฉลี่ยโลก. Thai PBS. https://policywatch.thaipbs.or.th/article/life-35

ศูนย์สุขภาพจิตที่ 12. (2567). รายงานผลการดำเนินงาน ศูนย์สุขภาพจิตที่ 12 ปีงบประมาณ 2567. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.

เอชโฟกัส [Hfocus]. (2568). ผลสำรวจสุขภาพจิตพนักงานไทย ปี 66 วัยทำงาน 40% เครียดสูง. สำนักข่าวซิสเต็มมีเดีย. https://www.hfocus.org/content/2025/01/32884

อังคณา วังทอง. (2562). รูปแบบการบูรณาการดูแลและเสริมสร้างสุขภาพจิตโดยเครือข่ายชุมชน อำเภอหนองจิก

จังหวัดปัตตานี. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน, 4(3), 131-142.
เดอะแวนโอวัน [The101.world]. (2567). “ถึงเวลาสั่งการรักษาทางสังคม” บทสังเคราะห์ชุดนโยบายสุขภาพจิตของประชากรชาวไทยภายใต้บริบทหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. https://www.the101.world/mental-health-policy-under-uhc-program/
Abu-Ras, R., & Quick, M. (2022). Islam: Basic Beliefs. United Religions Initiative. https://www.uri.org/kids/world-religions/muslim-beliefs
Alyafei, A., & Easton-Carr, R. (2024). The health belief model of behavior change. StatPearls Publishing. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK606120/
American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596
Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. Psychological Review, 84(2), 191–215. https://doi.org/10.1037/0033295X.84.2.191
Cohen, S., & Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. Psychological Bulletin, 98(2), 310–357. https://doi.org/10.1037/0033-2909.98.2.310
Daniel, W. W. (2010). Biostatistics: A foundation for analysis in the health sciences (9th ed.). John Wiley & Sons.
Drageset, J. (2021). Social support. In G. Haugan & M. Eriksson (Eds.), Health promotion in health care – vital theories and research (pp. 139–151). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-030-63135-2_11
Hossain, M. N., Lee, J., Choi, H., Kwak, Y. S., & Kim, J. (2024). The impact of exercise on depression: How moving makes your brain and body feel better. Physical Activity and Nutrition, 28(2), 43-51. https://doi.org/10.20463/pan.2024.0015
Mental Health Commission of Canada. (2015). Promoting positive mental health. https://www.canada.ca
Nutbeam, D. (2008). The evolving concept of health literacy. Social Science & Medicine, 67(12), 2072-2078. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.09.050
Rudd, R. E. (2015). The evolving concept of health literacy: New directions for health literacy studies. Journal of Communication in Healthcare, 8(1), 7–9.

https://doi.org/10.1179/1753806815Z.000000000105

Syeda, S. W. (2024). Muslim women's mental health and religious identity: Challenges and coping strategies in diaspora contexts. Contemporary Journal of Social Science Review, 2(4), 22-30.

World Health Organization. (2023). Depressive disorder (depression). https://www.who.int/news- room/fact-sheets/detail/depression

Zhang, B., Zhang, W., Sun, X., Ge, J., & Liu, D. (2020). Physical comorbidity and health literacy mediate the relationship between social support and depression among patients with hypertension. Frontiers in Public Health, 8, Article 304. https://doi.org/10.3389/fpubh.2020.00304

Received: 5 Jul 2026 ; **Revised:** 19 Jul 2026
Accepted: 26 Jul 2026

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เขตตำบลบานา อำเภอเมือง จังหวัดปัตตานี

อาภรณ์ เจะอุบง [1]

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เขตตำบลบานา อำเภอเมือง จังหวัดปัตตานี ประชากรคือผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนและเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบานา อำเภอเมือง จังหวัดปัตตานี พ.ศ.2568 และอาศัยอยู่ในพื้นที่จริงอย่างน้อย 6 เดือนขึ้นไป จำนวน 459 คน โดยใช้สูตรการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างของ Danielเท่ากับ 233 คน ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบมีระบบ เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ ประกอบด้วย 4 ส่วนได้แก่ คุณลักษณะส่วนบุคคล การรับรู้ด้านสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม แบบสัมภาษณ์ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน และนำไปทดลองใช้เพื่อวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟ่าครอนบาค เท่ากับ 0.887 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง (73.80%) ($\overline{X}$ =2.738, S.D.=0.440) พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง (83.70%) ($\overline{X}$ =2.832, S.D.=0.493) ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่า การรับรู้ด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r=0.198, P-value<0.002)

คำสำคัญ: โรคหลอดเลือดสมอง, พฤติกรรมการป้องกันโรค, ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

[1] E-mail: Arpornjeh@gmail.com

Factors Associated with Stroke Prevention Behaviors among Hypertensive Patients in Bana Subdistrict, Mueang District, Pattani Province.

Arporn jehaubong [1]

Abstract

This descriptive research aimed to study factor associate with stroke preventive behaviors among hypertension patient in Bana Sub-District Health Promoting Hospital, Muang District, Pattani Province. Population in this study consisted of 459 hypertension patient which received treatment in Bana Sub-District Health Promoting Hospital, Muang District, Pattani Province, in fiscal year 2025. Sample size of 233 participants was determined using the Daniel formula and selected through systematic random sampling. Data were collected using a four-part structured interview form, which was validated by three experts and yielded a Cronbach's alpha coefficient of 0.887. Data were analyzed using descriptive statistics, Pearson's correlation coefficient. The results revealed that health perception was classified in high level (73.80%) ($\overline{X}$ =2.738, S.D.=0.440) and behavior of stroke prevention was classified in high level (83.70%) ($\overline{X}$ =2.832, S.D.=0.493), respectively. An association analyzed reported that health perception was associated with stroke preventive behaviors among hypertension patient in Bana Sub-District Health Promoting Hospital, Muang District, Pattani Province with statistic significantly (r=0.198, P-value<0.002).

Keywords: Stroke, Stroke prevention behaviors, Hypertensive patients

[1] E-mail: Arpornjeh@gmail.com

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) เป็นปัญหาสาธารณสุขระดับโลกที่ทวีความรุนแรงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดย World Stroke Organization (WSO) รายงานว่าในปีค.ศ. 2021 มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่สูงถึง 11.9 ล้านคน และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตประมาณ 7 ล้านคนทั่วโลก ทำให้โรคนี้ยังคงเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับสอง และเป็นสาเหตุสำคัญอันดับสามของภาวะทุพพลภาพทั่วโลก (World Stroke Organization, 2025) ที่น่ากังวลคือ จำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงหลักของโรคหลอดเลือดสมอง ได้เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยมีผู้ใหญ่กว่า 1.3 พันล้านคนทั่วโลกที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงในปี 2019 และแนวโน้มยังคงเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะในประเทศกำลังพัฒนา ซึ่งส่งผลให้ภาระทางสาธารณสุขทั่วโลกยังคงเผชิญกับความท้าทายที่สำคัญในการควบคุมโรคนี้ (WHO, 2023; NCD Risk Factor Collaboration (NCD-RisC), 2021)

สำหรับประเทศไทย โรคหลอดเลือดสมองยังคงเป็นปัญหาสำคัญระดับชาติที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพและเศรษฐกิจของประเทศไทยอย่างมาก โดยข้อมูลจากกระทรวงสาธารณสุขใน ปี พ.ศ. 2566 พบว่ามีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่สูงถึง 349,126 ราย และมีผู้เสียชีวิต 36,214 ราย (กระทรวงสาธารณสุข, 2566) ซึ่งนับเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้นๆ ของประเทศ ในขณะที่ ปีพ.ศ. 2567 และ 2568 แนวโน้มผู้ป่วยและผู้เสียชีวิตยังคงอยู่ในระดับสูง โดยมีรายงานผู้ป่วยสะสมกว่า 358,062 คน และเสียชีวิต 39,086 คน ในปี 2567 และคาดการณ์ว่าในปี 2568 ตัวเลขจะยังคงใกล้เคียงกัน (มติชนออนไลน์, 2568; ไทยรัฐบาล, 2568) สถานการณ์นี้มีความเชื่อมโยงอย่างยิ่งกับโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงหลักของโรคหลอดเลือดสมอง การควบคุมความดันโลหิตและการมีพฤติกรรมการป้องกันโรคที่เหมาะสมจึงเป็นหัวใจสำคัญในการลดอุบัติการณ์ของโรคนี้ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยที่เน้นย้ำถึงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับพฤติกรรมการป้องกันโรคในผู้ป่วยกลุ่มนี้

โรคหลอดเลือดสมองยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของจังหวัดปัตตานีโดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งถือเป็นประชากรกลุ่มเสี่ยงที่มีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่าประชากรทั่วไปอย่างมีนัยสำคัญ ข้อมูลจากระบบคลังข้อมูลด้านสุขภาพ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปัตตานี, 2568) โดยพบว่าอัตราป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองต่อแสนประชากรของจังหวัดปัตตานีพบร้อยละของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอยู่ที่ร้อยละ 8.17 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปัตตานี, 2566) สรุปผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 รอบที่ 1. สืบค้นเมื่อ 8 กรกฎาคม 2568) โดย พบว่าในปี พศ.2566-2568 มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 56,838ราย, 59,372 รายและ 60949 ราย ตามลำดับ และในจำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงนี้ มีผู้ป่วยที่สามารถควบคุมได้ในจังหวัดปัตตานีในปี พ.ศ.2566-2568 เท่ากับ ร้อยละ.58.46, ร้อยละ. 59.69.และร้อยละ67.08.ตามลำดับ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปัตตานี, 2568) ปัจจุบันโรคความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง สาเหตุของการเสียชีวิตเกือบร้อยละ 50 ด้วยอัมพฤกษ์อัมพาตและโรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูงส่วนมากมักไม่แสดงอาการ หากผู้ป่วยมีภาวะความดันโลหิตสูงเป็น

ระยะเวลานานและไม่ได้รับการรักษาความรุนแรงของโรคจะเพิ่มมากขึ้นและอาจมีอาการต่างๆได้แก่เวียนศีรษะ ปวดศีรษะหน้ามืดใจสั่นตาพร่ามัวเป็นลมหมดสติและเกิดโรคแทรกซ้อนตามมา (Ministry of Public Health Department of Disease Control, 2023) ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นในการยกระดับการป้องกันโรคในกลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น

จากผลการสำรวจและรายงานทางสถิติของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบานา อำเภอเมือง จังหวัดปัตตานี ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนในเขตตำบลบานาพบว่า ในปี พ.ศ. 2566-2568 มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเข้ารับการรักษา จำนวน 1,809, 1921 และ 2005 ราย ตามลำดับ ซึ่งแนวโน้มการป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นทุกปี และในจำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงนี้มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่รักษาอย่างต่อเนื่อง พบว่าในปี พ.ศ.2566-2568 มีจำนวน 529 ราย คิดเป็นร้อยละ 29.24 , ในปี 2567 มีจำนวน 1,921 ราย รักษาต่อเนื่องจำนวน 1,083 รายคิดเป็นร้อยละ 56.38 และในปี2568 มีจำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง 2,005 ราย เข้ารับการรักษาอย่างต่อเนื่องจำนวน 1,089 รายคิดเป็นร้อยละ 54.31 นอกจากนี้ ยังพบว่าผู้ป่วยที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี ตั้งแต่ปีพ.ศ 2566-2568 คิดเป็นร้อยละ..57.12.,ร้อยละ 58.40และร้อยละ..58.72.ตามลำดับ.จากข้อมูล จะเห็นได้ว่า ผู้ป่วยยังขาดความตระหนักรู้ในการเข้ารับการรักษาอย่าสงต่อเนื่อง ส่งผลให้ผู้ป่วย ขาดยา และอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนตามมาได้จากการลงสำรวจมี ผู้ป่วยพิการติดเตียง ในปี 2566-2568 จากข้อมูลของ HDC สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปัตตานี พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยติดเตียงทั้งสิ้น 64 ราย , 80 ราย 115 รายตามลำดับ ซึ่งในจำนวนดังกล่าว โรคหลอดเลือดสมอง เป็นสาเหตุหลักที่ทำให้เกิดภาวะติดเตียง จำนวน 39ราย, 50ราย และ 64 ราย คิดเป็นร้อยละ 60.93, ร้อยละ62.5 และ 66.65 ตามลำดับ

จากแนวโน้มของสถานการณ์โรคความดันโลหิตสูงที่เพิ่มขึ้น และส่งต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน โรคของระบบหลอดเลือดสมองในตำบลบานา อำเภอเมือง จังหวัดปัตตานีที่เพิ่มขึ้น ส่งผลกระทบอย่างรุนแรงต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว ผู้ป่วยหลายรายต้องเผชิญกับภาวะทุพพลภาพถาวร เช่น อ่อนแรงครึ่งซีก พูดไม่ได้ หรือช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ทำให้สูญเสียความสามารถในการประกอบอาชีพและทำกิจกรรมในชีวิตประจำวัน (World Stroke Organization, n.d.) ภาระในการดูแลผู้ป่วยยังตกเป็นของคนในครอบครัว ซึ่งอาจนำไปสู่ปัญหาทางเศรษฐกิจและสังคม เช่น การขาดรายได้ ความเครียด และคุณภาพชีวิตที่ลดลงของทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแล (กรมอนามัย, 2563) นอกจากนี้ ผลกระทบทางจิตใจ เช่น ภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวล ก็เป็นสิ่งที่ผู้ป่วยและครอบครัวต้องเผชิญ ทำให้คุณภาพชีวิตโดยรวมลดลงอย่างมาก ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เขตตำบลบานา อำเภอเมือง จังหวัดปัตตานี เพื่อนำข้อมูลมาพัฒนาเป็นโปรแกรมการพัฒนาเป็นโปรแกรมการพัฒนารูปแบบพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในเขตตำบลบานา อำเภอเมือง จังหวัดปัตตานีต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เขตตำบลบานา อำเภอเมือง จังหวัดปัตตานี

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research Study) โดยกำหนดตัวแปรอิสระ ได้แก่ 1) คุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ 2) การรับรู้ด้านสุขภาพ 3) แรงสนับสนุนทางสังคม โดยใช้แนวคิดของ (Health Belief Model: HBM) ตัวแปรตาม ได้แก่ พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในเขตตำบลบานา จังหวัดปัตตานี

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาในครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงในเขต ตำบลบานา อำเภอเมือง จังหวัดปัตตานี ปีงบประมาณ 2568 และอาศัยอยู่ในพื้นที่จริงอย่างน้อย 6 เดือนขึ้นไป เกณฑ์การคัดออก คือ ผู้ป่วยที่มีภาวะความดันโลหิตสูงชนิดทุติยภูมิ ภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูงที่รุนแรง มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาอย่างรุนแรง หรือสมองเสื่อม ไม่สามารถตอบคำถามได้อย่างครบถ้วนและถูกต้อง คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สูตร Daniel (2010) กำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ 95% ค่าความคลาดเคลื่อนสามารถยอมรับได้เท่ากับ 0.05 ได้กลุ่มตัวอย่าง 233 คน ใช้วิธีการสุ่มแบบมีระบบ (Systematic Random sampling) เพื่อเลือกรายชื่อผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเป็นกลุ่มตัวอย่าง

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้คือ แบบสัมภาษณ์ ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในเขต ตำบลบานาประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา การประกอบอาชีพ รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน สิทธิ์ด้านการรักษาพยาบาล จำนวนสมาชิกในครอบครัว ระดับความดันโลหิตล่าสุด ระยะเวลาที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง และประวัติสมาชิกในครอบครัวเป็นโรคหลอดเลือดสมอง

ส่วนที่ 2 การรับรู้ด้านสุขภาพ ประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง, การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง, การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรค ลักษณะคำถามประมาณค่า 5 ระดับคือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ส่วนที่ 3 การสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วย แรงสนับสนุนภายในครอบครัว, แรงสนับสนุนจากชุมชน, การได้รับการสนับสนุนจากบุคคลากรทางการแพทย์ลักษณะคำถามประมาณค่า 5 ระดับ คือ มากที่สุด, มาก, ปานกลาง, น้อย และน้อยที่สุด

ส่วนที่ 4 พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์ การไม่ดื่มสุรา การไม่สูบบุหรี่ การนอนหลับลักษณะคำถามประมาณค่า 5 ระดับคือ มาก ที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด

แบบสอบถามส่วนที่ 2, 3, 4 ใช้เกณฑ์การแปลผลตามแนวความคิดของของ เบสท์ (Best John W, 1977) แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับสูงสุด (3.67–5.00 คะแนน) ระดับปานกลาง (2.34–3.66 คะแนน) ระดับต่ำ(1.00–2.33 คะแนน)

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและวิเคราะห์ความสัมพันธ์ โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของ (Pearson’s Product Moment correlation coefficient)

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้ดำเนินการขอความเห็นชอบ จากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปัตตานี เอกสารรับรองเลขที่ 15/2568 ลงวันที่ 15 กันยายน 2568

ผลการศึกษาวิจัย

กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในเขตตำบลบานา อำเภอเมือง จังหวัดปัตตานี จำนวน 233 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (72.10%) อายุเฉลี่ย 61.84 ปี (S.D.=10.94) โดยอยู่ในช่วงอายุ 55-75 ปีมากที่สุด (59.70%) สถานภาพสมรสส่วนใหญ่เป็นคู่ (67.40%) ระดับการศึกษาสูงสุดคือประถมศึกษา (63.10%) ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป (39.90%) มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่า 10,000 บาท (89%) และใช้สิทธิ์ประกันสุขภาพถ้วนหน้า 30 บาท (89.70%) ด้านจำนวนสมาชิกในครอบครัว ส่วนใหญ่มีสมาชิกน้อยกว่า 5 คน (95.70%) ในด้านสุขภาพ พบว่าค่าความดันโลหิตตัวบน (Systolic) ส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 121-139 mmHg (67%) และค่าความดันโลหิตตัวล่าง (Diastolic) อยู่ในช่วง 60-80 mmHg (39.50%) ระยะเวลาที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่ไม่เกิน 10 ปี (51.90%) นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีประวัติคนในครอบครัวได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง (82.80%)

การรับรู้ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ภาพรวมอยู่ในระดับสูง (73.80%) มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.738 ($\overline{X}$ =2.738, S.D.=0.440) เมื่อพิจารณาการรับรู้ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำแนกรายด้าน พบว่า

ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงเป็นโรคหลอดเลือดสมอง (86.30%) มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.862 ($\overline{X}$=2.862, S.D.=0.344) รองด้านการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง (85.80%) มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.858 ($\overline{X}$=2.858, S.D.=0.349) การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง (85.80%) มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.858 ($\overline{X}$=2.858, S.D.=0.349) และการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง (82%) มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.794 ($\overline{X}$= 2.794, S.D.=0.464) ตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของปัจจัยการรับรู้ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ภาพรวม (n=233)

การรับรู้ด้านสุขภาพ	ระดับ						Mean	S.D.
	สูง		ปานกลาง		ต่ำ			
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ		
การรับรู้โอกาสเสี่ยงเป็นโรคหลอดเลือดสมอง	201	(86.30)	32	(13.70)	-	-	2.862	0.344
การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง	200	(85.80)	33	(14.20)	-	-	2.858	0.349
การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง	200	(85.80)	33	(14.20)	-	-	2.858	0.349
การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง	191	(82.00)	36	(15.50)	6	(2.60)	2.794	0.464
รวมปัจจัยการรับรู้	**172**	**(73.80)**	**61**	**(26.20)**	**-**	**-**	**2.738**	**0.440**

แรงสนับสนุนทางสังคมในภาพรวมอยู่ใน ระดับสูง (83.70%) ($\overline{X}$ = 2.819, S.D. = 0.427) โดยเมื่อพิจารณาจำแนกรายด้าน แรงสนับสนุนจากบุคลากรทางการแพทย์: มีระดับการรับรู้สูงที่สุดร้อยละ 84.50 มีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 2.845 ($\overline{X}$=2.845, S.D.=0.362) แรงสนับสนุนจากชุมชนในระดับสูง (82%) มีค่าคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 2.776 ($\overline{X}$ =2.776, S.D.=0.510) และแรงสนับสนุนภายในครอบครัวร้อยละ 75.10 มีค่าคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 2.742 ($\overline{X}$ = 2.742, S.D.=0.457) ตามตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงภาพรวม (n=233)

การสนับสนุนทางสังคม	ระดับ						Mean	S.D.
	สูง		ปานกลาง		ต่ำ			
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ		
แรงสนับสนุนภายในครอบครัว	175	(75.10)	56	(24.00)	2	(0.90)	2.742	0.457
แรงสนับสนุนจากบุคคลากรทางการแพทย์	197	(84.50)	36	(15.50)	-	-	2.845	0.362
แรงสนับสนุนจากชุมชน	191	(82.00)	32	(13.70)	10	(4.30)	2.776	0.510
รวมแรงสนับสนุนทางสังคม	**195**	**(83.70)**	**34**	**(14.60)**	**4**	**(1.70)**	**2.819**	**0.427**

พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในภาพรวมของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับสูง (83.70%) มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.832 ($\overline{X}$ =2.832, S.D.=0.493) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าด้านการไม่ดื่มสุรามีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด2.952($\overline{X}$ =2.952, S.D.=0.266) รองลงมาคือด้านการสูบบุหรี่คะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 2.905 ($\overline{X}$ =2.905, S.D.=0.346) ด้านการจัดการอารมณ์มีค่าคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 2.759 ($\overline{X}$ =2.759, S.D.=0.457) ด้านการนอนหลับมีค่า คะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 2.703 ($\overline{X}$ =2.703, S.D.=0.493) ด้านการรับประทานอาหารมีค่าคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 2.738 ($\overline{X}$ =2.738, S.D.=0.512) ตามลำดับ ในขณะที่ด้านการออกกำลังกายมีคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด มีค่าคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 2.291 ($\overline{X}$ =2.291, S.D.=0.663) โดยเป็นด้านเดียวที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 59.22) มีพฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลางถึงต่ำ ตามตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงภาพรวม (n=233)

	ระดับ	Mean	S.D.

พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง	สูง		ปานกลาง		ต่ำ			
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ		
ด้านการรับประทานอาหาร	180	(77.30)	45	(19.30)	8	(3.40)	2.738	0.512
ด้านการออกกำลังกาย	95	(40.80)	111	(47.60)	27	(11.60)	2.291	0.663
ด้านการจัดการอารมณ์	180	(77.30)	50	(21.50)	3	(1.30)	2.759	0.457
ด้านการไม่ดื่มสุรา	225	(96.60)	5	(2.10)	3	(1.30)	2.952	0.266
ด้านการสูบบุหรี่	215	(92.30)	14	(6.00)	4	(1.70)	2.905	0.346
ด้านการนอนหลับ	168	(72.1)	61	(26.20)	4	(1.70)	2.703	0.493
รวม	**195**	**(83.70)**	**37**	**(15.90)**	**1**	**(0.40)**	**2.832**	**0.385**

จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ตามตารางที่ 4 พบว่า ผลการวิเคราะห์ตัวแปรอิสระที่มีความสัมพันธ์ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ การรับรู้ด้านสุขภาพ (r = 0.198, P-value<0.002) การสนับสนุนทางสังคม (r = 0.339, P-value = 0.000) โดยปัจจัยด้านการรับรู้มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ เท่ากับ 0.198 ซึ่งเมื่อพิจารณารายด้านพบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรค มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมอย่างมีนัยสำคัญ (r = 0.313, 0.303, 0.303 และ 0.240 ตามลำดับ) สำหรับปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r = 0.339, P-value = 0.000) โดยการได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว (r = 0.292, P-value = 0 .000)การได้รับการสนับสนุนจากบุคคลากรทางการแพทย์ (r=0.308, P-value = 0.000) และการได้รับการสนับสนุนจากชุมชน(r = 0.291, P-value = 0.000)ตามลำดับ ตามตารางที่ 4

ตารางที่ 4 สัมประสิทธ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคล ปัจจัยการรับรู้ แรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

ปัจจัย	พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง		
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (r)	P-value	ระดับความสัมพันธ์
ปัจจัยด้านการรับรู้	0.198	0.002	มีความสัมพันธ์ทางบวก
- การรับรู้โอกาสเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง	0.313	0.000	มีความสัมพันธ์ทางบวก
- การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง	0.303	0.000	มีความสัมพันธ์ทางบวก
- การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง	0.303	0.000	มีความสัมพันธ์ทางบวก
- การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง	0.240	0.000	มีความสัมพันธ์ทางบวก
แรงสนับสนุนทางสังคม	0.339	0.000	มีความสัมพันธ์ทางบวก
- การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว	0.292	0.000	มีความสัมพันธ์ทางบวก
- การได้รับการสนับสนุนจากบุคคลากรทางการแพทย์	0.308	0.000	มีความสัมพันธ์ทางบวก
- การได้รับการสนับสนุนจากชุมชน	0.291	0.000	มีความสัมพันธ์ทางบวก

อภิปรายผลและสรุปผล

ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยการรับรู้ด้านสุขภาพตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (HBM) มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ0.01 (r=0.198, P-value=0.002) ซึ่งอธิบายได้ว่า เมื่อผู้ป่วยรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรค รวมถึงเห็นประโยชน์ของการป้องกันและสามารถจัดการอุปสรรคในการดูแลตนเองได้ จะส่งผลให้เกิดแรงจูงใจภายในและการตัดสินใจเชิงเหตุผลในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับแนวคิดของ Rosenstock (1974) และ Becker (1974) ที่ระบุว่าการรับรู้ของบุคคลเป็นปัจจัยกำหนดพฤติกรรมหลีกเลี่ยงการเจ็บป่วย โดยเมื่อบุคคลเชื่อว่าตนเองเสี่ยงต่อโรคที่ร้ายแรงและเชื่อว่าการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจะเกิดผลดีมากกว่าอุปสรรค จะนำไปสู่การปฏิบัติตนตามคำแนะนำด้านสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับงานวิจัยของ สุชาดา ไชยขาว และคณะ (2567) พบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง (r=0.577, P-value<0.001) การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง (r=0.593, P-value<0.001) และการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง (r=0.779, P-value<0.001) มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01แตกต่างจากการศึกษาของ ลติพร อุดม และคณะ (2567) ที่พบว่า ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของชุมชนบ้านบังมั่ง จังหวัดอุบลราชธานี (P-value=0.32, 0.69, 0.05) ทั้งนี้ ผล

การศึกษาที่แตกต่างจากงานวิจัยของ ลติพร อุดม และคณะ (2567) อาจเนื่องมาจากความแตกต่างของบริบทประชากรและปัจจัยแวดล้อมเฉพาะพื้นที่ในการศึกษา

การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในตำบลบานา อำเภอเมือง จังหวัดปัตตานี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r=0.339, P-value=0.000) เนื่องจากแรงสนับสนุนจากครอบครัว บุคลากรทางการแพทย์ และชุมชน เป็นปัจจัยหลักที่ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับข้อมูลข่าวสาร คำแนะนำ และกำลังใจ ซึ่งช่วยเสริมสร้างความตระหนักและแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่สำคัญ เช่น การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งสอดคล้องกับ Cohen & Wills (1985; House, 1981) กล่าวว่า แรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support) เป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพและการรับมือกับภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง รวมถึงผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ถึงการได้รับการดูแลเอาใจใส่ ความช่วยเหลือ และการเป็นส่วนหนึ่งของเครือข่ายความสัมพันธ์รอบตัว มีบทบาทอย่างยิ่งในการส่งเสริมให้บุคคลมีพฤติกรรมการป้องกันโรคที่เหมาะสม แนวคิดนี้ชี้ให้เห็นว่ามนุษย์เป็นสัตว์สังคม การปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นและการได้รับความช่วยเหลือจากแหล่งต่าง ๆ มีผลต่อทั้งสภาพร่างกายและจิตใจ เช่นเดียวกับ Bandura (1986) กล่าวว่า การสร้างบรรทัดฐานทางสังคมและกลุ่มอ้างอิง เมื่อบุคคลเห็นว่าคนในชุมชนมีการปฏิบัติหรือส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง เช่น การออกกำลังกายรวมกลุ่ม การงดดื่มสุรา หรือการลดเค็ม ผู้ป่วยจะเกิดการเรียนรู้และมีแรงจูงใจที่จะปฏิบัติตาม เพื่อให้เป็นที่ยอมรับและเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม ผลจากข้อคำถามพบว่า สมาชิกในครอบครัวคอยให้กำลังใจและช่วยดูแลเรื่องการกินอาหาร การออกกำลังกาย การพาไปพบแพทย์เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง แพทย์พยาบาลที่ดูแลมีการติดตามผลการรักษาและให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการควบคุมความดันโลหิตอย่างสม่ำเสมอ และรู้สึกว่าได้รับความช่วยเหลือและกำลังใจจากคนรอบข้างในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ผลการวิเคราะห์ข้อมูลวิจัย สอดคล้องกับงานวิจัยของ นิติ ชะบำรุงและคณะ (2568) ที่พบว่า การได้รับข้อมูลข่าวสารจากบุคคลในครอบครัว ที่เพิ่มขึ้นความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (P-value< 0.001) แตกต่างจากงานวิจัยของ ลติพร อุดมสุขและคณะ (2567) ที่พบว่า ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (P-value= 0.32, 0.69, >0.05)

ข้อเสนอแนะและการนำไปใช้

1. การพัฒนานวัตกรรมการออกกำลังกายวิถีร่มภายใต้วัฒนธรรมศาสนา: โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบานาร่วมกับภาคีเครือข่ายชุมชนและผู้นำศาสนา ออกแบบ "โปรแกรมกิจกรรมทางกายและการบริหารกายในร่ม" (Indoor Culturally-adapted Physical Activities) สำหรับกลุ่มสตรีและผู้สูงอายุในพื้นที่ ที่สอดรับกับวิถี

ชีวิตประจำวันและการละหมาด เพื่อเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้บริหารร่างกายโดยไม่มีข้อจำกัดเรื่องเครื่องแต่งกายและมิติความไม่ปลอดภัยนอกบ้าน พร้อมรณรงค์สร้างความเข้าใจที่ถูกต้องให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความแตกต่างระหว่างกิจกรรมทางกายกับการออกกำลังกายตามเกณฑ์มาตรฐานขั้นต่ำ 3 วันต่อสัปดาห์

2. หน่วยงานนำผลการวิจัยไปใช้ในการวางแผนส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยเน้นการสร้างการรับรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโอกาสเสี่ยง ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง ประโยชน์ของการป้องกันและการลดอุปสรรคในการดูแลตนเอง

3. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถใช้ผลการวิจัยเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนานโยบายหรือโปรแกรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยบูรณาการความร่วมมือระหว่างสถานบริการสุขภาพ ครอบครัว และชุมชน

เอกสารอ้างอิง

เขมิกา สมบัติโยธา, วิทยา อยู่สุข, นิรุวรรณ เทิรนโบล์. (2560). พฤติกรรมสุขภาพกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ อำเภอเชียงยืน จังหวัดมหาสารคาม. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, 38(1), 47-59.

ชุติมา สร้อยนาค, จริยา ทรัพย์เรือง, อัจฉรา เดชขุน, กันยา สุวรรณคีรีขันธ์. (2567). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้. วารสารสังคมศาสตร์และวัฒนธรรม, 8(3), 130-139.

ณิชากานต์ งามพรนพคุณ. (2568). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เขตพื้นที่ตำบลบางน้ำจืด อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรสาคร. วารสารสาธารณสุขมูลฐาน (ภาคกลาง), 27-37.

ลติพร อุดมสุข, วชิรญา มุ้ยเผือก, ปิยนุช งามสาย, พงษ์ศักดิ์ คำนาโฮม, รัฐพล ผิวจันทร์. (2567). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเองในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของชุมชนบ้านบ้งมั่ง จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารสาธารณสุข มหาวิทยาลัยบูรพา, 19(2), 13-26.

ศิริพันธ์ หอมแก่นจันทร์, ลภัสรดา หนุ่มคำ. (2566). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ศูนย์บริการสาธารณสุขบ้านกล้วยม่วง เทศบาลเมืองเขลางค์นคร จังหวัดลำปาง. วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสาธารณสุข, 1(2), 14-24.

สุชาดา ไชยขาว, เกษม ชูรัตน์. (2567). การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโคกยาง ตำบลโคกยาง

อำเภอเหนือคลอง จังหวัดกระบี่. วารสารสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ, 7(3), 1-16.

Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review, 84* (2), 191–215.https://doi.org/10.1037/0033295X.84.2.191

Cohen, S., & Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin, 98* (2), 310–357.https://doi.org/10.1037/0033-2909.98.2.310

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

Nutbeam D. (2008). The evolving concept of health literacy. Social Science and Medicine, 67(12), 2072-2078.

Best, J. W. (1977). Research in Education (3rd ed.). New Jersey: Prentice Hall.

Rosenstock, I. M. (1974). Historical Origins of the Health Belief Model. Health Education Monographs, 2(4), 328-335.

World Health Organization. (2023). Global report on hypertension: The race against a silent killer. Geneva: World Health Organization.

Received: 5 Jul 2026 ; **Revised:** 19 Jul 2026
Accepted: 27 Jul 2026

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเขตตำบลม่วงเตี้ย อำเภอแม่ลาน จังหวัดปัตตานี

แวอาแซ มามะ [1]

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนามีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพ แรงสนับสนุนด้านสังคมและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ประชากรคือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ด้วยโรคความโลหิตสูง รับการรักษาตามแผนการรักษา มีรายชื่อตามทะเบียนบ้านและอาศัยอยู่ในพื้นที่จริงอย่างน้อย 6 เดือน ในเขตตำบลม่วงเตี้ย อำเภอแม่ลาน จังหวัดปัตตานี จำนวน 540 คน โดยใช้สูตรการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างของ Daniel ได้กลุ่มตัวอย่าง 247 คน ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบมีระบบ เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูล คือ แบบสอบถาม ประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่ คุณลักษณะส่วนบุคคล ความรอบรู้ด้านสุขภาพ แรงสนับสนุนด้านสังคมและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง แบบสอบถามผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน และนำไปทดลองใช้เพื่อวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟ่าครอนบาค เท่ากับ 0.867 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ผลการวิจัยพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง (93.33%) ($\overline{X}$ =2.94, S.D.=0.239) แรงสนับสนุนด้านสังคมมีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในรับดับสูง (98.88%) ($\overline{X}$ =2.90, S.D.=0.302) พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง (88.88%) ($\overline{X}$ =2.88, S.D.=0.323) ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r=0.434, P-value<0.001) และแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เขตตำบลม่วงเตี้ย อำเภอแม่ลาน จังหวัดปัตตานี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r=0.503, P-value<0.001)

คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, แรงสนับสนุนทางสังคม, พฤติกรรมสุขภาพ, โรคความดันโลหิตสูง

[1] **พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลม่วงเตี้ย อำเภอแม่ลาน จังหวัดปัตตานี,** E-mail: bossron@hotmail.com

Factors Related to Health Behaviors of Patients with Hypertension In Muangtia Subdistrict, MaeLan District, Pattani Province

Wae asae Mamah [1]

Abstract

This descriptive research aimed to study the association between health literacy, social support, and health behaviors among patients with hypertension. The population consisted of 540 patients diagnosed with hypertension, receiving treatment according to a treatment plan, registered in the household registry, and residing in the area for at least six months in Muang Tia Subdistrict, Mae Lan District, Pattani Province. A systematic sampling method was used to obtain a sample size of 247 individuals. The data collection instrument was a questionnaire consisting of four parts: personal attributes, health literacy, social support, and health behaviors. The questionnaire underwent content validity testing by three experts and was pilot-tested for reliability using Cronbach's alpha coefficient, which was found to be 0.867. Data were analyzed using Pearson correlation coefficients. The research findings showed that Health literacy scores among hypertensive patients were high (93.33%) ($\overline{X}$ 2.94, S.D.=0.239) Social support scores were also high (98.88%) ($\overline{X}$ =2.90, S.D.=0.302) Health behavior scores were high (88.88%) ($\overline{X}$ =2.88, S.D.=0.323) Correlation analysis revealed that health literacy was significantly correlated with health behavior among hypertensive patients in Muang Tia Subdistrict, Mae Lan District, Pattani Province (r=0.434, P-value<0.001) Social support was also significantly correlated with health behavior among hypertensive patients in Muang Tia Subdistrict, Mae Lan District, Pattani Province (r=0.503, P-value<0.001)

Keywords: Health literacy, Social support, Health behavior, Hypertension

[1] Professional Nurse, Muang Tia Subdistrict Health Promotion Hospital, Mae Lan District, Pattani Province,
E-mail: Bossron@hotmail.com

บทนำ

สถานการณ์โรคความดันโลหิตสูงในจังหวัดปัตตานี พบว่า อัตราป่วยโรคความดันโลหิตสูง มีจำนวนเพิ่มมากขึ้น โดยปี 2565 - 2567 เท่ากับ 567.45, 779.86 และ 931.10 ต่อแสนประชากรตามลำดับ ผู้ป่วยมีอายุระหว่าง 30 - 79 ปี ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตได้ดี ร้อยละ 30.50, 33.18 และ 43.27 ตามลำดับ อัตราผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงตาย 4,588.12, 2,979.08 และ 2,462.88 ต่อแสนประชากรตามลำดับ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปัตตานี, 2568) สำหรับ สถาณการณ์โรคความดันโลหิตสูงในพื้นที่อำเภอแม่ลาน ซึ่งเป็นอำเภอหนึ่งในจังหวัดปัตตานี พบว่า ปี 2565 – 2567 อัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง เท่ากับ 533.97 , 734.76 และ 860.09 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ การควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้ป่วย พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตได้ดี ร้อยละ 46.49, 49.86 และ57.97 อัตราผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงตาย 2746.51, 3043.29 และ 8565.66 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ และพบว่าตำบลม่วงเตี้ย ซึ่งเป็นตำบลหนึ่งในอำเภอแม่ลาน มีอัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง เท่ากับ 9,986.77, 9,961.06 และ 10,078.69 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตได้ดี ร้อยละ 327.27, 33.33 และ 14.29 ตามลำดับ อัตราผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงตาย 4,106.28, 3,669.72 และ 7,446.81 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปัตตานี, 2568)

จากสถานการณ์การเกิดโรคความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นและการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงยังไม่บรรลุเป้าหมายตามที่กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดไว้ และโรคความดันโลหิตสูง (Hypertensive) เป็นหนึ่งในสาเหตุหลักที่ทำให้ประชากรทั่วโลก เสียชีวิตก่อนวัยอันควรและเป็นปัญหาสาธารณสุขที่กำลังมีความรุนแรงมากขึ้น ทั้งในประเทศ เศรษฐกิจเกิดใหม่และที่กำลังพัฒนา ซึ่งโรคความดันโลหิตสูงจะไม่มีสัญญาณเตือนหรืออาการแสดงให้เห็นจึงมักจะถูกเรียกว่าเป็น “ฆาตรกรเงียบ” (Silent Killer)(WHO, 2023) จึงทำให้ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เขตตำบลม่วงเตี้ย อำเภอแม่ลาน จังหวัดปัตตานี ซึ่งข้อมูลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้สามารถนำไปใช้ในการกำหนดหรือออกแบบกิจกรรมในการพัฒนาความรอบรู้ด้านพฤติกรรมสุขภาพ การกำหนดกิจกรรมที่จะพัฒนาให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีความสามารถในการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตของตัวเองให้อยู่ในระดับปกติได้ ลดภาวะความรุนแรงและภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งอาจก่อให้เกิดการใช้ยาลดลง ส่งผลให้ค่าใช้จ่ายทั้งระดับบุคคลและงบประมาณของประเทศลดลงได้ด้วย

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เขตตำบลม่วงเตี้ย อำเภอแม่ลาน จังหวัดปัตตานี

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research Study) โดยกำหนดตัวแปรอิสระ ได้แก่ 1) คุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง 2) ความรอบรู้ด้านสุขภาพ 3) แรงสนับสนุนทางสังคมโดยใช้แนวคิดของ Nutbeam (2000) ตัวแปรตาม ได้แก่ พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เขตตำบลม่วงเตี้ย อำเภอแม่ลาน จังหวัดปัตตานี ดำเนินการวิจัยตั้งแต่เดือนกันยายน 2568 - กุมภาพันธ์ 2569

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์และขึ้นทะเบียนเป็นผู้ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง อาศัยอยู่ในพื้นที่ตำบลม่วงเตี้ย 6 เดือนขึ้นไป จำนวน 540 ราย เกณฑ์การคัดออกคือ ผู้ที่ไม่สามารถให้ข้อมูลได้และย้ายออกนอกพื้นที่ คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตร Daniel (2010) กำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ 95% ค่าความคลาดเคลื่อนสามารถยอมรับได้เท่ากับ 0.05 ได้กลุ่มตัวอย่าง 247 คน ใช้วิธีการสุ่มแบบมีระบบ (Systematic Random Sampling) เพื่อเลือกรายชื่อผู้ป่วยเป็นกลุ่มตัวอย่าง

การสุ่มตัวอย่าง

การสุ่มตัวอย่างใช้วิธีการสุ่มแบบมีระบบ (Systematic Random Sampling) เพื่อเลือกรายชื่อจากทะเบียนรายชื่อผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงตามเกณฑ์คัดเข้า โดยนำรายชื่อผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเรียงลำดับรายชื่อตามตัวอักษร ก ถึง ฮ แล้วคำนวณค่าระยะห่างของการสุ่ม เท่ากับ 2 หลังจากนั้นเริ่มสุ่มหยิบรายชื่อกลุ่มตัวอย่างคนแรกแล้วหยิบรายชื่อกลุ่มตัวอย่างลำดับถัดไปโดยเว้นระยะห่างของรายชื่อเท่ากับ 2 สุ่มหยิบรายชื่อกลุ่มตัวอย่างไปจนครบ จำนวน 247 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลคือ แบบสอบถาม ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา การประกอบอาชีพ รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โรคประจำตัวอื่น ๆ ระยะเวลาการป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ผู้ที่ทำหน้าที่หลักในการดูแล

ส่วนที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีของนัทบีม (Nutbeam, 2000)ประกอบด้วย ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพและบริการสุขภาพ, ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ, การสื่อสารเพิ่มความเชี่ยวชาญทางสุขภาพ, การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ, การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง, การจัดการตนเองให้มีความปลอดภัย ลักษณะข้อคำถามแบบประมาณค่า 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ส่วนที่ 3 แรงสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วย แรงสนับสนุนจากครอบครัว แรงสนับสนุนจากภายนอก แรงสนับสนุนจากบุคลากรสาธารณสุข ลักษณะข้อคำถามแบบประมาณค่า 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ส่วนที่ 4 พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์ การไม่ดื่มสุรา การไม่สูบบุหรี่ การรับประทานยา ลักษณะคำถามแบบประมาณค่า 5 ระดับ คือ ปฏิบัติมากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด

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

แบบสอบถามนี้สร้างขึ้นจากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โดยแบบสอบถามผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน (ค่า IOC ระหว่าง 0.50 - 1.00) หลังจากนั้นนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีคุณสมบัติเหมือนกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน วิเคราะห์หาความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach, 1997) เท่ากับ 0.867

สถิติวิเคราะห์

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment correlation coefficient) โดยพิจารณาค่า p-value ที่มีค่าน้อยกว่า 0.05

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้ดำเนินการขอความเห็นชอบจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปัตตานี เอกสารรับรองเลขที่ RECPTN No.0022/68 รับรองวันที่ 15 กันยายน 2568

ผลการศึกษาวิจัย

ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (60.32%) ช่วงอายุอยู่ระหว่าง 55-75 ปี (75.30%) ($\overline{X}$=64.22, S.D.=9.037, Min=36, Max=86) มีสถานภาพสมรส/คู่และอยู่ด้วยกัน (72.87%) ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (46.56%) ประกอบอาชีพเกษตรกรรม (61.94%) สำหรับรายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือนระหว่าง 4,000 – 8,000 บาท (51.82%) ($\overline{X}$=6,827.13, S.D.=4675.611, Min=2000, Max=30000) สิทธิ์ด้านการรักษาพยาบาลส่วนใหญ่ใช้สิทธิ์หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า(บัตรทอง)(87.85%) ระยะเวลาในการป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง ($\overline{X}$=7.75, S.D.= 4.111, Min=1, Max=18) มีโรคประจำตัวอื่น ๆ ได้แก่ หอบหืด (1.21%) ข้อเข่าเสื่อม(2.43%) ไมเกรน (0.81%) สำหรับผู้ที่ทำหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุเป็นหลักคือ สามีหรือภรรยา (58.30%)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพและบริการสุขภาพ การสื่อสารเพิ่มความเชี่ยวชาญ การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง และการจัดการตนเองให้มีความปลอดภัย ภาพรวมความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง (93.33%) ($\overline{X}$=2.94, S.D.=0.239) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (n=247)

ด้านความรอบรู้	ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ						Mean	S.D.
	สูง		ปานกลาง		ต่ำ			
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ		
1. ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง	221	89.47	26	10.53	-	-	2.89	0.308
2. การเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพและบริการสุขภาพ	237	95.95	10	4.05	-	-	2.96	0.198
3. การสื่อสารเพิ่มความเชี่ยวชาญ	188	76.11	59	23.89	-	-	2.76	0.427
4. การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ	217	87.85	30	12.15	-	-	2.88	0.327
5. การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง	202	81.78	45	18.22	-	-	2.82	0.387
6. การจัดการตนเองให้มีความปลอดภัย	213	86.23	34	13.77	-	-	2.86	0.345
รวม ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	**232**	**93.33**	**15**	**6.07**	-	-	**2.94**	**0.239**

แรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย แรงสนับสนุนจากครอบครัว แรงสนับสนุนจากภายนอก แรงสนับสนับสนุนจากบุคลากรสาธารณสุข ภาพรวมแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง (98.88%) ($\overline{X}$=2.90, S.D.=0.302) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของแรงสนับสนุนทางสังคม ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (n=247)

ด้านแรงสนับสนุนทางสังคม	ระดับแรงสนับสนุนทางสังคม						Mean	S.D.
	สูง		ปานกลาง		ต่ำ			
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ		
1. แรงสนับสนุนจากครอบครัว	227	91.90	26	10.53	-	-	2.92	0.273
2. แรงสนับสนุนจากภายนอก	232	93.93	15	6.07	-	-	2.94	0.239
3. แรงสนับสนุนจากบุคลากรสาธารณสุข	222	98.88	25	10.12	-	-	2.90	0.302
รวมแรงสนับสนุนทางสังคม	222	98.88	25	10.12	-	-	2.90	0.302

พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย พฤติกรรมการรับประทานอาหาร พฤติกรรมการออกกำลังกาย พฤติกรรมการจัดการอารมณ์ พฤติกรรมการดื่มสุราและการสูบบุหรี่ พฤติกรรมการรับประทานยา พฤติกรรมการรับการรักษาตามแผนการรักษา ในภาพรวมข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง (88.26%) ($\overline{X}$=2.88, S.D.=0.323) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมสุขภาพ ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (n=247)

ด้านพฤติกรรมสุขภาพ	ระดับพฤติกรรมสุขภาพ						Mean	S.D.
	สูง		ปานกลาง		ต่ำ			
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ		
1. พฤติกรรมการรับประทานอาหาร	44	17.81	203	82.19	-	-	2.18	0.383
2. พฤติกรรมการออกกำลังกาย	94	38.06	153	61.94	-	-	2.34	0.486
3. พฤติกรรมการจัดการอารมณ์	237	95.95	10	4.04	-	-	2.96	0.198
4. พฤติกรรมการดื่มสุราและการสูบบุหรี่	213	86.23	34	13.77			2.86	0.345
5. พฤติกรรมการรับประทานยา	237	95.95	10	4.05			2.96	0.198

ด้านพฤติกรรมสุขภาพ	ระดับพฤติกรรมสุขภาพ						Mean	S.D.
	สูง		ปานกลาง		ต่ำ			
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ		
6. พฤติกรรมการรับการรักษาตามแผนการรักษา	242	97.98	5	2.02			2.98	0.141
รวม พฤติกรรมสุขภาพ	**218**	**88.26**	**29**	**11.74**	**-**	**-**	**2.88**	**0.323**

ผลการวิเคราะห์ตัวแปรอิสระที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เขตตำบลม่วงเตี้ย อำเภอแม่ลาน จังหวัดปัตตานี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ ความรอบรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง (r=0.434, P-value<0.001) แรงสนับสนุนทางสังคม (r=0.503, P-value<0.001) ตามลำดับ (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพและแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เขตตำบลม่วงเตี้ย อำเภอแม่ลาน จังหวัดปัตตานี

ตัวแปรอิสระ	พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง		
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (r)	P-value	ระดับความสัมพันธ์
ความรอบรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง	**0.434**	**<0.001**	**มีความสัมพันธ์ทางบวก**
- ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง	0.490	<0.001	มีความสัมพันธ์ทางบวก
- การเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพและบริการสุขภาพ	0.244	<0.001	มีความสัมพันธ์ทางบวก
- การสื่อสารเพิ่มความเชี่ยวชาญ	0.356	<0.001	มีความสัมพันธ์ทางบวก
- การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ	0.442	<0.001	มีความสัมพันธ์ทางบวก
- การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง	0.317	<0.001	มีความสัมพันธ์ทางบวก
- การจัดการตนเองให้มีความปลอดภัย	0.365	<0.001	มีความสัมพันธ์ทางบวก
แรงสนับสนุนทางสังคม	**0.503**	**<0.001**	**มีความสัมพันธ์ทางบวก**
- แรงสนับสนุนจากครอบครัว	0.583	<0.001	มีความสัมพันธ์ทางบวก
- แรงสนับสนุนจากภายนอก	0.434	<0.001	มีความสัมพันธ์ทางบวก
- แรงสนับสนุนจากบุคลากรสาธารณสุข	0.295	<0.001	มีความสัมพันธ์ทางบวก

การอภิปรายผลและสรุปผล

ผลการศึกษา พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เขตตำบลม่วงเตี้ย อำเภอแม่ลาน จังหวัดปัตตานี มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r=0.434, P-value<0.001) อธิบายเหตุผลได้ว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดี หมายถึงการเป็นผู้มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพดีเพียงพอ ความรู้ช่วยให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสามารถปรับเปลี่ยนแนวทางการดูแลตัวเองเพื่อลดความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ ลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคแทรกซ้อนจากโรคและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นในระยะยาวซึ่งจำเป็นต่อผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในการพัฒนาทักษะในการดูแลสุขภาพตนเองและส่งผลให้มีการปฏิบัติตนด้านสุขภาพได้อย่างถูกต้อง เนื่องจากผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจะต้องมีความรู้เกี่ยวกับปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นกับตนเอง จากข้อมูลระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่า ร้อยละ 59.92 ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงระยะเวลาเฉลี่ย 4 – 10 ปี ซึ่งอาจทำผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับโรคมากขึ้น (Knowledge increases) เนื่องจากผ่านประสบการณ์การเรียนรู้ การรักษา และการปรับตัวมาอย่างต่อเนื่อง ทำให้เข้าใจถึงสาเหตุ อาการ และวิธีการจัดการโรคได้ ซึ่งตรงกับแนวคิดของ เพลียเซน และคูรูวิลลา (Plesant A. & Kuruvilla S., 2008) นิยามว่า ความสามารถในการค้นหาทำความเข้าใจ วิเคราะห์และใช้ข้อมูลทางสุขภาพในการตัดสินใจได้อย่างถูกต้อง เพื่อให้มีสุขภาพดี และลดความไม่เสมอภาคทางสุขภาพ (กองสุขศึกษา, 2554) สอดคล้องกับแนวคิดของ ดอน นัทบีม (Nutbeam D.; 2000, 2008) นิยามไว้ดังนี้ (1) ความรู้ ความเข้าใจและทักษะทางสังคมที่กำหนดแรงจูงใจและความสามารถเฉพาะบุคคลในการเข้าถึง ทำความเข้าใจและใช้ข้อมูลเพื่อให้เกิดสุขภาพที่ดี รวมทั้งการพัฒนาความรู้และทำความเข้าใจในบริบทด้านสุขภาพ การเปลี่ยนแปลงทัศนคติและแรงจูงใจเพื่อก่อให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมด้วยตนเอง (ปี ค.ศ. 2000) (2) สมรรถนะของบุคคลที่สามารถเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน ใช้ความรู้และสื่อสารเกี่ยวกับสารสนเทศด้านสุขภาพตามต้องการเพื่อส่งเสริมและรักษาสุขภาพที่ดีตลอดชีวิต (ปี ค.ศ.2008) (3) ทักษะทางสังคมและการคิดวิเคราะห์ที่กำหนดแรงจูงใจและความสามารถของบุคคลในการเข้าถึงข้อมูล เข้าใจและใช้ข้อมูลเพื่อส่งเสริมและรักษาสุขภาพ (ปี ค.ศ.2009) (กองสุขศึกษา, 2554) สอดคล้องกับการศึกษาของ ภัทริน แก้วชัย (2567) ที่พบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโดยรวมอยู่ในระดับดีมากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 และบุณย์ลิตา กิจสุดแสง (2565) พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีคะแนนความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงในระดับสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

แรงสนับสนุนด้านสังคมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เขตตำบลม่วงเตี้ย อำเภอแม่ลาน จังหวัดปัตตานี ผลการวิเคราะห์ข้อมูลแรงสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วย แรงสนับสนุนจาก

ครอบครัว แรงสนับสนุนจากภายนอก แรงสนับสนุนจากบุคลากรสาธารณสุข พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r=0.503 , P-value=0.001) อธิบายเหตุผลได้ว่า การที่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้รับความช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร วัตถุสิ่งของและทรัพยากรรวมทั้งการได้รับสนับสนุนทางด้านจิตใจ และกำลังใจจากครอบครัว เพื่อนบ้าน และบุคลากรทางสาธารณสุขนั้น จะทำให้ผู้ป่วยมีความตระหนักต่อความเสี่ยงของโรคและจะส่งผลให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหรือการปฏิบัติตัวตามคำแนะนำที่ถูกต้อง เช่น การควบคุมการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยา การจัดการอารมณ์ การหลีกเลี่ยงการดื่มสุราและบุหรี่ รวมทั้งการรับการรักษาตามแผนการรักษา ดังนั้นแรงสนับสนุนทางสังคมจึงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งสอดคล้องกับ Cobb & House(1976; House, 1981) กล่าวว่า แรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support) คือทรัพยากรที่บุคคลได้รับจากเครือข่ายความสัมพันธ์ทางสังคม ซึ่งรวมถึงความช่วยเหลือทางอารมณ์ ข้อมูลข่าวสาร หรือความช่วยเหลือในทางปฏิบัติ แรงสนับสนุนทางสังคมเป็นกลไกสำคัญที่ช่วยให้บุคคลสามารถปรับตัว จัดการกับปัญหาและสถานการณ์ที่ตึงเครียดต่างๆ ในชีวิตได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในบริบทของสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคมมีบทบาทอย่างมากในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่ดี และลดผลกระทบเชิงลบจากภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง และ Bronfenbrenner (1994) ได้พัฒนาทฤษฎีระบบนิเวศวิทยา (Bronfenbrenner's ecological system theory) ที่เชื่อว่าการเกิดพฤติกรรมไม่สามารถอธิบายได้ด้วยปัจจัยเพียงปัจจัยเดียวโดยปัจจัยที่ก่อให้เกิดพฤติกรรมนั้นเป็นความสัมพันธ์ที่ซับซ้อน ระหว่างปัจจัยภายในตัวบุคคลและปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม บุคคลจะมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมที่อยู่รอบตัวบุคคลมากที่สุด และขยายออกไป รอบ ๆ ตัวบุคคลตั้งแต่ บ้าน โรงเรียน ชุมชน จนถึงโครงสร้างทางสังคมที่ใหญ่ขึ้น Bronfenbrenner ได้แบ่งความสัมพันธ์ที่ซับซ้อนระหว่างระบบบุคคลกับสิ่งแวดล้อมดังกล่าวออกเป็น 4 ระดับ ดังนี้ 1) ระดับจุลภาคหรือระดับเล็ก (Microsystem) เป็นระบบความสัมพันธ์ในระดับแรก ประกอบด้วยตัวของบุคคล ได้แก่ ปัจจัยทางด้านชีวภาพ การเรียนรู้ อารมณ์ ความเชื่อและทัศนคติ ของบุคคล และบุคคลจะมีปฏิสัมพันธ์หรือมีความสัมพันธ์กัน สิ่งแวดล้อมใกล้ ๆ ตัว ได้แก่ ครอบครัว โรงเรียน เพื่อนบ้าน เช่น ความเชื่อหรือ พฤติกรรมของบิดา มารดา ย่อมส่งผลต่อทัศนคติ และการแสดงออกต่อพฤติกรรมหนึ่ง ๆ 2) ระดับกลาง (Mesosystem) เป็นความสัมพันธ์ที่อยู่ถัดออกมาจากตัวบุคคล เป็นความสัมพันธ์ของหน่วยหรือโครงสร้างของระดับ Microsystem ตั้งแต่สองโครงสร้างขึ้นไป โดยระดับเหล่านั้นจะมีความเกี่ยวข้องและมีปฏิสัมพันธ์ต่อพฤติกรรม ตัวอย่างเช่น ความสัมพันธ์ระหว่างบ้านกับโรงเรียน โรงเรียนกับที่ทำงาน 3) ระดับภายนอก (Exosystem) เป็นระดับของความสัมพันธ์ที่อยู่ถัดออกมาอีกชั้นหนึ่ง เป็นระบบของสังคมที่ใหญ่ขึ้นที่บุคคลไม่ได้เข้าไปเกี่ยวข้องโดยตรงหรือสิ่งนั้นไม่ได้ส่งผลกระทบ โดยตรงต่อบุคคล เช่น ชุมชน

สถานที่ทำงาน แหล่งประโยชน์ต่าง ๆ เป็นอิทธิพลที่ได้รับทางอ้อม แล้วส่งผลให้เกิดพฤติกรรมเหล่านั้นขึ้นมา 4) ระดับมหาภาคหรือระดับใหญ่ (Macrosystem) เป็นความสัมพันธ์ที่อยู่นอกสุดของ ระบบนิเวศวิทยา โดยอยู่ห่างไกลออกจากตัวบุคคลมากที่สุด ได้แก่ความเชื่อ ขนบธรรมเนียมประเพณี วัฒนธรรม กฎหมายการเมือง การปกครอง เป็นระบบที่อยู่ไกลจากตัวบุคคล แต่ก็มีผลต่อการเกิดพฤติกรรมในแต่ละบุคคลเช่นเดียวกัน โดยจะเกิดเป็นมาตรการทางสังคมที่คนในสังคมให้การยอมรับ ซึ่งระบบนี้จะมีความเชื่อมโยงและมีความสัมพันธ์กับทั้งสามระบบที่กล่าวมาข้างต้น บุคคลที่อาศัยอยู่ในสังคมและวัฒนธรรมที่แตกต่างกันจึงมีการแสดงออกของพฤติกรรมหนึ่ง ๆ ที่แตกต่างกัน ดังนั้นจะเห็นได้ว่าการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงไม่ได้ขึ้นอยู่กับความมีวินัยของผู้ป่วยเพียงอย่างเดียว แต่เกิดจากปฏิสัมพันธ์ของปัจจัยหลายระดับที่อยู่รอบตัวผู้ป่วย จะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นอย่างยั่งยืนได้ สอดคล้องกับงานวิจัยของ อัจฉรา ขันธสนธิ์และคณะ (2564) ศึกษาผลของโปรแกรมแรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการควบคุมความดันโลหิตสูง และผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยของความดันโลหิตตัวบนและตัวล่าง ก่อนและหลัง ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และสอดคล้องกับงานวิจัยของ จิรานันท์ วงศ์สุวรรณ และคณะ (2563) การสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ อำเภอสูงเม่น จังหวัดแพร่ พบว่า การสนับสนุนทางสังคมโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ $r = 0.847$, $P\text{-value} < 0.05$

ข้อเสนอแนะจากงานวิจัย

1) จากการวิเคราะห์ข้อมูลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เขตตำบลม่วงเตี้ย อำเภอแม่ลาน จังหวัดปัตตานี พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับคู่สมรส บุตร โดยคู่สมรสและบุตรจะมีส่วนช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสารการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมกับการเจ็บป่วยซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงข้อมูลข่าวสารได้ดีขึ้น จึงควรส่งเสริมการมีส่วนร่วมของบุคลลในครอบครัวของผู้ป่วยเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงข้อมูลข่าวสารแนวทางการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องต่อไป

2) ผลการศึกษาครั้งนี้สามารถนำมาใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานเพื่อเป็นแนวทางในการสนับสนุนทางสังคมมาใช้ส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ควรจัดกิจกรรมให้ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงแก่ผู้ป่วย ญาติผู้ดูแลและองค์กรในชุมชนต่างๆ เพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมในการจัดสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อสุขภาพของผู้ป่วย

และมีการจัดกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง ในหลายๆ ช่องทาง เพื่อเพิ่มระดับการรับรู้และส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม

เอกสารอ้างอิง

บุณย์ลิตา กิจสุดแสง, และ เมธาชนัน ขวัญชุม. (2565). ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองและระดับความดันโลหิตของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้. *วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน*, *28*(4), 57–71.

ภัทริน แก้วชัย. (2567). *ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่รับการรักษา ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอพระประแดง จังหวัดสมุทรปราการ*. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี. https://ssjnonthaburi.moph.go.th/nont-oa/

จิรานันท์ วงศ์สุวรรณ, ศิวพร อึ้งวัฒนา, และสุกฤตา สวนแก้ว. (2563). การสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุอำเภอสูงเม่น จังหวัดแพร่. *พยาบาลสาร มหาวิทยาลัยเชียงใหม่*, *47*(3), 267–276.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปัตตานี. (2568). *รายงานสถิติสาสาธารณสุขจังหวัดปัตตานี ปีงบประมาณ 2565 – 2567*. งานข้อมูลสารสนเทศ.

อัจฉรา ขันธสนธิ์, บวรลักษณ์ ทองทวี, และศศิพิมพ์ ไพโรจน์กิจตระกูล. (2565). ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการควบคุมความดันโลหิตสูง และผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม. *วารสารพยาบาลสาร มหาวิทยาลัยเชียงใหม่*, *49*(1), 225–237.

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

Bronfenbrenner, U., & Ceci, S. J. (1994). Nature-nurture reconceptualized in developmental perspective: A bioecological model. *Psychological Review*, *101*(4), 568–586. https://doi.org/10.1037/0033-295X.101.4.568

Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, *38*(5), 300–314. https://doi.org/10.1097/00006842-197609000-00003

Cronbach, L. J. (1990). *Essentials of psychological testing* (5th ed.). Harper & Row.

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

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

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

Nutbeam, D. (2008). The evolving concept of health literacy. *Social Science & Medicine*, *67*(12), 2072–2078. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.09.050

Pleasant, A., & Kuruvilla, S. (2008). A tale of two health literacies: Public health and clinical approaches to health literacy. *Health Promotion International*, *23*(2), 152–159. https://doi.org/10.1093/heapro/dan001

World Health Organization. (2023). *Hypertension*. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hypertension

Received: 5 Jul 2026 ; **Revised:** 20 Jul 2026
Accepted: 27 Jul 2026

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เขตโรงพยาบาลสุขภาพตำบลตันหยงลุโละ อำเภอเมือง จังหวัดปัตตานี

อีริณา เบญอาเหม็ด[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนามีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เขตโรงพยาบาลสุขภาพตำบลตันหยงลุโละ อำเภอเมือง จังหวัดปัตตานี ประชากรคือผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เขตโรงพยาบาลสุขภาพตำบลตันหยงลุโละ อำเภอเมือง จังหวัดปัตตานี ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 จำนวน 504 คน โดยใช้สูตรการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างของ Daniel เท่ากับ 241 คน ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบมีระบบ เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ คุณลักษณะส่วนบุคคล ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ แบบสัมภาษณ์ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน และนำไปทดลองใช้เพื่อวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟ่าครอนบาค เท่ากับ 0.867 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันที่ระดับความเชื่อมั่น 0.05 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง (95.02%) ($\overline{X}$ =2.95, S.D.=0.217) พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง (52.70%) ($\overline{X}$=2.47, S.D.=0.500) ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพของของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เขต โรงพยาบาลสุขภาพตำบลตันหยงลุโละ อำเภอเมือง จังหวัดปัตตานี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพและบริการสุขภาพ (r=0.163*, P-value 0.011) ความรู้ความเข้าใจ (r=0.142*, P-value 0.027) ด้านการสื่อสารเพิ่มความเชี่ยวชาญ (r=0.187**, P-value 0.004) และการจัดการตนเองให้มีความปลอดภัย (r= 0.138*, P-value 0.032) ตามลำดับ และพบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เขต โรงพยาบาลสุขภาพตำบลตันหยงลุโละ อำเภอเมือง จังหวัดปัตตานี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r=0.199*, P-value 0.024)

คำสำคัญ: ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง, ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, พฤติกรรมสุขภาพ

[1] **โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตันหยงลุโละ,** E-mail: Irina55409@gmail.com

Factors associated with health behavior among Hypertension patients in Tanyongluloh Health Promoting Hospital, Mueang District, Pattani Province

Irina Benarmed [1]

Abstract

This Descriptive research aimed to study factors associated with health behavior among Hypertension patients in Tanyongluloh Health Promoting Hospital, Mueang District, Pattani Province. Population in this study consisted of 504 elderlies with Hypertension patients in Tanyongluloh Health Promoting Hospital, Mueang District, Pattani Province. in fiscal year 2025, and the sample size calculating used Daniel formula for 241 cases, Use a systematic sampling method. Data was collected using a questionnaire consisting of three parts: personal characteristics, health literacy, and health behaviors. The interview questionnaire has undergone content validation by three experts and and try out testing reliability by Cronbach's coefficient alpha about 0.867. Data analyzed using statistical as Pearson product moment correlation coefficient with significantly level 0.05. The resulted found that health literacy classified in high level ระดับสูง (95.02%) ($\overline{X}$ =2.95, S.D.=0.217) health behavior classified in moderate level (52.70%) ($\overline{X}$ =2.47, S.D.=0.500) respectively. An association found that factor was positively associated with Hypertension patients in Tanyongluloh Health Promoting Hospital, Mueang District, Pattani Province. with statistic significant 0.05 level including; Access to health information and health services (r=0.163*, P-value 0.011), Knowledge and understanding (r=0.142*, P-value 0.027), Communication to enhance expertise (r=0.187**, P-value 0.004), and Safety-oriented self-management (r=0.138*, P-value 032). respectively. And It was found that health literacy is positively associated with the health behaviors of patients with hypertension. in Tanyongluloh Health Promoting Hospital, Mueang District, Pattani Province. with statistic significant (r=0.199*, P-value 0.024)

Keywords: Hypertension patients, Health literacy, Health behaviors

[1] Tanyongluloh Health Promoting Hospital, E-mail: irina55409@gmail.com

บทนำ

สถานการณ์โรคความดันโลหิตสูงในปี 2567 ประเทศไทยมีผู้ป่วยกว่า 14 ล้านคน หรือประมาณ 1 ใน 4 ของประชากร มีผู้ป่วยเพียง 7 ล้านคนจากที่ขึ้นทะเบียนรักษา องค์การอนามัยโลกได้ตั้งเป้าหมายระดับโลกลดความชุกของโรคความดันโลหิตสูงลง 25% ภายในปี 2573 สำหรับจังหวัดปัตตานี จากรายงานสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปัตตานีพบว่า อัตราป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่มีแนวโน้ม เพิ่มขึ้น ในปี 2565 – 2567 เท่ากับ 567.45, 779.86, 931.10 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปัตตานี, 2568) และในเขตตำบลตันหยงลุโละ อำเภอเมือง จังหวัดปัตตานี พบว่าอัตราผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่มีแนวโน้ม เพิ่มขึ้น เช่นกัน ในปี 2565 – 2567 เท่ากับ 482.95, 865.86, 947.40 ต่อแสนประชากรตามลำดับ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปัตตานี, 2567)

จากแนวโน้มที่เพิ่มขึ้นของโรคความดันโลหิตสูง ส่งผลต่อสุขภาพได้หลายทาง จากการที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงมีสาเหตุจากพฤติกรรมเสี่ยงเช่น การสูบบุหรี่และการดื่มแอลกอฮอล์ และจากความเครียดที่ส่งผลให้พฤติกรรมสุขภาพแย่ลงได้ อีกทั้งผู้ป่วยบางรายที่ไม่มีอาการอาจไม่ทราบว่าตนเองเป็นโรคนี้และขาดความใส่ใจในการดูแลตนเอง เช่น การไม่รับประทานยาตามที่แพทย์สั่ง หรือการไม่ควบคุมอาหาร ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลางแสดงให้เห็นว่า กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงสามารถใช้ทักษะทางสติปัญญาและทักษะทางสังคมส่วนบุคคลในการเข้าถึงและทำความเข้าใจในข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับโรคและการดูแลตนเอง สามารถเจรจาสื่อสารข้อมูลสุขภาพกับบุคลากรทางการแพทย์ รวมทั้งการคิดวิเคราะห์ และตัดสินใจเลือกใช้ข้อมูลที่เหมาะสมและมีการปฏิบัติที่ยังไม่เพียงพอ (ณัฐสิทธิ์ สินโทและคณะ, 2565)

ดังนั้นผู้ วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เขต โรงพยาบาลสุขภาพตำบลตันหยงลุโละ อำเภอเมือง จังหวัดปัตตานี เพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการสร้างโปรแกรมหรือเพื่อพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มผู้ที่มีความเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง เพื่อช่วยลดอัตราการเกิดโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ในพื้นที่ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เขต โรงพยาบาลสุขภาพตำบลตันหยงลุโละ อำเภอเมือง จังหวัดปัตตานี

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research Study) โดยกำหนดตัวแปรอิสระ ได้แก่ 1) คุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง 2) ความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยใช้แนวคิดของ Nutbeam (2000) 3) ตัวแปรตาม ได้แก่ พฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เขตโรงพยาบาลสุขภาพตำบลตันหยงลุโละ อำเภอเมือง จังหวัดปัตตานี ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 จำนวน 504 คน เกณฑ์คัดเข้า คือ อาศัยอยู่ในพื้นที่จริงอย่างน้อย 6 เดือนขึ้นไป ผู้ที่มีสุขภาพร่างกายแข็งแรง โดยได้มีการบอกข้อมูลโครงการวิจัยอย่างครบถ้วน เกณฑ์การคัดออกคือ ผู้ที่ไม่สมัครใจตอบคำถามและเจ็บป่วยในช่วงเก็บข้อมูลจนไม่สามารถให้ข้อมูลได้ คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตร Daniel (2010) กำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ 95% ค่าความคลาดเคลื่อนสามารถยอมรับได้เท่ากับ 0.05 ได้กลุ่มตัวอย่าง 241 คน ใช้วิธีการสุ่มแบบมีระบบ (Systematic Random Sampling) เพื่อเลือกรายชื่อผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เป็นกลุ่มตัวอย่าง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลคือ แบบสัมภาษณ์ ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา การประกอบอาชีพ รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน ระยะเวลาการป่วยเป็นโรค

ส่วนที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ประกอบด้วย ด้านการเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพและบริการสุขภาพ, ด้านความรู้ความเข้าใจ, ด้านการสื่อสารเพิ่มความเชี่ยวชาญ, ด้านการจัดการตนเองให้มีความปลอดภัย, , ด้านการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ ลักษณะข้อคำถามแบบประมาณค่า 5 ระดับคือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย ด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการจัดการอารมณ์ ด้านการรับประทานยา ด้านการรับบริการตรวจตามนัด 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 0.867

สถิติวิเคราะห์

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

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้ดำเนินการขอความเห็นชอบจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปัตตานี เอกสารรับรองเลขที่ RECPTN NO.009/69 ลงวันที่ 23 มีนาคม 2569

ผลการศึกษาวิจัย

ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (70.95) ช่วงอายุอยู่ระหว่าง 52-75 ปี (72.20%) ($\overline{X}$=62.34, S.D.=11.803, Min=32, Max=92) มีสถานภาพสมรส/คู่และอยู่ด้วยกัน (55.60%) และมีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่คู่สมรสถึงแก่กรรม หม้าย/หย่า/แยก (29.29%) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (60.17%) และมีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่ไม่ได้ศึกษา (14.15%) มีเพียง 6.225% ที่จบการศึกษาระดับปริญญาตรีและสูงกว่าปริญญาตรี ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่ว่างงาน/ไม่มีอาชีพ (36.51%) สำหรับรายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน 2,500 - 20,000 บาท (72.2%) ($\overline{X}$=11,532.12, S.D.= 11,682.442, Min=600, Max=70,000) ระยะเวลาการป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง พบว่าส่วนใหญ่ เป็นโรคความดันโลหิตสูงระยะเวลา 1-12 ปี (77.18%) ($\overline{X}$=6.21, S.D.=4.999, Min=1, Max=37)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ภาพรวมมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง (81.74%) ($\overline{X}$ =2.81, S.D.=0.387)เมื่อพิจารณาความรอบรู้ด้านสุขภาพ จำแนกรายด้านที่มีคะแนนในระดับสูง ได้แก่ ด้านการเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพและบริการสุขภาพ ($\overline{X}$=2.95, S.D.=0.217) ด้านความรู้ความเข้าใจ ($\overline{X}$=2.85, S.D.=0.397) ด้านการสื่อสารเพิ่มความเชี่ยวชาญ ($\overline{X}$=2.67, S.D.=0.467) ด้านการจัดการตนเองให้มีความปลอดภัย ($\overline{X}$=2.68, S.D.=0.476) ด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง ($\overline{X}$=2.68, S.D.=0.476) ด้านการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ ($\overline{X}$=3.66, S.D.=0.471) ตามลำดับ (ตามตารางที่ 1)

พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ภาพรวมมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง (52.70%) ($\overline{X}$=2.47, S.D.=0.500) เมื่อพิจารณาพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ จำแนกรายด้านที่มีคะแนนในระดับสูง ได้แก่ การรับประทานอาหาร ($\overline{X}$ =2.62, S.D.=0.493) การจัดการอารมณ์ ($\overline{X}$ =2.62, S.D.=0.569) การรับประทานยา ($\overline{X}$ =2.62, S.D.=0.569) การรับบริการตรวจตามนัด ($\overline{X}$=3.65, S.D.=0.586) ตามลำดับ การปฏิบัติที่มีคะแนนในระดับปานกลาง ได้แก่ การออกกำลังกาย ($\overline{X}$ =2.80, S.D.=0.449) (ตามตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตันหยงลุโละ อำเภอเมือง จังหวัดปัตตานี (n=241)

ตัวแปรอิสระ	ระดับคะแนน						Mean	S.D.
	สูง		ปานกลาง		ต่ำ			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	**197**	**81.74**	**44**	**18.20**	**-**	**-**	**2.81**	**0387**
1. ด้านการเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพและบริการสุขภาพ	229	95.02	12	4.98	-	-	2.95	0.217
2. ด้านความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ	194	80.50	47	19.50	-	-	2.85	0.397
3. ด้านการสื่อสารเพิ่มความเชี่ยวชาญทางสุขภาพ	164	68.05	76	31.54	1	0.41	2.67	0.467
4. ด้านการจัดการตนเองให้มีความปลอดภัย	165	68.46	75	31.12	1	0.41	2.68	0.476
5. ด้านการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ	165	68.46	75	31.12	1	0.41	2.68	0.476
6. ด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง	161	66.80	80	32.20	-	-	2.66	0.471
พฤติกรรมสุขภาพ	**114**	**47.30**	**127**	**52.70**	**-**	**-**	**2.47**	**0.500**
1. พฤติกรรมการรับประทานอาหาร	152	63.07	88	36.51	1	0.41	2.62	0.493
2. พฤติกรรมการออกกำลังกาย	85	34.85	86	35.68	71	29.46	2.05	0.801
3. พฤติกรรมการจัดการอารมณ์	154	63.90	84	34.85	3	1.24	2.62	0.569
4. พฤติกรรมการรับประทานยา	179	74.27	60	24.90	2	0.83	2.734	0.461
5. พฤติกรรมการรับบริการตรวจตามนัด	198	82.16	38	15.77	5	2.07	2.80	0.449

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ความรอบรู้ตัวด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพของของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตันหยงลุโละ อำเภอเมือง จังหวัดปัตตานี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (r=0.199, P-value 0.024) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพของของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เขต โรงพยาบาลสุขภาพตำบลตันหยงลุโละ อำเภอเมือง จังหวัดปัตตานี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพ และบริการสุขภาพ (r=0.163*, P-value 0.011) ความรู้ความเข้าใจ (r=0.142*, P-value 0.027) ด้าน

การสื่อสารเพิ่มความเชี่ยวชาญ (r=0.187**, P-value 0.004) และการจัดการตนเองให้มีความปลอดภัย (r= 0.138*, P-value 0.032) ตามลำดับ

ตารางที่ 2 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่าง ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตันหยงลุโละ อำเภอเมือง จังหวัดปัตตานี

ตัวแปรอิสระ	พฤติกรรมสุขภาพ		
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (r)	P-value	ระดับความสัมพันธ์
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	**0.199***	**0.024**	**มีความสัมพันธ์ทางบวก**
1. ด้านการเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพและบริการสุขภาพ	0.163*	0.011	**มีความสัมพันธ์ทางบวก**
2. ด้านความรู้ความเข้าใจ	0.142*	0.027	**มีความสัมพันธ์ทางบวก**
3. ด้านการสื่อสารเพิ่มความเชี่ยวชาญ	0.187**	0.004	**มีความสัมพันธ์ทางบวก**
4. ด้านการจัดการตนเองให้มีความปลอดภัย	0.138*	0.032	**มีความสัมพันธ์ทางบวก**
5. ด้านการตัดสินใจเลือดปฏิบัติที่ถูกต้อง	0.027	0.680	ไม่พบความสัมพันธ์
6. ด้านการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ	0.083	0.198	ไม่พบความสัมพันธ์

การอภิปรายผลและสรุปผล

จากผลการวิจัยความรอบรู้ด้านสุขภาพ ประกอบด้วย การเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพและบริการสุขภาพ ความรู้ความเข้าใจ การสื่อสารเพิ่มความเชี่ยวชาญ การจัดการตนเองให้มีความปลอดภัย การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ และการตัดสินใจเลือดปฏิบัติที่ถูกต้อง ในภาพรวมความรอบรู้ด้านสุขภาพมีคะแนนความคิดเห็นเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง (81.74%) ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตันหยงลุโละ อำเภอเมือง จังหวัดปัตตานี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r=0.199, P-value 0.024) สามารถอธิบายเหตุผลตามแนวคิดของ Nutbeam ที่กล่าวว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง 1) ความรู้ ความเข้าใจและทักษะ ทางสังคมที่กำหนดแรงจูงใจและความสามารถเฉพาะบุคคลในการเข้าถึง ทำความเข้าใจและใช้ข้อมูล เพื่อให้เกิดสุขภาพที่ดี รวมทั้งการพัฒนาความรู้และทำความเข้าใจในบริบทด้านสุขภาพ เปลี่ยนแปลงทัศนคติและแรงจูงใจเพื่อก่อให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมด้วยตนเอง การ 2) สมรรถนะของบุคคลที่สามารถเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน ใช้ความรู้

และสื่อสารเกี่ยวกับสารสนเทศด้าน สุขภาพตามต้องการเพื่อส่งเสริมและรักษาสุขภาพที่ดีตลอดชีวิต 3) ทักษะทางสังคมและการคิดวิเคราะห์ที่กำหนดแรงจูงใจและความสามารถของบุคคลในการเข้าถึงข้อมูล เข้าใจและใช้ข้อมูลเพื่อส่งเสริมและรักษาสุขภาพ แสดงว่าบุคคลที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับสูงจะส่งผลต่อพฤติกรรมการปฏิบัติตนในเรื่องการดูแลสุขภาพ เนื่องจากมีการเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร มีทักษะในการสื่อสารที่ดี การรู้เท่าทันสื่อ สามารถวิเคราะห์ประเมินเนื้อหาจากสื่อ ตัดสินใจเลือกแนวทางปฏิบัติที่ถูกต้องในการป้องกันและควบคุมโรคและสามารถจัดการตนเองเพื่อป้องกันการเกิดโรคได้ดี มีการสร้างความตระหนักในการช่วยกันป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกให้แก่คนในครอบครัว เพื่อนบ้านและชุมชนได้ ในทางกลับกันบุคคลที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับต่ำมีแนวโน้มที่จะประสบปัญหาสุขภาพได้มากกว่าและมักจะเกิดการเจ็บป่วยและมีสุขภาพที่แย่กว่า (Nutbeam, 2000) โดยสรุป ผลการศึกษาครั้งนี้สนับสนุนแนวคิดของ Nutbeam ที่ว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ โดยเฉพาะทักษะการสื่อสาร การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ ความรู้ความเข้าใจ การจัดการตนเอง และการรู้เท่าทันสื่อ ซึ่งล้วนเป็นองค์ประกอบที่ช่วยให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงสามารถดูแลสุขภาพและควบคุมโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ และสอดคล้องกับแนวคิดของกองสุขศึกษา การรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) หมายถึง ทักษะต่างๆ ทางการรับรู้ทางสังคม ซึ่งเป็นตัวกำหนดแรงจูงใจและความสามารถของปัจเจกบุคคลในการที่จะเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูล ในวิธีการต่าง ๆ เพื่อส่งเสริมและบำรุงรักษาสุขภาพของตนเองให้ดีอยู่เสมอ” (กองสุขศึกษา, 2567) ผลการวิจัยสอดคล้องกับงานวิจัยของ พัชรินทร์ มณีพงศ์, วลัยพร สิงห์จุ้ย, สัญญา สุขขำ, เพ็ชรน้อย ศรีผุดผ่อง (2563) พบว่า คที่ว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพ 3อ 2ส ของประชาชนจังหวัดสุพรรณบุรี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value<0.001) และสอดคล้องกับผลการวิจัยของ ณัฐสิทธิ์ สินโท, วิโรจน์ คาแก้ว, อิสรา จุมมาลี, ธารินี ศรีศักดิ์นอก (2565) พบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงจังหวัดมหาสารคาม (r = 0.279, P-value=0.004) แม้ว่าระดับความสัมพันธ์จะอยู่ในระดับต่ำทั้งสองการศึกษา แต่ผลดังกล่าวสนับสนุนแนวคิดว่าการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยเฉพาะด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ ความรู้ความเข้าใจ การสื่อสาร และการจัดการตนเอง จะช่วยให้ผู้ป่วยและกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมมากขึ้น อันจะนำไปสู่การป้องกันและควบคุมโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ เมื่อพิจารณาความรอบรู้ด้านสุขภาพจำแนกรายด้านที่พบความสัมพันธ์ ประกอบด้วย

ด้านการเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพและบริการสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value < 0.001) สอดคล้องกับแนวคิด Functional Health Literacy ของ Nutbeam ที่เน้นความสามารถในการค้นหาและเข้าถึงข้อมูลสุขภาพที่จำเป็น ผู้ป่วยที่สามารถเข้าถึงข้อมูลจาก

บุคลากรสาธารณสุข สื่อสุขภาพ หรือบริการสุขภาพได้อย่างสะดวก จะมีโอกาสได้รับความรู้และคำแนะนำที่ถูกต้อง ส่งผลให้เกิดการปฏิบัติตนเพื่อควบคุมความดันโลหิตได้อย่างเหมาะสม

ด้านความรู้ความเข้าใจมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.142$, P-value < 0.001) ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิด Functional Health Literacy เช่นเดียวกัน เนื่องจากผู้ป่วยที่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง สาเหตุ ปัจจัยเสี่ยง ภาวะแทรกซ้อน และแนวทางการรักษา จะสามารถปฏิบัติตามคำแนะนำทางสุขภาพได้อย่างถูกต้อง ส่งผลให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมมากขึ้น

ด้านการสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมากที่สุด ($r = 0.187$, P-value < 0.001) ซึ่งสามารถอธิบายได้ตามแนวคิดของ Nutbeam ในระดับ Interactive Health Literacy ที่เน้นความสามารถในการสื่อสาร ซักถาม แลกเปลี่ยนข้อมูล และสร้างความเข้าใจร่วมกับบุคลากรทางการแพทย์ ผู้ป่วยที่มีทักษะการสื่อสารที่ดีจะสามารถสอบถามข้อสงสัยเกี่ยวกับโรค การใช้ยา การควบคุมอาหาร และการออกกำลังกายได้อย่างถูกต้อง ส่งผลให้สามารถนำความรู้ไปปรับใช้ในการดูแลตนเองและมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมมากขึ้น

ด้านการจัดการตนเองให้มีความปลอดภัยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.138$, P-value < 0.001) สอดคล้องกับแนวคิด Interactive Health Literacy ที่เน้นการประยุกต์ใช้ความรู้และทักษะในการจัดการสุขภาพของตนเอง ผู้ป่วยที่สามารถติดตามอาการ รับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ควบคุมอาหาร และเฝ้าระวังปัจจัยเสี่ยงได้อย่างเหมาะสม ย่อมส่งผลต่อการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีและลดโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรค

ข้อเสนอแนะจากงานวิจัย

1) จากข้อมูลระดับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในภาพรวมมีระดับคุณภาพชีวิตปานกลาง ร้อยละ 82.70 โดยเฉพาะพฤติกรรมด้านออกกำลังน้อยที่สุด ดังนั้นบุคลการสาธารณสุขที่รับผิดชอบงานส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ควรมีการรณรงค์จัดกิจกรรรมให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้เข้าร่วมกิจกรรมของการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง เพื่อเป็นการสร้างสุขภาพกายและใจแก่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และเป็นการสนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้มีการช่วยเหลือซึ่งกันและกันทางด้านสุขภาพ

2) ผลการวิเคราะห์ข้อมูลความรอบรู้ด้านสุขภาพพบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงยังมีทักษะด้านการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศน้อยที่สุด ดังนั้น บุคลากรสาธารณสุขควรมีการจัดกิจกรรมเพื่อให้ผู้สูงอายุได้มีทักษะใน

ด้านบริโภคข้อมูลสินค้าและผลิตภัณฑ์ต่างๆ ด้านสุขภาพ ผ่านสื่อต่างๆ โดยใช้กระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ให้แก่ผู้สูงอายุ

3. ผู้วิจัยได้นำตัวแปรที่มีความสัมพันธ์ทางสถิติกับพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มาพัฒนาเป็นโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพเพื่อพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เขต โรงพยาบาลสุขภาพตำบลตันหยงลุโละ อำเภอเมือง จังหวัดปัตตานี โดยนำมาประยุกต์ร่วมกับทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem, 2001) ที่เสนอว่าการดูแลตนเองเป็นกระบวนการที่บุคคลกระทำอย่างจงใจและมีเป้าหมายและใช้แนวคิดการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-efficacy) เพื่อการดูแลตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม (Social support) เพื่อกระตุ้นให้ผู้สูงอายุมีการดูแลสุขภาพตนเองที่ดีขึ้น และเพิ่มระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

เอกสารอ้างอิง

กระทรวงสาธารณสุข. (2566). **ระบบคลังข้อมูลสุขภาพ (Health Data Center)**. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.

กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2567). **ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ตามหลัก 3อ. 2ส. กระทรวงสาธารณสุข**. สืบค้นเมื่อ: 10 มิถุนายน 2568 เข้าถึงได้จาก: https://hed.hss.moph.go.th/

ณัฐสิทธิ์ สินโทและคณะ. (2565). **ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง จังหวัดมหาสารคาม.** สืบค้น: 25 มิถุนายน 2568 เข้าถึงได้จาก: https://he02.tci-thaijo.org/index.php/RDHSJ/article/view/257944/177167

พัชรินทร์ มณีพงศ์ และคณะ (2563**). ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพ 3อ 2ส ของประชาชนจังหวัดสุพรรณบุรี.** สืบค้น: 25 มิถุนายน 2568 เข้าถึงได้จาก: https://he02.tci-thaijo.org/index.php/SNC/article/view/256722

สำนักงานสาธารณสุขปัตตานี. (2568). **รายงานสถานการณ์โรคความดันโลหิตสูง จังหวัดปัตตานี.** ปัตตานี: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปัตตานี

สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย (2567). แนวทางรักษาโรคความดันโลหิตสูง ในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2567. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: พิมพ์ครั้งที่ 1. โรงพิมพ์ ทริค ธิงค์

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. (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

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

Received: 5 Jul 2026 ; **Revised:** 20 Jul 2026
Accepted: 27 Jul 2026

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่คุมระดับน้ำตาลไม่ได้ สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี ตำบลปูยุดอำเภอเมือง จังหวัดปัตตานี

อัชยะห์ เจะยามา [1]

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนามีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่คุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ประชากรคือผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในพื้นที่สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี ตำบลปูยุด อำเภอเมือง จังหวัดปัตตานี จำนวน 321 คน กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตร Daniel ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 193 คน และสุ่มตัวอย่างแบบมีระบบ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสัมภาษณ์ ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ คุณลักษณะส่วนบุคคล ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด แบบสัมภาษณ์ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน และทดลองใช้กับกลุ่มที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน พบว่ามีค่าความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์ทั้งฉบับเท่ากับ 0.820 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการวิจัยพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง (Mean = 4.12, S.D. = 0.269) และพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดโดยรวมมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง (Mean = 3.82, S.D. = 0.318) ความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($r = 0.450$, P-value <0.001) เมื่อพิจารณาความรอบรู้ด้านสุขภาพรายด้าน พบว่า ด้านการเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพและบริการสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลาง ($r = 0.483$, P-value < 0.001) รองลงมา ได้แก่ ด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง ($r = 0.313$, P-value < 0.001) ด้านความรู้ความเข้าใจ ($r = 0.310$, P-value < 0.001) ด้านการจัดการตนเองให้มีความปลอดภัย ($r = 0.247$, P-value < 0.001) และด้านการสื่อสารเพิ่มความเชี่ยวชาญ ($r = 0.149$, P-value=0.039) ตามลำดับ ส่วนด้านการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำมาก แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.069$, P-value=0.340)

คำสำคัญ: ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2, ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, พฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

[1] **พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ, สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติฯตำบลปูยุด,** E-mail: Tonya.cheyama83@gmail.com

Factors Associated with Blood Glucose Control Behaviors among Patients with Uncontrolled Type 2 Diabetes Mellitus at Chaloem Phrakiat 60th Anniversary Nawaminthrachini Health Station, Puyud Subdistrict, Mueang District, Pattani Province

Asiah Cheyama [1]

Abstract

This descriptive research aimed to study the association between health literacy and blood glucose control behaviors among patients with uncontrolled type 2 diabetes mellitus at Chaloem Phrakiat 60th Anniversary Nawaminthrachini Health Station, Puyud Subdistrict, Mueang District, Pattani Province. The population consisted of 321 patients with type 2 diabetes mellitus in the study area. A sample of 193 participants was determined using Daniel's sample size formula and selected by systematic random sampling. The data collection instrument was an interview questionnaire consisting of three sections: personal characteristics, health literacy, and blood glucose control behaviors. The questionnaire was validated for content validity by three experts and pilot-tested among 30 participants with characteristics similar to those of the study sample. The Cronbach's alpha coefficient for the overall questionnaire was 0.820. Data were analyzed using descriptive statistics and Pearson's correlation coefficient, with a statistical significance level of 0.05.

The results showed that overall health literacy was at a high level (Mean = 4.12, S.D. = 0.269), and overall blood glucose control behaviors were also at a high level (Mean = 3.82, S.D. = 0.318). Overall health literacy had a statistically significant moderate positive correlation with blood glucose control behaviors (r = 0.450, P-value< 0.001). Regarding the individual domains of health literacy, access to health information and health services had a moderate positive correlation with blood glucose control behaviors (r = 0.483, P-value< 0.001). Decision-making for appropriate practices (r = 0.313, P-value< 0.001), knowledge and understanding (r = 0.310, P-value< 0.001), self-management for safety (r = 0.247, P-value< 0.001), and communication for enhancing expertise (r = 0.149, P-value = 0.039) had low positive correlations with blood glucose control behaviors, respectively. Media and information literacy had a very low positive correlation with blood glucose control behaviors, but the correlation was not statistically significant (r = 0.069, P-value = 0.340)

Keywords: Type 2 diabetes mellitus, health literacy, blood glucose control behaviors

[1] Registered Nurse, Chaloem Phrakiat 60th Anniversary Nawaminthrachini Health Station, Puyud Subdistrict, Mueang District, Pattani Province, E-mail: Tonya.cheyama83@gmail.com

บทนำ

โรคเบาหวาน (Diabetes Mellitus) เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทั่วโลก และส่งผลกระทบต่อสุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคม องค์การอนามัยโลกรายงานว่า จำนวนผู้ที่มีชีวิตอยู่กับโรคเบาหวานทั่วโลกเพิ่มขึ้นจาก 200 ล้านคนในปี พ.ศ. 2533 เป็น 830 ล้านคนในปี พ.ศ. 2565 และความชุกของโรคเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะในประเทศรายได้ต่ำและปานกลาง โรคเบาหวานยังเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนสำคัญ เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคไตวาย ภาวะตาบอด และการตัดแขนขา (World Health Organization [WHO], 2024)

ประเทศไทยมีแนวโน้มการเกิดโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ผลการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 6 พ.ศ. 2564–2565 พบว่า ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปเป็นโรคเบาหวานร้อยละ 10.7 และในกลุ่มอายุ 35 ปีขึ้นไปพบสูงถึงร้อยละ 15–20 (กรมควบคุมโรค, 2566) ขณะที่ข้อมูลจากระบบคลังข้อมูลสุขภาพแห่งชาติ (Health Data Center: HDC) พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่รับการรักษาในหน่วยบริการปฐมภูมิสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ตามเกณฑ์ HbA1c < 7% เพียงร้อยละ 40 สะท้อนให้เห็นว่าผู้ป่วยมากกว่าครึ่งยังไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ตามเป้าหมาย (กระทรวงสาธารณสุข [HDC], 2566)

สำหรับจังหวัดปัตตานี พบอัตราป่วยด้วยโรคเบาหวานเพิ่มขึ้น โดยในปี พ.ศ. 2566–2568 มีอัตราป่วย 369.33, 431.34 และ 439.07 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ ขณะที่ตำบลปูยุด อำเภอเมือง จังหวัดปัตตานี พบอัตราผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่ในช่วงปีเดียวกันเท่ากับ 247.27, 386.60 และ 422.10 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ และพบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานกว่าร้อยละ 70 ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด (คลินิกเบาหวาน สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติฯตำบลปูยุด,2568) สถานการณ์ดังกล่าวสะท้อนถึงความสำคัญของการส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถจัดการตนเองและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างเหมาะสม

การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดมีความสำคัญต่อการป้องกันและลดความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน โดยพฤติกรรมของผู้ป่วยมีบทบาทสำคัญต่อการควบคุมโรค ทั้งการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยาตามแผนการรักษา การติดตามระดับน้ำตาล และการจัดการความเครียด ทั้งนี้ แนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพของ Nutbeam (2000) อธิบายว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นความรู้ ความเข้าใจ และทักษะทางสังคมที่ช่วยให้บุคคลสามารถเข้าถึง ทำความเข้าใจ ประเมิน และใช้ข้อมูลด้านสุขภาพ เพื่อนำไปสู่การตัดสินใจและการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ดังนั้น ความรอบรู้ด้านสุขภาพจึงอาจเป็นปัจจัยสำคัญที่เกี่ยวข้องกับความสามารถของผู้ป่วยในการดูแลตนเองและควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดดังนั้น การทำความเข้าใจปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดจึงมีความสำคัญต่อการวางแผนบริการสุขภาพที่

เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วย ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่คุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ในพื้นที่รับผิดชอบของสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี ตำบลปูยุด อำเภอเมือง จังหวัดปัตตานี เพื่อนำผลการศึกษาไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสม รวมทั้งเป็นแนวทางในการพัฒนาระบบบริการและการควบคุมโรคเบาหวานในระดับปฐมภูมิต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่คุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ตำบลปูยุด อำเภอเมือง จังหวัดปัตตานี

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) โดยกำหนดตัวแปรอิสระ ได้แก่ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ตามแนวคิดของ Nutbeam (2000) และตัวแปรตาม ได้แก่ พฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่คุมระดับน้ำตาลไม่ได้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตรับผิดชอบของสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติฯ ตำบลปูยุด อำเภอเมือง จังหวัดปัตตานี ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 จำนวน 321 คน เกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ อาศัยอยู่ในพื้นที่จริงอย่างน้อย 6 เดือนขึ้นไป มีสุขภาพร่างกายแข็งแรง อายุไม่เกิน 70 ปี และได้รับการบอกข้อมูลโครงการวิจัยอย่างครบถ้วน ส่วนเกณฑ์การคัดออก ได้แก่ ผู้ที่ไม่สมัครใจตอบคำถาม และผู้ที่เจ็บป่วยในช่วงเก็บข้อมูลจนไม่สามารถให้ข้อมูลได้ คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของ Daniel (2010) กำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95 และค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้เท่ากับ 0.05 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 193 คน จากนั้นใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบมีระบบ (Systematic Random Sampling) เพื่อเลือกรายชื่อผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 193 คน จากประชากรจำนวน 321 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลคือ แบบสัมภาษณ์ ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา การประกอบอาชีพ รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน สิทธิการรักษา โรคประจำตัว ระยะเวลาการป่วยเป็นโรค ภาวะแทรกซ้อนของโรค และการสนับสนุนทางสังคม

ส่วนที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ประกอบด้วย ด้านการเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพและบริการสุขภาพ ด้านความรู้ความเข้าใจ ด้านการสื่อสารเพิ่มความเชี่ยวชาญ ด้านการจัดการตนเองให้มีความปลอดภัย ด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง และด้านการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ประกอบด้วย การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การปฏิบัติตัวและการรับประทานยา และการรับบริการตรวจตามนัด ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติค่อนข้างบ่อย ปฏิบัติบ้างเป็นบางครั้ง ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง และไม่เคยปฏิบัติ

แบบสอบถามส่วนที่ 2 และส่วนที่ 3 ใช้เกณฑ์การแปลผลตามแนวคิดของ Best (1977) แบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับสูง(3.67–5.00 คะแนน) ระดับปานกลาง(2.34–3.66 คะแนน) และระดับต่ำ(1.00–2.33 คะแนน) โดยกำหนดช่วงคะแนนตามเกณฑ์ที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถามสร้างขึ้นจากการศึกษาและทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง และนำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน จากนั้นนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับกลุ่มที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน และคำนวณค่าความเที่ยงของแบบสอบถามโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach’s alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามทั้งฉบับเท่ากับ 0.820

สถิติวิเคราะห์

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson’s Product-Moment Correlation Coefficient) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้ดำเนินการขอความเห็นชอบจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปัตตานี เอกสารรับรองเลขที่ RECPTN No.0006/69 ลงวันที่ 26 กุมภาพันธ์2569

ผลการศึกษาวิจัย

ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 71.50 มีอายุระหว่าง 46–66 ปี ร้อยละ 60.62 โดยมีอายุเฉลี่ย 55.36 ปี (S.D. = 10.158, Min = 35, Max = 70) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส/อยู่ด้วยกัน

ร้อยละ 60.10 รองลงมาคือหม้าย/หย่า/แยก ร้อยละ 25.39 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 37.31 ไม่ได้ศึกษา ร้อยละ 9.84 และมีการศึกษาสูงกว่าระดับปริญญาตรี ร้อยละ 3.63

ด้านการประกอบอาชีพ พบว่าส่วนใหญ่ว่างงาน/ไม่มีอาชีพ ร้อยละ 28.50 มีรายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน 3,000–15,000 บาท ร้อยละ 76.17 โดยมีรายได้เฉลี่ย 7,174.12 บาท (S.D. = 5,497.173, Min = 1,000, Max = 30,000) และส่วนใหญ่ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพ ร้อยละ 74.61 รองลงมาคือสิทธิเบิกได้ ร้อยละ 13.47

ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีระยะเวลาป่วยด้วยโรคเบาหวาน 2–10 ปี ร้อยละ 52.33 โดยมีระยะเวลาป่วยเฉลี่ย 4.88 ปี (S.D. = 4.404, Min = 1, Max = 20) มีค่า HbA1c ≥7% ร้อยละ 92.23 และมีค่า HbA1c <7% ร้อยละ 7.77 โดยมีค่า HbA1c เฉลี่ย 8.44% (S.D. = 1.637, Min = 6, Max = 12)

ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นสามีหรือภรรยา ร้อยละ 37.82 รองลงมาคือบุตร ร้อยละ 29.02 ผู้ป่วยร้อยละ 59.07 มีโรคประจำตัวอื่นร่วมด้วย โดยโรคประจำตัวที่พบมากที่สุดคือโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 43.52ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ภาพรวมอยู่ในระดับสูง (95.85%) โดยมีคะแนนเฉลี่ย 4.12 (S.D.=0.269)

ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 95.85 โดยมีคะแนนเฉลี่ย 4.12 (S.D. = 0.269) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าด้านความรู้ความเข้าใจ ด้านการเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพและบริการสุขภาพ ด้านการสื่อสารเพิ่มความเชี่ยวชาญ ด้านการจัดการตนเองให้มีความปลอดภัย และด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องอยู่ในระดับสูง ส่วนด้านการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศอยู่ในระดับปานกลาง โดยเรียงตามค่าเฉลี่ยจากมากไปน้อย ได้แก่ ด้านความรู้ความเข้าใจ มีคะแนนเฉลี่ย 4.60 (S.D. = 0.447) ด้านการเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพและบริการสุขภาพ มีคะแนนเฉลี่ย 4.35 (S.D. = 0.435) ด้านการสื่อสารเพิ่มความเชี่ยวชาญ มีคะแนนเฉลี่ย 4.19 (S.D. = 0.509) ด้านการจัดการตนเองให้มีความปลอดภัย มีคะแนนเฉลี่ย 4.19 (S.D. = 0.422) ด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง มีคะแนนเฉลี่ย 3.96 (S.D. = 0.443) และด้านการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ มีคะแนนเฉลี่ย 3.48 (S.D. = 0.602) ตามลำดับ (ตารางที่ 1)

ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดโดยรวมอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 76.68 โดยมีคะแนนเฉลี่ย 3.82 (S.D. = 0.318) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าด้านที่อยู่ในระดับสูง ได้แก่ พฤติกรรมการรับบริการตรวจตามนัด มีคะแนนเฉลี่ย 4.24 (S.D. = 0.745) พฤติกรรมการปฏิบัติตัวและการรับประทานยา มีคะแนนเฉลี่ย 4.20 (S.D. = 0.555) และพฤติกรรมการจัดการอารมณ์และความเครียด มีคะแนนเฉลี่ย 3.89 (S.D. = 0.514) ส่วนด้านที่อยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่ พฤติกรรมการรับประทานอาหาร มีคะแนนเฉลี่ย 3.57 (S.D. = 0.457) และพฤติกรรมการออกกำลังกาย มีคะแนนเฉลี่ย 3.31 (S.D. = 0.378) ตามลำดับ (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติฯตำบลปูยุด อำเภอเมือง จังหวัด ปัตตานี (n=193)

ตัวแปรที่ศึกษา	ระดับคะแนน						Mean	S.D.
	สูง		ปานกลาง		ต่ำ			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	**185**	**95.85**	**8**	**4.15**	**0**	**0.00**	**4.12**	**0.269**
1. ด้านการเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพและบริการสุขภาพ	184	95.34	9	4.66	0	0.00	4.35	0.435
2. ด้านความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ	184	95.34	9	4.66	0	0.00	4.60	0.447
3. ด้านการสื่อสารเพิ่มความเชี่ยวชาญทางสุขภาพ	138	71.50	55	28.50	0	0.00	4.198	0.509
4. ด้านการจัดการตนเองให้มีความปลอดภัย	168	87.05	25	12.95	0	0.00	4.197	0.422
5. ด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง	148	76.68	45	23.32	0	0.00	3.96	0.443
6. ด้านการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ	77	39.90	116	60.10	0	0.00	3.48	0.602
พฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด	**148**	**76.68**	**45**	**23.32**	**0**	**0.00**	**3.82**	**0.318**
1. พฤติกรรมการรับประทานอาหาร	88	45.60	102	52.85	3	1.55	3.57	0.457
2. พฤติกรรมการออกกำลังกาย	32	16.58	161	83.42	0	0.00	3.31	0.378
3. พฤติกรรมการจัดการอารมณ์และความเครียด	149	77.20	44	22.80	0	0.00	3.89	0.514
4. พฤติกรรมการปฏิบัติตัวและการรับประทานยา	162	83.94	31	16.06	0	0.00	4.20	0.555
5. พฤติกรรมการรับบริการตรวจตามนัด	169	87.56	19	9.84	5	2.59	4.24	0.745

ตารางที่ 2 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาล ในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 (n=193)

ตัวแปรอิสระ	พฤติกรรมสุขภาพ		
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (r)	P-value	ระดับความสัมพันธ์
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	**0.450**	**<0.001**	**มีความสัมพันธ์ทางบวก**
1.ด้านการเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพและบริการสุขภาพ	0.483	<0.001	มีความสัมพันธ์ทางบวก
2.ด้านความรู้ความเข้าใจ	0.310	<0.001	มีความสัมพันธ์ทางบวก
3.ด้านการสื่อสารเพิ่มความเชี่ยวชาญ	0.149	0.039	มีความสัมพันธ์ทางบวก
4.ด้านการจัดการตนเองให้มีความปลอดภัย	0.247	<0.001	มีความสัมพันธ์ทางบวก
5.ด้านการตัดสินใจเลือดปฏิบัติที่ถูกต้อง	0.313	<0.001	มีความสัมพันธ์ทางบวก
6.ด้านการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ	0.069	0.340	มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำมาก แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

การอภิปรายผลและสรุปผล

จากผลการวิจัยพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพและบริการสุขภาพ ความรู้ความเข้าใจ การสื่อสารเพิ่มความเชี่ยวชาญ การจัดการตนเองให้มีความปลอดภัย การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง และการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ โดยภาพรวมความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 95.85 มีคะแนนเฉลี่ย 4.12 (S.D. = 0.269)

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.450$, P-value < 0.001) ผลการศึกษาดังกล่าวสอดคล้องกับแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพของ Nutbeam (2000) ซึ่งอธิบายว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) เป็นความรู้ ความเข้าใจ และทักษะทางสังคมที่ส่งเสริมแรงจูงใจและความสามารถของบุคคลในการเข้าถึง ทำความเข้าใจ ประเมิน และใช้ข้อมูลด้านสุขภาพ รวมทั้งสามารถสื่อสารและนำข้อมูลไปใช้ในการส่งเสริมและรักษาสุขภาพของตนเอง ความรอบรู้ด้านสุขภาพจึงเป็น

องค์ประกอบสำคัญที่เกี่ยวข้องกับความสามารถของบุคคลในการพัฒนาความรู้ ทัศนคติ และแรงจูงใจ ตลอดจนการตัดสินใจและการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม

ผลการศึกษาครั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับสูงมีความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ทำความเข้าใจข้อมูลเกี่ยวกับโรคและแนวทางการดูแลตนเอง สื่อสารกับบุคลากรสุขภาพ จัดการตนเอง ตัดสินใจเลือกแนวทางปฏิบัติที่เหมาะสม และประเมินความน่าเชื่อถือของข้อมูลจากสื่อต่าง ๆ ซึ่งทักษะดังกล่าวล้วนเกี่ยวข้องกับการนำข้อมูลด้านสุขภาพไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวัน เมื่อพิจารณาผลการศึกษาของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับสูง โดยมีคะแนนเฉลี่ย 4.12 (S.D. = 0.269) ขณะที่พฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดโดยรวมอยู่ในระดับสูงเช่นเดียวกัน โดยมีคะแนนเฉลี่ย 3.82 (S.D. = 0.318) ผลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มตัวอย่างมีแนวโน้มอยู่ในทิศทางเดียวกัน ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ที่พบว่าตัวแปรทั้งสองมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

เมื่อพิจารณาความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นรายด้าน พบว่า ด้านการเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพและบริการสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สูงที่สุด ($r = 0.483$, P-value < 0.001) ผลดังกล่าวสอดคล้องกับลักษณะของทักษะด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ ซึ่งบุคคลต้องสามารถเลือกแหล่งข้อมูล ค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตน และตรวจสอบข้อมูลจากหลายแหล่งจนเกิดความน่าเชื่อถือ

เมื่อพิจารณาข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างเพิ่มเติม พบว่า ผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยสูงในข้อที่สามารถขอคำปรึกษาด้านสุขภาพกับบุคลากรสาธารณสุขหรือผู้ให้บริการด้านสุขภาพได้ ($\bar{X} = 4.54$, S.D. = 0.500) และสามารถค้นหาสถานบริการสุขภาพที่ตรงกับสภาพปัญหาของตนเองและครอบครัวได้ ($\bar{X} = 4.47$, S.D. = 0.540) ทักษะดังกล่าวอาจเป็นส่วนหนึ่งที่สนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถนำข้อมูลและคำแนะนำด้านสุขภาพไปใช้ในการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม

ผลการศึกษายังพบว่า ด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำกับพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.313$, P-value < 0.001) ด้านความรู้ความเข้าใจมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำเช่นกัน ($r = 0.310$, P-value < 0.001) ขณะที่ด้านการจัดการตนเองให้มีความปลอดภัยมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำ ($r = 0.247$, P-value < 0.001) และด้านการสื่อสารเพิ่มความเชี่ยวชาญมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.149$, P-value $= 0.039$)

ส่วนด้านการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.069$, P-value $= 0.340$) สะท้อนว่าในกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา การมีทักษะใน

การเข้าถึงและประเมินข้อมูลจากสื่อเพียงอย่างเดียวอาจไม่เพียงพอต่อการนำข้อมูลไปประยุกต์ใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ทั้งนี้ ผลการศึกษาดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของศิริพร ชุนฉาย และคณะ (2565) ซึ่งพบว่าการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = -0.060, P-value = 0.464) ทั้งนี้ การนำข้อมูลสุขภาพไปประยุกต์ใช้เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอาจต้องอาศัยทักษะด้านอื่นร่วมด้วย เช่น การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ความรู้ความเข้าใจ การสื่อสาร การจัดการตนเอง และการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่เหมาะสม

ผลการศึกษาดังกล่าวสอดคล้องกับงานวิจัยของ ณัฐราช ยะราช (2564) ซึ่งศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานในโรงพยาบาลจุน จังหวัดพะเยา พบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่าผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงมีโอกาสควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดได้ดีกว่า

นอกจากนี้ ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ ฐญา ธนบดีวิวัฒ และรุจิรา ไชยรงศรี (2567) ซึ่งพบว่า ภายหลังการพัฒนารูปแบบการจัดการตนเอง ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมเพิ่มขึ้น และมีระดับ HbA1c ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ จึงไม่สามารถสรุปได้ว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นสาเหตุโดยตรงที่ทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดที่ดีขึ้น แต่สามารถกล่าวได้ว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดมีความสัมพันธ์กันในกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา โดยเฉพาะด้านการเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพและบริการสุขภาพ ซึ่งพบว่ามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดสูงที่สุด

ข้อเสนอแนะจากงานวิจัย

1. ด้านการปฏิบัติ ควรส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยเฉพาะทักษะด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ การตัดสินใจเลือกปฏิบัติ และการจัดการตนเอง เพื่อสนับสนุนพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดที่เหมาะสม

2. ด้านการพัฒนาระบบบริการ หน่วยบริการปฐมภูมิควรพัฒนาช่องทางการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพที่เหมาะสมกับผู้ป่วย รวมทั้งส่งเสริมการสื่อสารและการให้คำปรึกษาอย่างต่อเนื่อง ด้านการวิจัยครั้งต่อไป

3. ควรศึกษาวิจัยเชิงกึ่งทดลองเพื่อพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพและติดตามผลต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด รวมทั้งศึกษาปัจจัยอื่นที่เกี่ยวข้องเพิ่มเติม

เอกสารอ้างอิง

กระทรวงสาธารณสุข. (2566). ระบบคลังข้อมูลสุขภาพ (Health Data Center: HDC). สืบค้นเมื่อ 8 พฤษภาคม 2569 จาก https://hdc.moph.go.th/ptn/public/data-exchange-list

ฐญา ธนบดีวิวัฒ และรุจิรา ไชยรงศรี. (2567). การพัฒนารูปแบบการจัดการตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ โรงพยาบาลนาดูน จังหวัดมหาสารคาม. วารสารวิจัยและพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ, 5(1), 498–512.

ณัฐราช ยะราช และสมชาย จาดศรี. (2564). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานในโรงพยาบาลจุน. รายงานสืบเนื่องจากการประชุมวิชาการระดับชาติ พะเยาวิจัย ครั้งที่ 10, 2034–2046. มหาวิทยาลัยพะเยา.

ปิยนาฏ แซ่ก๋ง. (2566). ความรอบรู้ด้านสุขภาพกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลนาบอน. วารสารวิชาการเพื่อการพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิและสาธารณสุข, 1(3), 59–72.

ศิริพร ชุนฉาย, นพนัฐ จำปาเทศ, กมลทิพย์ ขลังธรรมเนียม, รัชนี นามจันทรา, และอภิรัตน์ อำภามณี. (2565). ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพตาม 3อ.2ส. ของผู้ป่วยโรคเบาหวานร่วมกับโรคความดันโลหิตสูง อำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ. วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล, 38(2), 235–245.

American Diabetes Association Professional Practice Committee. (2024). Facilitating positive health behaviors and well-being to improve health outcomes: Standards of Care in Diabetes—2024. Diabetes Care, 47(Suppl. 1), S77–S110.

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. (2024). Diabetes. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/diabetes

Received: 6 Jul 2026 ; **Revised:** 21 Jul 2026
Accepted: 28 Jul 2026

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลน้ำเค็ม อำเภอตะกั่วป่า จังหวัดพังงา

พนารัตน์ อันติมานนท์ [1]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ประชากรคือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลน้ำเค็ม อำเภอตะกั่วป่า จังหวัดพังงา จำนวน 281 คน โดยใช้สูตรการคำนวณกลุ่มตัวอย่าง ของ Daniel เท่ากับ 172 คน ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบมีระบบ เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ คุณลักษณะส่วนบุคคล ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ แบบสอบถามผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน และนำไปทดลองใช้เพื่อวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟ่าครอนบาค เท่ากับ 0.817 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันที่ระดับความเชื่อมั่น 0.05 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง (55.23%) ($\overline{X}$=4.02, S.D.=0.402) พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง (83.14%) ($\overline{X}$=4.05, S.D.=0.408) ตามลำดับ ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (r=0.187, P-value=0.014) เมื่อพิจารณารายด้านที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่า ด้านการเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพและบริการสุขภาพ (r=0.190, P-value=0.013) ด้านความรู้ความเข้าใจ (r=0.234, P-value=0.002) ด้านการสื่อสารเพิ่มความเชี่ยวชาญ (r=0.209, P-value=0.006) ด้านการจัดการตนเองให้มีความปลอดภัย (r=0.187, P-value=0.014) ตามลำดับ

คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, พฤติกรรมสุขภาพ,โรคความดันโลหิตสูง

[1] โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลน้ำเค็ม อำเภอตะกั่วป่า จังหวัดพังงา, E-mail: Taploy49@gmail.com

Factor associated with health behavior among Hypertension patients in Namkhem Sub-district Health Promoting Hospital, Takuapa District, Phangnga Province.

Panarat Antimanon [1]

Abstract

This descriptive research aimed to study factors related to health behavior among hypertensive patients. The population consisted of 281 registered hypertensive patients in the Nam Khem Sub-district Health Promotion Hospital area, Takua Pa District, Phang Nga Province. A sample size of 172 was calculated using Daniel's formula. Systematic sampling was used. Data were collected using a questionnaire consisting of three parts: personal characteristics, health literacy, and health behavior. The questionnaire underwent content validity testing by three experts and was pilot-tested for reliability using Cronbach's alpha coefficient, which was 0.817. Data were analyzed using Pearson correlation coefficient at a confidence level of 0.05. The results showed that health literacy had a moderate average score (55.23%) ($\overline{x}$=4.02, S.D.=0.402), and health behavior among hypertensive patients had a high average score (83.14%) ($\overline{x}$=4.05, S.D.=0.408). Correlation analysis revealed that health literacy. A statistically significant positive correlation ($p < 0.05$) was found between access to health information and services (r=0.190, P-value=0.013), knowledge and understanding (r=0.234, P-value=0.002), communication and expertise (r=0.209, P-value=0.006), and self-management for safety (r=0.187, P-value=0.014).

Keywords: Health Literacy, Health behaviors, Hypertension

[1] Namkhem Sub-district Health Promoting Hospital, Takuapa District, Phangnga Province., E-mail: Taploy49@gmail.com

บทนำ

สถานการณ์และแนวโน้มของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในประเทศไทย พบว่า โรคความดันโลหิตสูงเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญ 1 ใน 5 ของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายให้มีการดำเนินงานเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง และสถานการณ์โรคความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มว่าจะเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ อันเนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงทางสังคม สิ่งแวดล้อมและวัฒนธรรม ที่ส่งผลให้แบบแผนการดำเนินชีวิตและพฤติกรรมของประชาชนเปลี่ยนแปลงไป ซึ่งถ้าหากไม่ได้รับการดูแลและรักษาอย่างต่อเนื่อง อาจส่งผลทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง โดยเฉพาะโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ กล้ามเนื้อหัวใจหนา กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ภาวะหัวใจวาย ภาวะไตวายเรื้อรัง หลอดเลือดสมองตีบหรือแตก ทำให้เกิดอัมพฤกษ์ อัมพาตตามมา หรืออาจถึงขั้นเสียชีวิตได้ ซึ่งก่อให้เกิดปัญหาทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ การดำเนินชีวิต ภาวะเศรษฐกิจของผู้ป่วย ครอบครัว และประเทศชาติ พบว่าอุบัติการณ์ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงต่อแสนประชากร ในปีงบประมาณ 2566-2568 ดังนี้ 1,168.77, 1,278.93, 1,465.45 ตามลำดับ (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2568)

จังหวัดพังงาพบอุบัติการณ์ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในปีงบประมาณ 2566- 2568 เท่ากับ 16,906.22, 17,420.15, 18,222.17 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ อำเภอตะกั่วป่า จังหวัดพังงา พบอุบัติการณ์ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในปี 2566-2568 เท่ากับ 16,039.04, 16,414.37, 17,234.85 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพังงา, 2568) ในพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลน้ำเค็ม พบอุบัติการณ์ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงต่อแสนประชากรในปีงบประมาณ 2566-2568 เท่ากับ 10,202.42, 10,949.49, 11,640.43 ตามลำดับ ทั้งนี้ พบผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ปีงบประมาณ 2566-2568 เท่ากับ 890.68, 1,171.71, 1,781.27 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ ร้อยละผู้ป่วยที่มีประวัติเป็นโรคความดันโลหิตสูงมีภาวะโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ ปีงบประมาณ 2566-2568 เท่ากับ 1.98, 1.10, 4.62 ตามลำดับ ร้อยละผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่มีสาเหตุจากโรคความดันโลหิตสูง ปีงบประมาณ 2566-2568 เท่ากับ 0.39, 0.36, 40.71 ตามลำดับ (ทะเบียนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลน้ำเค็ม, 2568) และยังพบว่าร้อยละผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี ในปีงบประมาณ 2566–2568 เท่ากับ 60.56, 59.60, 53.30 ตามลำดับ ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนดไว้ กล่าวคือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตที่ได้รับการขึ้นทะเบียน มีระดับความดันโลหิตที่ควบคุมได้ดี มากกว่าเท่ากับร้อยละ 60 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพังงา, 2568)

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลน้ำเค็ม อำเภอตะกั่วป่า จังหวัดพังงา เพื่อนำข้อมูลมาส่งเสริมความสามารถใน

การดูแลตนเอง และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตสูงของตนเองให้อยู่ในระดับปกติ

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลน้ำเค็ม อำเภอตะกั่วป่า จังหวัดพังงา

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research Study) ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือน ธันวาคม พ.ศ.2568 – พฤษภาคม พ.ศ.2569 โดยกรอบแนวคิดกำหนดตัวแปรอิสระ ได้แก่ 1) คุณลักษณะส่วนบุคคล 2) ความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยใช้แนวคิดของ Nutbeam (2000) ตัวแปรตาม ได้แก่ พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลน้ำเค็ม อำเภอตะกั่วป่า จังหวัดพังงา

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลน้ำเค็ม ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 จำนวน 281 คน เกณฑ์คัดเข้าคือ อาศัยอยู่ในพื้นที่จริงอย่างน้อย 6 เดือนขึ้นไป ขึ้นทะเบียนเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลน้ำเค็ม เป็นผู้ป่วยรับยาต่อเนื่อง ไม่ขาดยา ไม่มีรับยาแทน

กลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการสุ่มแบบอาศัยความน่าจะเป็น (Probability sampling) คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตร Daniel (2010) กำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ 95% ค่าความคลาดเคลื่อนสามารถยอมรับได้เท่ากับ 0.05 ได้กลุ่มตัวอย่าง 172 คน ใช้วิธีการสุ่มแบบมีระบบ (Systematic Random Sampling) เพื่อเลือกรายชื่อผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เป็นกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สูตร $K = N/n = 281/172 \approx 1.5$

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล คือ แบบสอบถาม ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา การประกอบอาชีพ รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน โรคประจำตัวอื่น ๆ ระยะเวลาการป่วยด้วยโรค

ส่วนที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ประกอบด้วย การเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพและบริการสุขภาพ ความรู้ความเข้าใจ การสื่อสารเพิ่มความเชี่ยวชาญ การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง การ

จัดการตนเองให้มีความปลอดภัย ลักษณะข้อคำถามแบบประมาณค่า 5 ระดับคือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วยการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การรับประทานยา การพบแพทย์ตามนัด การป้องกันภาวะแทรกซ้อน ลักษณะคำถามแบบประมาณค่า 5 ระดับ คือ 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) ระดับต่ำ (1.00–2.33 คะแนน)

แบบสอบถามนี้สร้างขึ้นจากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา นำแบบสอบถามไปทดลองใช้คำนวณค่าความเที่ยง (Reliability) ด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาค (Cronbach, 1951) เท่ากับ 0.817

การวิเคราะห์ข้อมูล

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

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้ดำเนินการขอความเห็นชอบจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยนอร์เทิร์น เอกสารรับรองเลขที่ NREC 0008/2569 ลงวันที่ 12 มกราคม 2569

ผลการศึกษาวิจัย

ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (71.51%) ช่วงอายุมากสุดอยู่ระหว่าง 50-70 ปี (65.70%) ($\bar{X}$=61.61, S.D.=10.251, Min=34, Max=79) มีสถานภาพสมรส/คู่และอยู่ด้วยกัน (57.56%) ระดับการศึกษาระดับประถมศึกษา (79.07%) รองลงมามัธยมศึกษา/ปวช.(15.12%) ส่วนใหญ่การประกอบอาชีพค้าขาย/เจ้าของกิจการ (24.42%) รองลงมาเลี้ยงดูบุตรหลาน (23.84%) สำหรับรายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน 5,000-15,000บาท (60.47%) ($\bar{X}$=9,843.60, S.D.=6,150.739, Min=3,000, Max=50,000) ประเมินค่าดัชนีมวลกาย (BMI) พบว่า มากกว่า 22.9 (กก./ม.^{2}) (73.226%) ($\overline{X}$ = 26.87, S.D. = 5.301, Min = 16.33, Max =

43.35) มีโรคประจำตัวอื่นๆ ที่มี ไม่มีโรคประจำตัวอื่นๆ(38.37%) รองลงมา โรคไขมันในเลือดสูง (30.81%) ระยะเวลาที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง 5-10 ปี (40.12%) รองลงมาน้อยกว่า 5 (32.56%) ตามลำดับ

ความรอบรู้ด้านสุขภาพประกอบด้วย การเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพและบริการสุขภาพ ความรู้ความเข้าใจ การสื่อสารเพิ่มความเชี่ยวชาญ การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง การจัดการตนเองให้มีความปลอดภัย ภาพรวมมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง (55.23%) ($\overline{X}$=4.02, S.D.=0.402) ตามลำดับ (ตามตารางที่ 1)

พฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วยการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การรับประทานยา การพบแพทย์ตามนัด การป้องกันภาวะแทรกซ้อน ภาพรวมมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง(83.14%) ($\overline{X}$=4.05, S.D.=0.408) ตามลำดับ (ตามตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลน้ำเค็ม อำเภอตะกั่วป่า จังหวัดพังงา (n=172)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	ระดับ						Mean	S.D.
	สูง		ปานกลาง		ต่ำ			
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ		
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	**77**	**44.77**	**95**	**55.23**	**-**	**-**	**4.02**	**0.402**
ด้านการเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพและบริการสุขภาพ	145	84.30	27	15.70	-	-	4.22	0.500
ด้านความรู้ ความเข้าใจ	149	86.63	23	13.37	-	-	4.22	0.513
ด้านการสื่อสารเพิ่มความเชี่ยวชาญ	65	37.79	107	62.21	-	-	4.03	0.584
ด้านการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ	118	68.60	54	31.40	-	-	3.93	0.553
ด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง	67	38.95	98	56.98	7	4.07	3.45	0.663
ด้านการจัดการตนเองให้มีความปลอดภัย	55	31.98	117	68.02	-	-	3.99	0.545
พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง	**143**	**83.14**	**29**	**16.86**	**-**	**-**	**4.05**	**0.408**
การรับประทานอาหาร	55	31.98	113	65.70	4	2.33	3.40	0.616

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	ระดับ						Mean	S.D.
	สูง		ปานกลาง		ต่ำ			
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ		
การออกกำลังกาย	42	24.42	117	68.02	13	7.56	3.40	0.729
การจัดการความเครียด	82	47.67	85	49.42	5	2.91	3.55	0.774
การไม่สูบบุหรี่	155	90.12	13	7.56	4	2.33	4.70	0.719
การไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	152	88.37	13	7.56	7	4.07	4.63	0.822
การรับประทานยา	163	94.77	7	4.07	2	1.16	4.55	0.631
การพบแพทย์ตามนัด	155	90.12	13	7.56	4	2.33	4.55	0.631
การป้องกันภาวะแทรกซ้อน	160	93.00	12	7.00	-	-	4.62	0.537

จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ตามตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ตัวแปรอิสระที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลน้ำเค็ม อำเภอตะกั่วป่า จังหวัดพังงา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (r = 0.187, P-value = 0.014) ด้านการเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพและบริการสุขภาพ (r = 0.190, P-value = 0.013) ด้านความรู้ ความเข้าใจ (r = 0.223, P-value = 0.033) ด้านการจัดการตนเองให้มีความปลอดภัย (r = 0.209, P-value = 0.006) ตามลำดับ (ตามตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ความรอบรู้	พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง		
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (r)	P-value	ระดับความสัมพันธ์
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	0.187	0.014	มีความสัมพันธ์ทางบวก
ด้านการเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพและบริการสุขภาพ	0.190	0.013	มีความสัมพันธ์ทางบวก
ด้านความรู้ ความเข้าใจ	0.234	0.002	มีความสัมพันธ์ทางบวก
ด้านการสื่อสารเพิ่มความเชี่ยวชาญ	0.223	0.003	มีความสัมพันธ์ทางบวก
ด้านการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ	0.097	0.206	ไม่พบความสัมพันธ์

ความรอบรู้	พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง		
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (r)	P-value	ระดับความสัมพันธ์
ด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง	0.059	0.441	ไม่พบความสัมพันธ์
ด้านการจัดการตนเองให้มีความปลอดภัย	0.209	0.006	มีความสัมพันธ์ทางบวก

การอภิปรายผลและสรุปผล

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ประกอบด้วย การเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพและบริการสุขภาพ ความรู้ความเข้าใจการสื่อสารเพิ่มความเชี่ยวชาญ การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง การจัดการตนเองให้มีความปลอดภัย จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลน้ำเค็ม อำเภอตะกั่วป่า จังหวัดพังงา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = 0.187, P-value = 0.014) อธิบายเหตุผลได้ว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีความรอบรู้ระดับสูงจะมีความสามารถในการเข้าใจ เข้าถึง และประยุกต์ใช้ข้อมูลสุขภาพเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและควบคุมความดันโลหิตตนเองได้ดีกว่า ซึ่งตรงกับแนวคิดของดอน นัทบีม (Nutbeam D.; 2000, 2008) นิยามไว้ดังนี้ (1) ความรู้ ความเข้าใจและทักษะทางสังคมที่กำหนดแรงจูงใจและความสามารถเฉพาะบุคคลในการเข้าถึง ทำความเข้าใจและสามารถใช้ข้อมูลเพื่อให้เกิดภาวะสุขภาพที่ดี รวมทั้งการพัฒนาความรู้และทำความเข้าใจในบริบทด้านสุขภาพ การเปลี่ยนแปลงทัศนคติและแรงจูงใจเพื่อก่อให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมกับตนเอง ซึ่งทั้งหมดล้วนเน้นเรื่องสมรรถนะและทักษะของบุคคล ตามคุณลักษณะพื้นฐาน 6 ประการ ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ ความรู้ความเข้าใจ ทักษะการสื่อสาร ทักษะการตัดสินใจ การรู้เท่าทันสื่อและการจัดการตนเอง (2) สมรรถนะของบุคคลที่สามารถเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน ใช้ความรู้และสื่อสารเกี่ยวกับสารสนเทศด้านสุขภาพตามต้องการเพื่อส่งเสริมและรักษาสุขภาพที่ดีตลอดชีวิต (3) ทักษะทางสังคมและการคิดวิเคราะห์ที่กำหนดแรงจูงใจและความสามารถของบุคคลในการเข้าถึงข้อมูล เข้าใจและใช้ข้อมูลเพื่อส่งเสริมและรักษาสุขภาพ (กองสุขศึกษา, 2554) เกษม เวชสุทธานนท์ (2563) ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) หมายถึง กระบวนการทางปัญญาและทักษะทางสังคมที่ก่อเกิดแรงจูงใจและความสามารถของปัจเจกบุคคลที่จะเข้าถึงเข้าใจและใช้ข้อมูลข่าวสารเพื่อนำไปสู่การตัดสินใจที่เหมาะสม นำไปสู่สุขภาวะที่ดีผลลัพธ์คือ เกิดการตัดสินใจด้านสุขภาพที่ดีขึ้นลดพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพ เพิ่มพลังอำนาจด้านสุขภาพของแต่ละบุคคล (Empowerment) สถานะสุขภาพดีขึ้นและลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ภัทริน แก้วชัย (256 7) ทำการศึกษาวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่รับการรักษา ใน

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอพระประแดง จังหวัดสมุทรปราการ พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 กลุ่มตัวอย่างมีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดี และมีพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมในระดับดี เช่นเดียวกัน จิราภรณ์ อริยสิทธิ์ (2566) ด้านความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ พบว่า ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมมีความสัมพันธ์แปรผันตามกับระดับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับระดับพฤติกรรมสุขภาพโดยรวม ด้วยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ 0.15 การศึกษาของ จุลลดา เหมโส (2567) ศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ภาพรวมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (P-value < 0.001, r = 0.793)

เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านการเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพและบริการสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r=0.190, P-value=0.013) อธิบายเหตุผลได้ว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสามารถเลือกแหล่งข้อมูลด้านสุขภาพ และบริการสุขภาพ รู้วิธีการในการค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตนและตรวจสอบข้อมูลจากหลายแหล่ง เพื่อยืนยันความเข้าใจของตนเองจนข้อมูลมีความน่าเชื่อถือสำหรับนำไปใช้ในการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง องค์การอนามัยโลก (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 (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2541) เกษม เวชสุทธานนท์ (2563) การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ (Access skill) หมายถึง การใช้ความสามารถในการเลือกแหล่งข้อมูล รู้วิธีการในการค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตน และตรวจสอบ ข้อมูลจากหลายแหล่ง จนข้อมูลมีความน่าเชื่อถือ อย่างเช่น ท่านสามารถเข้าถึงสถานที่สำหรับการออกกำลังกายได้อย่างสะดวก ทำให้ท่านมีสุขภาพดี ข้อมูลสุขภาพที่ท่านต้องการสามารถค้นหา หรือสอบถามผู้รู้จนได้ข้อมูลที่ถูกต้องทันสมัย เมื่อท่านต้องการข้อมูลสุขภาพเกี่ยวกับการปฏิบัติตนตามหลัก 3อ. 2ส. ท่านสามารถเลือกแหล่งข้อมูลสุขภาพได้ทันที ทำให้สามารถเลือกแหล่งข้อมูลด้านสุขภาพและบริการด้านสุขภาพได้เหมาะสม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ จุลลดา เหมโส (2567) ศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง

ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด พบว่าด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r=0.647 , P-value < 0.001) แตกต่างจากการศึกษาของ นธรรศ น้อยทัน (2567) การเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพและบริการสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในเขตตำบลน้ำอ่าง อำเภอตรอน จังหวัดอุตรดิตถ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value=0.381)

ด้านความรู้ ความเข้าใจ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r=0.234, P-value=0.002) อธิบายเหตุผลได้ว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีความรู้และจำในเนื้อหาสาระสำคัญด้านสุขภาพ สามารถอธิบายถึงความเข้าใจในประเด็นเนื้อหาสาระด้านสุขภาพในการที่จะนำไปปฏิบัติ และสามารถวิเคราะห์เปรียบเทียบเนื้อหา/แนวทางการปฏิบัติด้านสุขภาพได้อย่างมีเหตุผล อิชิคาวาและคณะ (Ishikawa H. et al., 2008) นิยามว่า ความสามารถเฉพาะบุคคลในการเข้าถึง เข้าใจและใช้ข้อมูลทางสุขภาพเพื่อทำให้เกิดการตัดสินใจทางสุขภาพได้อย่างเหมาะสม (กองสุขศึกษา, 2554)

เกษม เวชสุทธานนท์ (2563) ความรู้ ความเข้าใจ (Cognitive skill)หมายถึง ความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับแนวทางการปฏิบัติ อย่างเช่น เข้าใจว่าการรับประทานอาหารครบ 5 หมู่ และลดหวาน มัน เค็ม เป็นการดูแลสุขภาพตามหลัก “อ. อาหาร” เข้าใจว่าการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3–5 วัน วันละประมาณ 30 นาที ช่วยส่งเสริมสุขภาพที่ดี ทราบว่า “3 อ.” หมายถึง อาหาร ออกกำลังกาย และอารมณ์ การมีความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้อง ก็สามารถดูแลตัวเองอย่างเหมาะสม ซึ่งเป็นรากฐานสำคัญของสุขภาพที่ดี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของภัทริน แก้วชัย(2567)ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่รับการรักษา ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอพระประแดง จังหวัดสมุทรปราการ พบว่า ด้านความรู้ความเข้าใจ อยู่ในระดับดีมากร้อยละ 59.9 แตกต่างจากการศึกษาของ นธรรศ น้อยทัน (2567)ด้านความรู้ ความเข้าใจ ไม่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในเขตตำบลน้ำอ่าง อำเภอตรอน จังหวัดอุตรดิตถ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value=0.490) การศึกษาของ จุลลดา เหมโส (2567) ศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด พบว่าด้านความรู้ ความเข้าใจไม่มีความสัมพันธ์ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (r=-0.099, P-value=0.251)

ด้านการสื่อสารเพิ่มความเชี่ยวชาญ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = 0.223, P-value = 0.003) อธิบายเหตุผลได้ว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสามารถสื่อสารข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพด้วยวิธีการพูด อ่าน เสียง ให้บุคคลอื่นเข้าใจ สามารถโน้มน้าวให้บุคคลอื่น

ยอมรับข้อมูลด้านสุขภาพ การสื่อสารข้อมูลสุขภาพเป็นความสามารถในการสื่อสารโดยการพูด อ่าน เขียน รวมทั้งสามารถสื่อสารและโน้มน้าวให้บุคคลอื่นเข้าใจและยอมรับข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตน สามารถซักถามข้อมูลสุขภาพ หรือข้อสงสัยต่างๆ จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้ง่ายขึ้น เนื่องจากสถานบริการสาธารณสุขตั้งอยู่ในหมู่บ้าน การเดินทางสะดวก มีการใช้เทคโนโลยี เช่น โทรศัพท์ แอพลิเคชันไลน์ (Line) ในการรับส่งข้อมูลข่าวสาร ทำให้การสื่อสารสะดวกมากยิ่งขึ้น นอกจากนี้ยังสามารถพูดคุยแลกเปลี่ยนข้อมูลสุขภาพ ความรู้ หรือแนวทางการปฏิบัติตนกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อาสาสมัครประจำครอบครัว เพื่อนบ้านได้ ซึ่งเป็นความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นการมีปฏิสัมพันธ์ เป็นทักษะทางปัญญาและทักษะทางสังคมทำให้มีความสามารถในการดูแลสุขภาพของตนเอง เช่น สอบถามกับผู้ที่มีความรู้ อธิบายความรู้ให้ผู้อื่นเข้าใจ เป็นการเพิ่มความสามารถทางสุขภาพให้สูงขึ้น

คณะกรรมการด้านความฉลาดด้านสุขภาพ สมาคมทางการแพทย์ของอเมริกัน หรือ The Ad Hoc Committee on Health Literacy for the Council on Scientific Affairs of the American Medical Association: AMA (1999) ให้คำจำกัดความว่า “ทักษะทั้งมวลซึ่งรวมทั้งความสามารถพื้นฐานในการอ่านข้อความและการคำนวณตัวเลขเพื่อปฏิบัติตนในการดูแลรักษาสุขภาพ” (กองสุขศึกษา, 2554) อย่างเช่น ท่านฟังคำแนะนำเรื่องสุขภาพ (ตัวอย่าง เช่น ฟังจากบุคลากรทางการแพทย์แล้วเข้าใจดี) ท่านได้บอกต่อ/แนะนำบุคคลอื่นเรื่องการปฏิบัติตัวเพื่อดูแลสุขภาพให้ดีขึ้น เมื่อท่านไม่เข้าใจคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตนตามหลัก 3อ. 2ส. ท่านมักจะถามผู้รู้ทันที ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ นธรรศ น้อยทัน (2567) การสื่อสารข้อมูลสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ในเขตตำบลน้ำอ่าง อำเภอตรอน จังหวัดอุตรดิตถ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value=0.017)

ด้านการจัดการตนเองให้มีความปลอดภัย มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = 0.209, P-value = 0.006) อธิบายเหตุผลได้ว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง สามารถกำหนดเป้าหมายและวางแผนการปฏิบัติ สามารถปฏิบัติตามแผนที่กำหนด มีการทบทวนและปรับเปลี่ยนวิธีการปฏิบัติตนเพื่อให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง สถาบันทางการแพทย์ของอเมริกา หรือ Institute of Medicine: IOM (2004) นิยามว่า “เป็นระดับความสามารถของบุคคลในการได้รับการจัดการ การเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพพื้นฐานที่จำเป็นสำหรับการตัดสินใจที่เหมาะสม” โดยอธิบายว่า Health literacy ขึ้นอยู่กับทักษะของบุคคลในการเผชิญกับสถานการณ์สุขภาพ รวมทั้งยังขึ้นกับปัจจัยด้านระบบดูแลสุขภาพ ระบบการศึกษา ปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรมทั้งที่บ้านที่ทำงานและในชุมชนอีกด้วย (กองสุขศึกษา, 2554) อย่างเช่นท่านได้กำหนดเป้าหมายเรื่องการดูแลสุขภาพตนเอง เช่น การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ท่านสามารถทำแผนการดูแลสุขภาพที่วางไว้ตามหลัก 3อ. 2ส. ท่านมีการจัดสภาพแวดล้อมรอบตัวเองเพื่อให้ท่านปฏิบัติตนเองตามหลัก 3อ.

2ส. ให้ได้มากขึ้นสอดคล้องกับ ศิริพร ชุนฉาย และคณะ (2567) ศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพตาม 3อ.2ส.ของผู้ป่วยโรคเบาหวานร่วมกับโรคความดันโลหิตสูงอำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ พบว่าด้านการเข้าถึง การจัดการตนเองความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = 0.242, P-value = 0.003) แตกต่างจากการศึกษาของนธรรศ น้อยทัน (2567) ด้านการจัดการตนเองให้มีความปลอดภัย ไม่พบมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ในเขตตำบลน้ำอ่าง อำเภอตรอน จังหวัดอุตรดิตถ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value = 0.361)

ข้อเสนอแนะจากงานวิจัย

การพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ควรปรับรูปแบบการให้บริการสุขภาพจากการถ่ายทอดความรู้แบบทางเดียว ไปสู่การเสริมสร้างทักษะการเข้าถึง วิเคราะห์ และประยุกต์ใช้ข้อมูลสุขภาพของผู้ป่วยและญาติ โดยบุคลากรสาธารณสุขควรใช้กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม เช่น การสอนเชิงปฏิบัติ การโค้ชชิ่งรายบุคคล และการใช้สถานการณ์จำลอง เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถนำความรู้ไปใช้ในการควบคุมโรคและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้อย่างยั่งยืน การเสริมพลังครอบครัวและชุมชน ให้เป็นกลไกสนับสนุนสำคัญในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย โดยเน้นการสร้าง “ปัจจัยเสริม” (Reinforcing Factors) เช่น การจัดกิจกรรมกลุ่ม การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และการสร้างต้นแบบสุขภาพในชุมชน เพื่อกระตุ้นและคงไว้ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมอย่างต่อเนื่อง ตลอดถึงการพัฒนาโปรแกรมการจัดการตนเอง (Self-management Program) ควรพัฒนาและทดลองใช้โปรแกรมสุขศึกษาที่เน้นการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยใช้รูปแบบการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ระหว่างกลุ่มที่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้และไม่ได้ อันจะนำไปสู่หลักฐานเชิงประจักษ์ในการพัฒนารูปแบบบริการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ

เอกสารอ้างอิง

กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2567). โรคความดันโลหิตสูง (Hypertension). สืบค้นเมื่อ 1 ธันวาคม 2568, จาก https://ddc.moph.go.th/disease_detail.php?d=52

กรมควบคุมโรค กลุ่มโรคไม่ติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข. (2563). โรคความดันโลหิตสูง (Hypertension). สืบค้นเมื่อ 4 ธันวาคม 2568, จาก https://ddc.moph.go.th/uploads/ckeditor2

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2567). อัตราป่วยรายใหม่ของโรคความดันโลหิตสูงต่อแสนประชากร. สืบค้นเมื่อ 1 ธันวาคม 2568, จาก

https://dashboard.anamai.moph.go.th/dashboard/ht/index?year=2024

กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2554). ความฉลาดทางสุขภาพ (พิมพ์ครั้งที่ 1). บริษัท นิวธรรมดาการพิมพ์ (ประเทศไทย) จำกัด.

เกษม เวชสุทธานนท์. (2563). ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy [HL]). สถาบันพัฒนาสุขภาวะเขตเมือง กรมอนามัย. สืบค้นเมื่อ 15 เมษายน 2569, จาก https://mwi.anamai.moph.go.th/th/mwi-hl/198251

จิราภรณ์ อริยสิทธิ์. (2566). ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในศูนย์สุขภาพชุมชน 5 แห่ง ของโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จังหวัดนครสวรรค์. วารสารวิชาการแพทย์และสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 3, 20(3), 117–123. จาก https://thaidj.org/index.php/smj/article/view/13180

จุลลดา เหมโส. (2567). ความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน, 9(1), 144–152. สืบค้นเมื่อ 15 เมษายน 2569, จาก https://he03.tci-thaijo.org/index.php/ech/article/view/2031

ถาวร มาต้น. (2560). ระเบียบวิธีวิจัยทางสาธารณสุข (พิมพ์ครั้งที่ 2). คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง วิทยาเขตสุโขทัย.

นธรรศ น้อยทัน. (2567). ความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลน้ำอ่าง อำเภอตรอน จังหวัดอุตรดิตถ์. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีนอร์ทเทิร์น, 5(3), 52–64. https://he03.tci-thaijo.org/index.php/scintc/article/view/3321

ภัทริน แก้วชัย. (2567). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่รับการรักษาในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอพระประแดง จังหวัดสมุทรปราการ. เว็บไซต์เผยแพร่ผลงานวิชาการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี. สืบค้นเมื่อ 15 เมษายน 2569, จาก https://ssjnonthaburi.moph.go.th/nont-oa

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลน้ำเค็ม จังหวัดพังงา. (2568). ทะเบียนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง.

ศิริพร ชุนฉาย และคณะ. (2565). ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตาม 3อ.2ส. ของผู้ป่วยโรคเบาหวานร่วมกับโรคความดันโลหิตสูง อำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ. วารสารวิจัยสุขภาพ

และการพยาบาล, 38 (2), 235–245. https://he01.tci thaijo.org/index.php/bcnbangkok/article/view/249087

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. (2541). นิยามศัพท์ส่งเสริมสุขภาพ (ฉบับปรับปรุง). สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. สืบค้นเมื่อ 14 เมษายน 2569, จาก https://hss.moph.go.th/webs/law/fileupload_doc/2021-08-24-12-21-3498427.pdf

สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. (2567). แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป. สืบค้นเมื่อ 5 ธันวาคม 2568, จาก https://thaihypertension.org

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพังงา. (2568). การป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อที่สำคัญ. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพังงา. สืบค้นเมื่อ 1 ธันวาคม 2568, จาก https://hdc.moph.go.th/pna/public/data-exchange-list1 (pngo.moph.go.th

องค์การอนามัยโลก. (2566). ครั้งแรกที่องค์การอนามัยโลกนำเสนอรายงานของผลกระทบอันร้ายแรงจากความดันโลหิตสูงและวิธีหยุดยั้งมัน. สืบค้นเมื่อ 5 ธันวาคม 2568, จาก https://www.who.int/thailand/th/news/detail/19-09-2566-first-who-report-details-devastating-impact-of-hypertension-and-ways-to-stop-it

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.

Ishikawa H. et al.(2008). Patient health literacy and participation in the health-care process. Health Expectations, 11(2), 113–122. https://doi.org/10.1111/j.1369-7625.2008.00497.

Institute of Medicine. (2004). Health literacy: A prescription to end confusion. National Academies Press.

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.

Nutbeam, D. (2008). Health Literacy and adolescents: a framework and agenda for future research. Health Education Research. 23(5). Published by Oxford University Press.

The Ad Hoc Committee on Health Literacy for the Council on Scientific Affairs, American Medical Association. (1999). Health literacy: Report of the Council on Scientific Affairs. Journal of the American Medical Association, 281(6), 552–557.

World Health Organization. (1998). Health promotion glossary. World Health Organization. https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HPR-HEP-98.1

World Health Organization. Hypertension [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2025 [cited; 2025 Dec 5]. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hypertension

Received: 6 Jul 2026 ; Revised: 21 Jul 2026
Accepted: 26 Jul 2026

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกัน โรคเบาหวานของประชาชนกลุ่มเสี่ยง เขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านบางใหญ่ อำเภอตะกั่วป่า จังหวัดพังงา

นางอมรรัตน์ ชูแก้ว [1]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานของประชาชนกลุ่มเสี่ยงในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านบางใหญ่ อำเภอตะกั่วป่า จังหวัดพังงา ประชากรคือกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานอายุ 35 ปีขึ้นไป จำนวน 222 คน โดยใช้สูตรการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างของ Daniel เท่ากับ 148 คน ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบมีระบบ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ประกอบด้วยคุณลักษณะส่วนบุคคล ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวาน ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน และและนำไปทดลองใช้เพื่อวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟ่าครอนบาค เท่ากับ 0.807 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันที่ระดับความเชื่อมั่น ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

ผลการศึกษาพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานอยู่ในระดับสูง (100%) ($\bar{x}$ = 3.00, S.D. = 0.20) พฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานอยู่ในระดับปานกลาง (58.11%) ($\bar{x}$ = 2.41, S.D. = 0.495)ตามลำดับ ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพ ทักษะการสื่อสาร ทักษะการจัดการตนเอง ทักษะการตัดสินใจ และการรู้เท่าทันสื่อมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 (r = 0.204, p-value= 0.013) ตามลำดับ

สรุปได้ว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวาน ดังนั้น หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ และลดความเสี่ยงการเกิดโรคเบาหวานในประชาชนกลุ่มเสี่ยง

คำสำคัญ :ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, พฤติกรรมการป้องกันโรค, โรคเบาหวาน, กลุ่มเสี่ยง

[1] โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านบางใหญ่ อำเภอตะกั่วป่า จังหวัดพังงา, E-mail: amnchu@gmail.com

Factor associated with behavior of diabetes prevention among people at risk in Ban Bang Yai Sub-district Health Promoting Hospital, Takuapa District, Phangnga Province.

Amornrat Chookaew [1]

Abstract

This study aimed to examine factors associated with diabetes prevention behaviors among at-risk populations in the service area of Ban Bang Yai Sub-district Health Promoting Hospital, Takua Pa District, Phang Nga Province. The population consisted of 222 individuals aged 35 years and over who were at risk of diabetes. The sample size was calculated using Daniel's formula, resulting in 148 participants selected through systematic random sampling. Data were collected using a questionnaire consisting of personal characteristics, health literacy, and diabetes prevention behaviors. The instrument was validated for content validity by three experts and pilot-tested for reliability using Cronbach's alpha coefficient, yielding a reliability value of 0.807Data were analyzed using Pearson's product-moment correlation coefficient at the statistical significance level of 0.05.

The results revealed that health literacy among at-risk populations was at a high level (100%) ($\bar{x}$ = 3.00, S.D. = 0.20), while diabetes prevention behaviors were at a moderate level (58.11%) ($\bar{x}$ = 2.41, S.D. = 0.495), respectively. Correlation analysis showed that health knowledge and understanding, communication skills, self-management skills, decision-making skills, and media literacy were positively associated with diabetes prevention behaviors at a statistically significant level of 0.05 (r = 0.204, p-value = 0.013), respectively.

In conclusion, health literacy was an important factor associated with diabetes prevention behaviors. Therefore, relevant organizations should promote health literacy in order to improve health behaviors and reduce the risk of diabetes among at-risk populations.

Keywords: Health literacy, Preventive behavior, Diabetes mellitus, At-risk population

[1] Ban Bang Yai Sub-district Health Promoting Hospital, Takua Pa District, Phang Nga Province, E-mail: amnchu@gmail.com

บทนำ

โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-Communicable Diseases: NCDs) เป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของประเทศไทยและมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และภาวะน้ำหนักเกินหรือโรคอ้วน ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของประชาชน ระบบบริการสุขภาพ และเศรษฐกิจของประเทศ ในช่วงระยะเวลา 20 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ. 2547–2568) พบว่าอัตราการป่วยด้วยโรคเบาหวานของประชาชนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากร้อยละ 9.5 ในปี พ.ศ. 2563 เป็นร้อยละ 10.6 หรือประมาณ 6.1 ล้านคน ขณะเดียวกันประชาชนไทยมีภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนสูงถึงร้อยละ 45 หรือประมาณ 27.4 ล้านคน ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญต่อการเกิดโรคเบาหวาน (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2568) แม้ว่าประเทศไทยจะมีการดำเนินนโยบายและมาตรการในการป้องกันควบคุมโรคเบาหวานอย่างต่อเนื่อง แต่ยังไม่สามารถบรรลุเป้าหมายที่องค์การอนามัยโลกกำหนดไว้ โดยเฉพาะการลดอัตราการเกิดผู้ป่วยรายใหม่ และการเพิ่มสัดส่วนผู้ป่วยที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้อย่างเหมาะสม สถานการณ์ดังกล่าวสะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นในการเน้นมาตรการป้องกันโรคในประชาชนกลุ่มเสี่ยงก่อนเข้าสู่ภาวะป่วยอย่างจริงจัง

จังหวัดพังงาเป็นอีกพื้นที่หนึ่งที่พบปัญหาโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยข้อมูลจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพังงา พบว่าในปี พ.ศ. 2566–2568 จำนวนผู้ป่วยเบาหวานและผู้ป่วยรายใหม่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี โดยในปี พ.ศ. 2567 พบผู้ป่วยเบาหวานจำนวน 14,377 ราย และมีผู้ป่วยรายใหม่ 1,639 ราย คิดเป็นอัตรา 646.02 ต่อแสนประชากร สถานการณ์ดังกล่าวส่งผลให้หน่วยบริการสุขภาพในระดับพื้นที่ต้องแบกรับภาระงานด้านการดูแลรักษาและการป้องกันโรคเพิ่มมากขึ้น ในระดับชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านบางใหญ่ อำเภอตะกั่วป่า จังหวัดพังงา ได้ดำเนินการคัดกรองความเสี่ยงโรคเบาหวานในประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไปอย่างต่อเนื่อง ตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุข ผลการคัดกรองในช่วงปี พ.ศ. 2566–2568 พบว่าจำนวนประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นโดยมีอัตราการป่วยผู้ป่วยเบาหวาน คิดเป็นอัตรา 6,623.44 6,864.32 และ7,180.60 ต่อแสนประชากรและอัตราความชุกผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่ คิดเป็นอัตรา 3,125.00 3,164.55 และ3,301.88 ต่อแสนประชากรแม้จะมีการให้สุขศึกษาและคำแนะนำด้านสุขภาพตามมาตรฐานบริการแล้วก็ตาม

จากการติดตามผลการดำเนินงานพบว่า ประชาชนกลุ่มเสี่ยงจำนวนหนึ่งยังไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างยั่งยืน บางรายมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้นจนเข้าสู่ภาวะป่วยโรคเบาหวาน สถานการณ์ดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่า การให้ความรู้เพียงอย่างเดียวอาจไม่เพียงพอในการส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานอย่างมีประสิทธิภาพ และยังมีปัจจัยอื่น ๆ ได้แก่ด้านคุณลักษณะส่วนบุคคลและความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานของประชาชนกลุ่มเสี่ยงในบริบทพื้นที่ดังนั้น ผู้วิจัย

จึงมีความสนใจศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานของประชาชนกลุ่มเสี่ยง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านบางใหญ่ อำเภอตะกั่วป่า จังหวัดพังงา โดยประยุกต์ใช้แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model: Rosenstock, 1974)ร่วมกับแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพของ Nutbeam (2000)เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงประจักษ์ที่สามารถนำไปใช้ในการวางแผนและพัฒนารูปแบบกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเบาหวานให้เหมาะสมกับบริบทของชุมชนต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานของประชาชนกลุ่มเสี่ยง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านบางใหญ่ อำเภอตะกั่วป่า จังหวัดพังงา

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research study)ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนธันวาคมพ.ศ. 2568ถึง พฤษภาคมพ.ศ.2569โดยกำหนดกรอบแนวคิด ประกอบด้วย ตัวแปรอิสระ คือคุณลักษณะส่วนบุคคลและความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยใช้แนวคิดของ(Rosenstock, 1974)ร่วมกับแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพของ Nutbeam (2000) ตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานของประชาชนกลุ่มเสี่ยงอาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านบางใหญ่ อำเภอตะกั่วป่า จังหวัดพังงา

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้คือ ประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานอายุ 35 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการคัดกรองและจัดอยู่ในกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน อาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านบางใหญ่ อำเภอตะกั่วป่า จังหวัดพังงา อย่างน้อย 6 เดือน จำนวน 222 คน(สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพังงา, 2568) เกณฑ์คัดเข้า คือ ประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและหญิง ที่มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้าน อาศัยอยู่ในพื้นที่จริงอย่างน้อย 6 เดือนเกณฑ์การคัดออก คือ ผู้ไม่สมัครใจตอบคำถาม และเจ็บป่วยในช่วงเก็บข้อมูลจนไม่สามารถให้ข้อมูลได้คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตร Daniel (2010)กำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ 95% ค่าความคลาดเคลื่อนสามารถยอมรับได้เท่ากับ 0.05ได้กลุ่มตัวอย่าง 148 คน ใช้วิธีการสุ่มแบบมีระบบ (Systematic Random Sampling)เพื่อเลือกประชาชนกลุ่มเสี่ยงเป็นกลุ่มตัวอย่าง

การสุ่มตัวอย่าง

การสุ่มตัวอย่างใช้วิธีการสุ่มแบบอาศัยความน่าจะเป็น (Probability sampling) โดยจัดสรรกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนประชากรกลุ่มเสี่ยงในแต่ละหมู่บ้าน จากประชากรทั้งหมด 222 คน ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 148 คน

จากนั้นทำการสุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการสุ่มแบบมีระบบ (Systematic random sampling) โดยเรียงรายชื่อประชาชนกลุ่มเสี่ยงตามลำดับตัวอักษร และคำนวณช่วงการสุ่ม (K) โดยใช้สูตร $K = N / n = 222 / 148 \approx 1.5$แล้วคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามช่วงการสุ่มที่กำหนดจนครบตามจำนวนที่ต้องการ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย 3 ส่วน

ส่วนที่ 1คุณลักษณะส่วนบุคคล เป็นข้อคำถามแบบปลายปิดและเติมคำลงในช่องว่างจำนวน 10 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา การประกอบอาชีพ รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน ดัชนีมวลกาย สิทธิการรักษาพยาบาล โรคประจำตัว และประวัติญาติสายตรงเป็นโรคเบาหวาน

ส่วนที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3อ 2ส การตรวจสุขภาพโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีของดอน นัทบีม (Nutbeam, 2000)ประกอบด้วย การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ ความรู้ความเข้าใจ ทักษะการสื่อสาร ทักษะการจัดการตนเอง ทักษะการตัดสินใจ การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบตามระดับความคิดเห็น 5 ระดับคือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง 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)

ส่วนที่ 3พฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ 2สจำนวน 31 ข้อ ครอบคลุมด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การดื่มสุราและเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และการตรวจสุขภาพประจำปี ลักษณะข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ให้ผู้ตอบเลือกตอบ ดังนี้ ปฏิบัติมากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุดแบบสอบถามส่วนที่ 2, 3 ใช้เกณฑ์การแปลผลตามแนวคิดของ เบสท์ (Best John W, 1977)ข้อแบ่งเป็น 3 ระดับคือ 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) ด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาค (Cronbach, 1997) เท่ากับ 0.807

การวิเคราะห์ข้อมูล

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

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยฉบับนี้ได้ผ่านการรับรองให้ทำวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของวิทยาลัยนอร์ทเทิร์นอำเภอเมือง จังหวัดตาก เอกสารรับรองเลขที่ NREC 0011/2569 ลงวันที่ 12 มกราคม 2569

ผลการศึกษาวิจัย

ประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (82.43%) มีอายุอยู่ระหว่าง 40–65 ปี มากที่สุด (66.89%) ($\overline{X}$ = 52.81, S.D. = 11.214, Min = 35, Max = 79) มีสถานภาพสมรส/คู่/อยู่ด้วยกัน (66.22%) ระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับมัธยมศึกษา/ปวช. (46.62%) รองลงมาคือระดับประถมศึกษา (38.51%)ด้านการประกอบอาชีพ พบว่า ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม (38.51%) รองลงมาคือ รับจ้างทั่วไป (21.62%) และค้าขาย/เจ้าของกิจการ (16.89%) รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือนส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 5,000–30,000 บาท (89.86%) ($\overline{X}$ = 15,933 บาท, S.D. = 9,623.54, Min = 3,000, Max = 60,000)ด้านภาวะโภชนาการจากค่าดัชนีมวลกาย (BMI) พบว่า ส่วนใหญ่มีค่า BMI มากกว่า 22.9 (72.30%) ($\overline{X}$ = 25.65, S.D. = 4.522, Min = 16, Max = 44) สิทธิด้านการรักษาพยาบาลส่วนใหญ่ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง ไม่จ่ายเงิน) (83.8%)สำหรับภาวะสุขภาพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว (82.43%) และไม่มีญาติสายตรงเป็นโรคเบาหวาน (71.6%)

ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานประกอบด้วย การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ, ความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพ, ทักษะการสื่อสาร, ทักษะการจัดการตนเอง, ทักษะการตัดสินใจและการรู้เท่าทันสื่อ ในภาพรวมของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 100)($\overline{X}$ =3.00, S.D.=0.20)ตามลำดับ (ตามตารางที่ 1)

ระดับพฤติกรรมสุขภาพ ตามหลัก 3 อ 2ส การตรวจสุขภาพประกอบด้วย การรับประทานอาหารการออกกำลังกายความเครียด และการจัดการความเครียดการสูบบุหรี่การดื่มสุรา และเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์และการตรวจสุขภาพประจำปี ในภาพรวมพฤติกรรมสุขภาพ ตามหลัก 3 อ 2ส การตรวจสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง (58.11%) ($\overline{X}$ =2.41, S.D.=0.495) ตามลำดับ (ตามตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน (n=148)

ตัวแปรอิสระ	ระดับ						Mean	S.D.
	สูง		ปานกลาง		ต่ำ			
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ		
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	**148**	**100.0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**3.00**	**0.20**
การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ และบริการสุขภาพ	142	95.95	6	4.05	0	0	2.95	0.197
ความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพ	124	83.78	24	16.22	0	0	2.83	0.369
ทักษะการสื่อสาร	146	98.65	2	1.35	0	0	2.98	0.115
ทักษะการจัดการตนเอง	144	97.30	4	2.70	0	0	2.97	0.162
ทักษะการตัดสินใจ	140	94.59	8	5.41	0	0	2.94	0.226
การรู้เท่าทันสื่อ	146	98.65	2	1.35	0	0	2.98	0.115
พฤติกรรมสุขภาพ	**62**	**41.89**	**86**	**58.11**	**0**	**0**	**2.41**	**0.495**
การรับประทานอาหาร	14	9.46	129	87.16	5	3.38	2.06	0.354
การออกกำลังกาย	65	43.92	73	49.32	10	6.76	2.37	0.609
ความเครียด และการจัดการความเครียด	80	54.05	68	45.95	0	0	2.54	0.500
การสูบบุหรี่	123	83.11	9	6.08	7	4.73	2.83	0.490
การดื่มสุรา และเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์	115	77.70	14	9.46	9	6.08	2.76	0.557

จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ตามตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ตัวแปรอิสระที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านบางใหญ่ อำเภอตะกั่วป่า จังหวัดพังงาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05ได้แก่ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ((r=0.204, p-value<0.013) ตามลำดับ

ตารางที่ 2 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพ กับพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านบางใหญ่ อำเภอตะกั่วป่า จังหวัดพังงา

ปัจจัย	ประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน		
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ®	p-value	ระดับความสัมพันธ์
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	**0.204***	**0.013**	**มีความสัมพันธ์ทางบวก**
-การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ	0.155	0.061	ไม่มีความสัมพันธ์
-ความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพ	0.183*	0.026	มีความสัมพันธ์ทางบวก
-ทักษะการสื่อสาร	0.221*	0.007	มีความสัมพันธ์ทางบวก
-ทักษะการจัดการตนเอง	0.171*	0.038	มีความสัมพันธ์ทางบวก
-ทักษะการตัดสินใจ	0.172*	0.037	มีความสัมพันธ์ทางบวก
-การรู้เท่าทันสื่อ	0.209*	0.011	มีความสัมพันธ์ทางบวก

หมายเหตุ* ค่าระดับนัยสำคัญ น้อยกว่า 0.05, ** ค่าระดับนัยสำคัญ น้อยกว่า 0.01

การอภิปรายผล

ความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ประกอบด้วย การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ ความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพ ทักษะการสื่อสาร ทักษะการจัดการตนเอง ทักษะการตัดสินใจ และการรู้เท่าทันสื่อ โดยความรอบรู้ด้านสุขภาพส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง (100%) ($\bar{x}$ = 3.00, S.D. = 0.20) สามารถอธิบายเหตุผลได้ว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับดี อย่างไรก็ตาม ลักษณะข้อมูลดังกล่าวอาจเกิดจากปรากฏการณ์ Ceiling effect กล่าวคือ แบบวัดมีระดับคะแนนที่กระจุกตัวอยู่ในระดับสูง ส่งผลให้การกระจายของข้อมูลมีค่าน้อย และอาจทำให้ความสามารถในการจำแนกความแตกต่างระหว่างบุคคลซึ่งอาจเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ที่พบอยู่ในระดับต่ำจากผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานของประชาชนกลุ่มเสี่ยงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = 0.204, p-value= 0.013) อธิบายได้ว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้บุคคลสามารถเข้าถึง ทำความเข้าใจ และนำข้อมูลด้านสุขภาพไปใช้ในการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม เช่น การเลือกรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Nutbeam

(2000) ที่กล่าวว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นความสามารถในการเข้าถึง ทำความเข้าใจ ประเมิน และใช้ข้อมูลด้านสุขภาพเพื่อการตัดสินใจที่เหมาะสมเกี่ยวกับสุขภาพของตนเองโดยรวมแล้วผลการวิจัยครั้งนี้สนับสนุนสมมติฐานที่ตั้งไว้ กล่าวคือ ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ แต่มีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นถึงแนวโน้มที่สำคัญในการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ จิรชยา คำจันทร์ และคณะ (2567) ที่พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.37$, p-value<0.001) และสามารถอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานได้ร้อยละ 13.70 นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ ยุวดี รอดจากภัย และคณะ (2564) ที่พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพและการรับรู้ความสามารถของตนเองมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญ ($r = 0.45$, p-value<0.001) ผลการศึกษาดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญที่มีบทบาทต่อการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยง ซึ่งมีส่วนช่วยลดโอกาสในการเกิดโรคเบาหวานในอนาคต แต่ผลการศึกษาครั้งนี้แตกต่างจากการศึกษาของ Saeed Tajik และคณะ (2019) ที่ศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนในชุมชน พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อาจเกิดจากความแตกต่างของบริบทพื้นที่ศึกษา ระดับการศึกษา และลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งอาจส่งผลต่อการนำข้อมูลสุขภาพไปใช้ในการปฏิบัติจริง

ด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value= 0.061) อธิบายได้ว่า แม้ว่าประชาชนจะสามารถเข้าถึงข้อมูลสุขภาพหรือบริการสุขภาพได้ แต่การเข้าถึงข้อมูลเพียงอย่างเดียวอาจยังไม่เพียงพอที่จะทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้จริง จำเป็นต้องมีองค์ประกอบอื่นร่วมด้วย เช่น ความเข้าใจในข้อมูล ความสามารถในการนำไปใช้ และแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพเมื่อพิจารณาผลการวิเคราะห์รายข้อของการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่สามารถเข้าถึงข้อมูลสุขภาพจากแหล่งต่าง ๆ ได้ค่อนข้างดี โดยข้อคำถามที่มีค่าเฉลี่ยสูง ได้แก่ การได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพจากบุคลากรสาธารณสุข และการสามารถเข้ารับบริการสุขภาพจากสถานบริการสาธารณสุขในพื้นที่ได้สะดวก แต่ผลการศึกษาครั้งนี้ แตกต่างจากการศึกษาของ Noo-in และคณะ (2567) ที่พบว่า การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ และบริการสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.05)

ด้านความรู้ความเข้าใจ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.183$, p-value= 0.026) อธิบายได้ว่า เมื่อประชาชนมีความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเบาหวาน

เช่น สาเหตุ ปัจจัยเสี่ยง และวิธีการป้องกันโรค จะสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเองได้อย่างเหมาะสมมากขึ้น เมื่อพิจารณาผลการวิเคราะห์รายข้อของความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานในระดับค่อนข้างดี โดยข้อคำถามที่มีค่าเฉลี่ยสูง ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับสาเหตุและปัจจัยเสี่ยงของโรคเบาหวาน รวมถึงความรู้เกี่ยวกับแนวทางการป้องกันโรค เช่น การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยง ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ วลัยลักษณ์ สิทธิบุณ และสุทธินี ประทานทรง (2565) ที่พบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานของกลุ่มเสี่ยงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($R = 0.46$, p-value< 0.001) โดยระบุว่า บุคคลที่มีความรู้ด้านสุขภาพมาก จะมีแนวโน้มในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคได้ดีกว่าบุคคลที่มีความรู้ต่ำแต่ผลการศึกษาครั้งนี้แตกต่างจากการศึกษาของ Nutbeam(2008) ที่พบว่า ความรู้ด้านสุขภาพเพียงอย่างเดียวไม่สามารถทำนายพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลได้อย่างชัดเจน เนื่องจากพฤติกรรมสุขภาพยังได้รับอิทธิพลจากปัจจัยอื่น เช่น แรงจูงใจ การสนับสนุนทางสังคม และสภาพแวดล้อมทางสุขภาพ

ด้านทักษะการสื่อสาร มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.221$, p-value$= 0.007$) อธิบายได้ว่า บุคคลที่สามารถสื่อสารและแลกเปลี่ยนข้อมูลสุขภาพกับบุคลากรสาธารณสุข หรือบุคคลในครอบครัวได้ดี จะมีความเข้าใจในการดูแลสุขภาพและสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างเหมาะสมเมื่อพิจารณาผลการวิเคราะห์รายข้อของทักษะการสื่อสาร พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีทักษะในการสื่อสารด้านสุขภาพในระดับค่อนข้างดี โดยข้อคำถามที่มีค่าเฉลี่ยสูง ได้แก่ การสามารถสอบถามข้อมูลสุขภาพจากบุคลากรสาธารณสุขเมื่อมีข้อสงสัย และการสามารถพูดคุยแลกเปลี่ยนข้อมูลด้านสุขภาพกับบุคคลในครอบครัวหรือคนใกล้ชิด ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ ศิริญญา จันทโกต (2567) ที่พบว่าการสนับสนุนทางสังคมและการมีส่วนร่วมของชุมชนมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญ ($r = 0.42$, p-value< 0.001) แต่ผลการศึกษาครั้งนี้แตกต่างจากการศึกษาของ Michael Paasche-Orlow และคณะ (2010) ที่พบว่า ทักษะการสื่อสารด้านสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์โดยตรงกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของประชาชน แต่มีบทบาทเป็นปัจจัยสนับสนุนในการรับรู้ข้อมูลสุขภาพเท่านั้น ซึ่งอาจแตกต่างจากบริบทของพื้นที่ศึกษาในครั้งนี้

ด้านทักษะการจัดการตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.171$, p-value$= 0.038$) บุคคลที่สามารถจัดการพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง เช่น การควบคุมอาหาร การจัดเวลาออกกำลังกาย และการดูแลสุขภาพ จะมีแนวโน้มในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคเบาหวานได้ดีขึ้นผลการศึกษานี้เมื่อพิจารณาผลการวิเคราะห์รายข้อของทักษะการจัดการตนเอง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความสามารถในการจัดการพฤติกรรมสุขภาพของตนเองในระดับค่อนข้างดี โดยข้อคำถามที่มีค่าเฉลี่ยสูง

ได้แก่ การพยายามควบคุมพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง เช่น การหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ การลดการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการพยายามดูแลสุขภาพของตนเองเมื่อมีอาการผิดปกติ การศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Noo-in และคณะ (2567) ที่พบว่า การจัดการตนเองเป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคเบาหวานของประชาชนในชุมชนแต่ผลการศึกษาครั้งนี้ยังมีความแตกต่างจากการศึกษาของสุวรรณา จันทร์ทองและคณะ (2563)ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานของประชาชนกลุ่มเสี่ยง พบว่า ทักษะการจัดการตนเองไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากบริบทของพื้นที่ศึกษาและลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่แตกต่างกัน เช่น ระดับการศึกษา รูปแบบการดำเนินชีวิต และการได้รับการสนับสนุนด้านสุขภาพจากบุคลากรสาธารณสุขความแตกต่างของผลการวิจัยดังกล่าวอาจเกิดจากปัจจัยด้านบริบทของชุมชน และระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนในแต่ละพื้นที่ที่แตกต่างกัน ซึ่งอาจส่งผลต่อความสามารถในการจัดการพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง รวมทั้งวิธีการวัดตัวแปรและเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลที่แตกต่างกันในแต่ละการศึกษา

ด้านทักษะการตัดสินใจ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.172$, p-value= 0.037) อธิบายได้ว่า การที่ประชาชนสามารถตัดสินใจเลือกพฤติกรรมที่เหมาะสม เช่น การเลือกรับประทานอาหารที่ดีต่อสุขภาพ การหลีกเลี่ยงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ หรือการเข้ารับการตรวจสุขภาพอย่างสม่ำเสมอ จะช่วยส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานที่ดีขึ้นผลการศึกษานี้สามารถอธิบายได้ว่า ทักษะการตัดสินใจเป็นองค์ประกอบสำคัญของความรอบรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งช่วยให้บุคคลสามารถวิเคราะห์ข้อมูลด้านสุขภาพ เปรียบเทียบทางเลือก และเลือกแนวทางที่เหมาะสมต่อการดูแลสุขภาพของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงของโรคเบาหวานได้เมื่อพิจารณาผลการวิเคราะห์รายข้อของทักษะการตัดสินใจ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความสามารถในการตัดสินใจด้านสุขภาพในระดับสูง โดยข้อคำถามที่มีค่าเฉลี่ยสูง ได้แก่ การตัดสินใจไปพบแพทย์หรือบุคลากรสาธารณสุขเมื่อมีอาการเจ็บป่วย (Mean = 4.68) และการไม่ตัดสินใจซื้อผลิตภัณฑ์สุขภาพโดยไม่ตรวจสอบเครื่องหมายรับรองจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) (Mean = 4.69) รวมถึงการไม่หลงเชื่อโฆษณาที่กล่าวอ้างสรรพคุณเกินจริง (Mean = 4.58) ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Chahardah-Cherik และคณะ (2018) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยเฉพาะด้านการประเมินข้อมูลและการตัดสินใจ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยบุคคลที่สามารถใช้ข้อมูลสุขภาพในการตัดสินใจได้ดี จะมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมมากกว่าแต่ผลการศึกษาครั้งนี้แตกต่างจากการศึกษาของ Victor Montori และคณะ (2014) ที่พบว่าทักษะการตัดสินใจด้านสุขภาพไม่ได้มีความสัมพันธ์โดยตรงกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของประชาชน เนื่องจากการตัดสินใจด้านสุขภาพมักได้รับอิทธิพลจากปัจจัยด้านสังคม ครอบครัว และบริบททางวัฒนธรรมร่วมด้วย

ด้านการรู้เท่าทันสื่อ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = 0.209, p-value= 0.011) อธิบายได้ว่า ประชาชนที่สามารถประเมินความน่าเชื่อถือของข้อมูลสุขภาพจากสื่อออนไลน์หรือสื่อสังคมออนไลน์ได้ จะสามารถเลือกใช้ข้อมูลที่ถูกต้องในการดูแลสุขภาพตนเอง และหลีกเลี่ยงข้อมูลที่ไม่ถูกต้องได้หรือข้อมูลที่ คลาดเคลื่อนจากความเป็นจริงส่งผลให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมมากขึ้นผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Rian Andriyan และคณะ (2024) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพและการส่งเสริมสุขภาพผ่านสื่อสังคมออนไลน์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า การได้รับข้อมูลสุขภาพจากสื่อออนไลน์และความสามารถในการทำความเข้าใจข้อมูลดังกล่าวมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = 0.438, p-value<0.001) แต่ผลการศึกษาครั้งนี้แตกต่างจากการศึกษาของ S. Shyam Sundar และคณะ (2017) ที่พบว่าการรับข้อมูลสุขภาพจากสื่อเพียงอย่างเดียวไม่สามารถส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลได้อย่างมีนัยสำคัญ เนื่องจากบุคคลอาจได้รับข้อมูลจากสื่อจำนวนมากแต่ไม่สามารถประเมินหรือเลือกใช้ข้อมูลที่ถูกต้องได้

จากผลการศึกษาครั้งนี้สามารถสรุปได้ว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานของประชาชนกลุ่มเสี่ยง โดยเฉพาะด้านความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพ ทักษะการสื่อสาร ทักษะการจัดการตนเอง ทักษะการตัดสินใจ และการรู้เท่าทันสื่อ ซึ่งมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวาน ดังนั้นการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในชุมชนจึงเป็นแนวทางสำคัญในการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน และช่วยลดความเสี่ยงของการเกิดโรคเบาหวานในอนาคต

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

จากผลการวิจัยพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานของประชาชนกลุ่มเสี่ยง ดังนั้น หน่วยงานสาธารณสุขควรส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง โดยจัดกิจกรรมให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน การออกกำลังกาย และโภชนาการที่เหมาะสม รวมทั้งส่งเสริมบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการติดตาม และให้ข้อมูลสุขภาพแก่ประชาชน ควบคู่กับการพัฒนาสื่อสุขศึกษาที่เข้าถึงได้ง่าย สำหรับการศึกษาครั้งต่อไป ควรมีการวิจัยเชิงทดลองเพื่อพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวาน ขยายพื้นที่ศึกษาไปยังชุมชนอื่น และศึกษาปัจจัยเพิ่มเติม เช่น การสนับสนุนทางสังคมและแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุม และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

กระทรวงสาธารณสุข. (2566-2568). **Health Data Center.** [อินเตอร์เน็ต]. สืบค้นเมื่อ 8 ธันวาคม 2568. เข้าถึงได้จาก: https://hdc.moph.go.th/pna/public/main

กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2550). **แนวทางการดูแลรักษาโรคเบาหวาน**. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.

กองสุขศึกษา. (2566). **ความรอบรู้ด้านสุขภาพ.** พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.

จิรชยา คำจันทร์, และคณะ. (2567).การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคเบาหวานของกลุ่มเสี่ยงในชุมชน.**วารสารวิจัยสาธารณสุข**, 18(2), 45–58.

พุดพัด เทราวเชียรไชย, และคณะ. (2567).ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อการป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในกลุ่มเสี่ยง.**วารสารพยาบาลสาธารณสุข**, 36(1), 77–91.

วลัยลักษณ์ สิทธิบุณ, และสุทธินี ประทานทรง. (2565).ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานของกลุ่มเสี่ยง.**วารสารวิจัยสุขภาพ**, 20(1), 33–47.

วิมลรัตน์ จงเจริญ. (2543).**การพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวาน**. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัย.

ศิริญญา จันทโกต. (2567).ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคเบาหวานในกลุ่มเสี่ยงโดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน.**วารสารส่งเสริมสุขภาพ**, 19(2), 88–102.

สุรเกียรติ อาชานานุภาพ. (2551).**ตำราการตรวจรักษาโรคทั่วไป**. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน.

ยุวดี รอดจากภัย, และคณะ. (2564).ผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานของกลุ่มเสี่ยง.**วารสารการพยาบาลชุมชน**, 15(3), 112–126.

American Diabetes Association. (2023). **STANDARDS OF MEDICAL CARE IN DIABETES—2023**. DIABETES CARE, 46(Suppl. 1), S1–S291.

Chahardah-Cherik, S., Gheibizadeh, M., Jahani, S., &Cheraghian, B. (2018). The relationship between health literacy and health-promoting behaviors in patients with type 2 diabetes. **JOURNAL OF EDUCATION AND HEALTH PROMOTION**, 7, 98.

Eisenbarth, G. S. (2007). Type 1 diabetes mellitus: A chronic autoimmune disease. **NEW ENGLAND JOURNAL OF MEDICINE**, 356, 2403–2407.

Hanafusa, T. (2007). Fulminant type 1 diabetes: A novel clinical entity. **NATURE REVIEWS ENDOCRINOLOGY**, 3, 36–45.

Kim, S. H., & Utz, S. (2019). Effectiveness of social media-based interventions for diabetes: A meta-analysis. **JOURNAL OF MEDICAL INTERNET RESEARCH**, 21(4), e12009.

Lorig, K. R., & Holman, H. R. (2003). Self-management education: History, definition, outcomes, and mechanisms. **ANNALS OF BEHAVIORAL MEDICINE**, 26(1), 1–7.

Noo-in, K. (2024). Factors influencing self-care behaviors for diabetes prevention among community populations: A cross-sectional study. **BMC PUBLIC HEALTH**, 24, 1123.

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.

Nutbeam, D. (2008). The evolving concept of health literacy. **SOCIAL SCIENCE & MEDICINE**, 67(12), 2072–2078.

Paasche-Orlow, M. K., & Wolf, M. S. (2010). Promoting health literacy research to reduce health disparities. **JOURNAL OF HEALTH COMMUNICATION**, 15(Suppl. 2), 34–41.

Reinehr, T., Schober, E., Wiegand, S., Thon, A., & Holl, R. (2006). Beta-cell autoantibodies in children with type 2 diabetes mellitus. **JOURNAL OF CLINICAL ENDOCRINOLOGY & METABOLISM**, 91, 473–477.

Rudd, R. E. (2015). The evolving concept of health literacy. **NEW DIRECTIONS FOR ADULT AND CONTINUING EDUCATION**, 2015(146), 7–17.

Sobngwi, E., & Gautier, J. F. (2002). Adult-onset idiopathic type I diabetes. **DIABETES CARE**, 25, 283–285.

Sundar, S. S. (2017). The role of media in health behavior change. **JOURNAL OF COMMUNICATION**, 67(5), 1–20.

Thomas, N. J., Jones, S. E., & Weedon, M. N. (2018). Frequency and phenotype of type 1 diabetes in the first year after diagnosis. **THE LANCET DIABETES & ENDOCRINOLOGY**, 6, 122–129.

Toobert, D. J., Hampson, S. E., & Glasgow, R. E. (2000). The summary of diabetes self-care activities measure. **DIABETES CARE**, 23(7), 943–950.

Wang, Y. (2020). Health literacy and self-management in diabetes: A systematic review. **BMC PUBLIC HEALTH**, 20, 123.

World Health Organization. (2019). **CLASSIFICATION OF DIABETES MELLITUS**. Geneva: WHO.

Zimmet, P. Z., McCarty, D. J., Rowley, M. J., & Mackay, I. R. (1994). The role of autoimmunity in diabetes. **DIABETES CARE**, 17, 299–303.

Received: 7 Jul 2026 ; **Revised:** 22 Jul 2026
Accepted: 29 Jul 2026

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลบางนายสี อำเภอตะกั่วป่า จังหวัดพังงา

อภิรดี ขุมทอง [1]

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ประชากร คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลบางนายสี อำเภอตะกั่วป่า จังหวัดพังงา ที่มีรายชื่ออยู่ในฐานข้อมูลทะเบียนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ปีงบประมาณ 2568 และได้รับค่าป่วยการ จำนวน 213 คน โดยใช้สูตรการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างของ Daniel เท่ากับ 145 คน ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบมีระบบ เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ประกอบด้วย 3 ส่วนได้แก่ คุณลักษณะส่วนบุคคล ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และคุณภาพชีวิต แบบสอบถามผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน และนำไปทดลองใช้เพื่อวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟ่าครอนบาค เท่ากับ 0.938 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันที่ระดับความเชื่อมั่น0.05 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง (60.69%) ($\overline{X}$ =2.61, S.D.=0.490) คุณภาพชีวิตของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง (72.41%) ($\overline{X}$ =2.72, S.D.=0.467) ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลบางนายสี อำเภอตะกั่วป่า จังหวัดพังงา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (r=0.482, P-value < 0.001) โดยเมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตสูงสุด คือ ทักษะการตัดสินใจ (r=0.452, P-value < 0.001) รองลงมาคือ ทักษะการจัดการตนเอง (r=0.412, P-value < 0.001) การรู้เท่าทันสื่อ (r=0.360, P-value < 0.001) ทักษะการสื่อสาร (r=0.325, P-value < 0.001) ความรู้ความเข้าใจ (r=0.320, P-value < 0.001) และการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ (r=0.222, P-value= 0.007) ตามลำดับ

คำสำคัญ : อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน, ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, คุณภาพชีวิต

[1] **โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านบางใหญ่ อำเภอตะกั่วป่า จังหวัดพังงา** E-mail: api.dee@gmail.com

Factor associated with quality of life among village health volunteers, Bang Nai Si Subdistrict, Takuapa District, PhangNga Province.

Apiradee Kumthong [1]

Abstract

This cross-sectional study aimed to examine factors associated with the quality of life of village health volunteers (VHVs). The population consisted of 213 VHVs in Bang Nai Si Sub-district, Takua Pa District, Phang Nga Province, who were registered in the VHV database for fiscal year 2025 and receiving service allowances. Using Daniel's sample size formula, a sample of 145 participants was selected by systematic random sampling. Data were collected using a questionnaire comprising three sections: personal characteristics, health literacy, and quality of life. The instrument was validated for content validity by three experts and pilot-tested to assess reliability using Cronbach's alpha coefficient, yielding a value of 0.938. Data were analyzed using Pearson's correlation coefficient at a significance level of 0.05.

The results revealed that health literacy scores were at a high level (60.69%) ($\bar{X}$=2.61, S.D.=0.490), and the quality of life of VHVs was also rated at a high level (72.41%) ($\bar{X}$=2.72, S.D.=0.467). Correlation analysis indicated that health literacy was significantly and positively associated with quality of life among VHVs in Bang Nai Si Sub-district, Takua Pa District, Phang Nga Province, at a statistically significant level of 0.05 (r = 0.482, p-value < 0.001). When examined by sub-dimension, the health literacy dimension most strongly associated with quality of life was decision-making skills (r=0.452, P-value < 0.001) followed by self-management skills (r=0.412, P-value < 0.001) media literacy (r=0.360, P-value < 0.001), communication skills (r=0.325, P-value < 0.001), knowledge and understanding (r=0.320, P-value < 0.001), and access to health information and health services (r=0.222, P-value= 0.007), respectively.

Keywords: ge Health Volunteers, Health Literacy, Quality of Life

[1] Ban Bang Yai Sub-district Health Promoting Hospital, Takuapa District, Phangnga Province, E-mail: api.dee@gmail.com

บทนำ

คุณภาพชีวิต เป็นการรับรู้สถานะของตนเอง ในบริบทของวัฒนธรรมที่อาศัยอยู่ มีความสัมพันธ์กับเป้าหมาย ความคาดหวัง มาตรฐาน และความกังวล ส่วนความรอบรู้ด้านสุขภาพ เป็นความสามารถในการเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน และการรู้เท่าทันต่อข้อมูลสุขภาพ เพื่อประกอบการตัดสินใจด้านการดูแลสุขภาพอย่างถูกต้อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน การมีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ดีจะช่วยลดการเจ็บป่วย ลดค่าใช้จ่ายทางด้านการแพทย์ และสามารถจัดการตนเองได้ดีขึ้น ซึ่งจะส่งผลให้คุณภาพชีวิตในภาพรวมดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ

ประเทศไทยมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกว่า 1,074,908 คนทั่วประเทศ (ระบบสารสนเทศงานสุขภาพภาคประชาชน, 2568) และกำลังก้าวเข้าสู่สังคมสูงอายุอย่างเต็มรูปแบบ ซึ่งจะส่งผลกระทบโดยตรงต่ออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีอายุเฉลี่ยสูงขึ้นเช่นกัน จากข้อมูลพบว่า ปี พ.ศ. 2568 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ร้อยละ 40.78 เป็นกลุ่มที่มีอายุตั้งแต่ 61 ปีขึ้นไป ร้อยละ 35.66 เป็นกลุ่มที่อยู่ในช่วงอายุ 51-60 ปี (ระบบสารสนเทศงานสุขภาพภาคประชาชน, 2568) และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในปี พ.ศ. 2564 มีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เสียชีวิตจากปัญหาสุขภาพรวม จำนวน 5,698 คน ในปี พ.ศ. 2565 เสียชีวิตเพิ่มขึ้นเป็น 6,504 คน และในปี พ.ศ. 2566 เพิ่มขึ้นอีกเป็น 6,612 คน คิดเป็นเฉลี่ยเดือนละ 551 คน (สมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านแห่งประเทศไทย, 2567) ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงปัญหาสุขภาพและคุณภาพชีวิตของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ต้องได้รับการแก้ไขอย่างเร่งด่วน แม้ว่าระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในภาพรวมจะอยู่ในเกณฑ์พอใช้ถึงดี (ทรรศนีย์ บุญมั่น, 2564) แต่ยังมีข้อจำกัดทักษะด้านการเข้าถึงและประเมินข้อมูลผ่านเทคโนโลยีดิจิทัล ในขณะที่ความสามารถในการสื่อสารและเลือกใช้ข้อมูลสุขภาพที่ถูกต้องมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพชีวิตในทุกด้าน โดยเฉพาะด้านจิตใจและสัมพันธภาพทางสังคม (กฤศภณ เทพอินทร์ และเสน่ห์ ขุนแก้ว, 2565) พื้นที่ตำบลบางนายสี อำเภอตะกั่วป่า จังหวัดพังงา มีประชากรจำนวน 12,094 คน (กรมการปกครอง, 2568) มีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านทั้งหมด 213 คน มีความหลากหลายของคุณลักษณะส่วนบุคคล และสภาพแวดล้อมในการทำงาน เช่น เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ ภาวะสุขภาพ ระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และภาระงานที่รับผิดชอบ ที่แตกต่างกัน ล้วนเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทั้งกับความรอบรู้ด้านสุขภาพและคุณภาพชีวิต (ทรรศนีย์ บุญมั่น, 2564) ปัจจุบันอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลบางนายสี กำลังเผชิญปัญหาคุณภาพชีวิต ด้านร่างกายที่เหนื่อยล้า การมีโรคประจำตัว ด้านจิตใจที่เกิดความวิตกกังวลจากการปรับตัวสู่ระบบดิจิทัล ด้านสัมพันธภาพทางสังคมที่เสี่ยงต่อการสูญเสียความเชื่อมั่นจากชุมชน หากไม่มีทักษะการคัดกรองข้อมูลสุขภาพที่ถูกต้อง และด้านสิ่งแวดล้อมที่

ขาดแคลนงบประมาณ และอุปกรณ์เทคโนโลยีที่เอื้อต่อการทำงาน ซึ่งปัญหาเหล่านี้มีความสัมพันธ์โดยตรงกับระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพที่สามารถอธิบายความแปรปรวนของคุณภาพชีวิตได้ถึง ร้อยละ 39.50 หากขาดมาตรการสนับสนุนที่ชัดเจนและเหมาะสม จะส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพและความยั่งยืนของระบบสาธารณสุขมูลฐานในระยะยาว (สุวรรณา หล่อโลหการ และประพรศรี นรินทร์รักษ์, 2564) จากเหตุผลดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลบางนายสี อำเภอตะกั่วป่า จังหวัดพังงา โดยมุ่งเน้นศึกษาคุณลักษณะส่วนบุคคลและความรอบรู้ด้านสุขภาพ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการวางแผนและพัฒนาเป็นโปรแกรมส่งเสริมคุณภาพชีวิตของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านให้เหมาะสม อันจะนำไปสู่การเสริมสร้างความเข้มแข็งของระบบสุขภาพชุมชนอย่างยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลบางนายสี อำเภอตะกั่วป่า จังหวัดพังงา

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research Study) โดยกำหนดตัวแปรอิสระ ได้แก่ คุณลักษณะส่วนบุคคลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยใช้แนวคิดของ Nutbeam (2000) ตัวแปรตาม ได้แก่ ณภาพชีวิตของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลบางนายสี อำเภอตะกั่วป่า จังหวัดพังงา

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลบางนายสี อำเภอตะกั่วป่า จังหวัดพังงา จำนวน 213 คน เกณฑ์คัดเข้า คือ มีรายชื่ออยู่ในฐานข้อมูลทะเบียนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ปีงบประมาณ 2568 และได้รับค่าป่วยการ ปฏิบัติงานในฐานะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มาเป็นเวลาไม่น้อยกว่า 1 ปี ในพื้นที่ตำบลบางนายสี อำเภอตะกั่วป่า จังหวัดพังงา กำหนดเกณฑ์การคัดออก ได้แก่ ไม่สมัครใจตอบแบบสอบถาม และเจ็บป่วยในช่วงเก็บข้อมูลจนไม่สามารถให้ข้อมูลได้ คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตร Daniel (2010) กำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ 95% ค่าความคลาดเคลื่อนสามารถยอมรับได้เท่ากับ 0.05 ได้กลุ่ม

ตัวอย่าง 145 คน ใช้วิธีการสุ่มแบบมีระบบ (Systematic Random Sampling) เพื่อเลือกรายชื่ออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นกลุ่มตัวอย่าง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลคือ แบบสอบถาม ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา การประกอบอาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน สิทธิด้านการรักษาพยาบาล โรคประจำตัว ตำแหน่งอื่นในชุมชน ระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวนหลังคาเรือนที่รับผิดชอบ

ส่วนที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ประกอบด้วย การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ ความรู้ความเข้าใจ ทักษะการสื่อสาร ทักษะการจัดการตนเอง ทักษะการตัดสินใจ การรู้เท่าทันสื่อ ลักษณะข้อคำถามแบบประมาณค่า 5 ระดับคือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ใช้เกณฑ์การแปลผลตามแนวคิดของ Best John W. (1977) แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับสูง (3.67–5.00 คะแนน) ระดับปานกลาง (2.34–3.66 คะแนน) ระดับต่ำ (1.00–2.33 คะแนน)

ส่วนที่ 3 คุณภาพชีวิตของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่ดัดแปลงมาจากเกณฑ์วัดคุณภาพชีวิตฉบับย่อภาษาไทย WHOQOL-BREF-THAI ได้นำมาปรับปรุงให้สอดคล้องกับบริบทและวัฒนธรรมไทย จำนวน 4 มิติ ได้แก่ ด้านสุขภาพกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม ด้านสิ่งแวดล้อม ลักษณะคำถามแบบประมาณค่า 5 ระดับคือ มากที่สุด มาก ปานกลาง เล็กน้อย ไม่เลย เกณฑ์การแปลผลค่าคะแนนคุณภาพชีวิต มีคะแนนระหว่าง 31–155 คะแนน โดยเมื่อผู้ตอบรวมคะแนนทุกข้อได้คะแนนเท่าไร สามารถเปรียบเทียบกับเกณฑ์ปกติที่กำหนด แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้ คุณภาพชีวิตที่ไม่ดี (31-72 คะแนน) คุณภาพชีวิตกลางๆ (73 - 114 คะแนน) คุณภาพชีวิตที่ดี (115 – 155 คะแนน)

แบบสอบถามนี้สร้างขึ้นจากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่านตรวจสอบความตรงของเนื้อหา นำแบบสอบถามไปทดลองใช้คำนวณค่าความเที่ยง (Reliability) ด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาค (Cronbach, 1951) เท่ากับ 0.938

การวิเคราะห์ข้อมูล

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

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้ดำเนินการขอความเห็นชอบจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยนอร์ทเทิร์น อำเภอเมือง จังหวัดตาก เอกสารรับรองเลขที่ NREC 0012/2569 ลงวันที่ 12 มกราคม 2569

ผลการศึกษาวิจัย

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง (89.66%) มีอายุอยู่ระหว่าง 50 - 65 ปี (57.93%) ($\overline{X}$ =56.37, S.D.=9.866, Min=28, Max=79) สถานภาพสมรส คู่ / อยู่ด้วยกัน (59.31%) ระดับการศึกษาจบชั้นประถมศึกษา (49.65%) มีอาชีพรับจ้างทั่วไป (25.52%) รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (รวมค่าป่วยการของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน) ระหว่าง 5,000.00 - 12,000.00 บาท (52.41%) ($\overline{X}$ =10,181.38, S.D.=6,654.134, Min=2,000.00, Max=60,000.00) สิทธิด้านการรักษาพยาบาล มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าป (บัตรทองอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน) (49.70%) การมีโรคประจำตัว ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว (60.00%) ตำแหน่งอื่นในชุมชน (นอกเหนือจากการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน) ส่วนใหญ่ไม่มีตำแหน่งอื่นในชุมชน (89.65%) ระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อยู่ระหว่าง 12 - 20 ปี (38.62%) ($\overline{X}$ = 17.54, S.D. = 4.981, Min=1, Max=40) จำนวนหลังคาเรือนที่รับผิดชอบ อยู่ระหว่าง 12 - 20 หลังคาเรือน (53.79%) ($\overline{X}$ = 15.61, S.D. = 8.981, Min = 10, Max = 30)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ภาพรวมมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง (60.69%) ($\overline{X}$ = 2.61, S.D. = 0.490) เมื่อพิจารณาความรอบรู้ด้านสุขภาพ จำแนกรายด้านที่มีคะแนนในระดับสูง ได้แก่ ด้านการเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพและบริการสุขภาพ ($\overline{X}$ = 2.72, S.D. = 0.495) ด้านความรู้ความเข้าใจ ($\overline{X}$ = 2.54, S.D. = 0.513) ด้านทักษะการสื่อสาร ($\overline{X}$ = 2.56, S.D. = 0.498) ด้านทักษะการจัดการตนเอง ($\overline{X}$ = 2.58, S.D. = 0.495) ด้านทักษะการตัดสินใจ ($\overline{X}$ = 2.59, S.D. = 0.494) ด้านการรู้เท่าทันสื่อ ($\overline{X}$ = 2.62, S.D. = 0.485) ตามลำดับ (ตามตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ความรอบรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลบางนายสี อำเภอตะกั่วป่า จังหวัดพังงา (n=145)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	ระดับคะแนน						Mean	S.D.
	สูง		ปานกลาง		ต่ำ			
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ		
1.การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ	107	73.79	35	24.14	3	2.07	2.72	0.495
2.ความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพ	79	54.48	65	44.83	1	0.69	2.54	0.513
3.ทักษะการสื่อสาร	81	55.86	64	44.14	-	-	2.56	0.498
4.ทักษะการจัดการตนเอง	84	57.93	61	42.07	-	-	2.58	0.495
5.ทักษะการตัดสินใจ	85	58.62	60	41.38	-	-	2.59	0.494
6.การรู้เท่าทันสื่อ	91	62.76	54	37.24	-	-	2.62	0.485
รวมความรอบรู้ด้านสุขภาพ	88	60.69	57	39.31	-	-	2.61	0.490

คุณภาพชีวิตของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ภาพรวมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีระดับคุณภาพชีวิตของอยู่ในระดับสูง (72.41%) ($\overline{X}$ = 2.72, S.D. = 0.467) เมื่อพิจารณาคุณภาพชีวิตของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำแนกรายด้านที่มีคะแนนคุณภาพชีวิตสูง ได้แก่ ด้านสุขภาพกาย ($\overline{X}$ = 2.55, S.D. = 0.565) ด้านจิตใจ ($\overline{X}$ = 2.82, S.D. = 0.419) ด้านสัมพันธภาพทางสังคม ($\overline{X}$ = 2.72, S.D. = 0.478) ด้านสิ่งแวดล้อม ($\overline{X}$ = 2.66, S.D. = 0.491) ตามลำดับ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ระดับคุณภาพชีวิตของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลบางนายสี อำเภอตะกั่วป่า จังหวัดพังงา (n=145)

คุณภาพชีวิต	ระดับคุณภาพชีวิต						Mean	S.D.
	คุณภาพชีวิตที่ดี		คุณภาพชีวิตกลางๆ		คุณภาพชีวิตที่ไม่ดี			
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ		
ด้านร่างกาย	84	57.93	56	38.62	5	3.45	2.55	0.565
ด้านจิตใจ	121	83.45	22	15.17	2	1.38	2.82	0.419
ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	107	73.79	36	24.83	2	1.38	2.72	0.478
ด้านสิ่งแวดล้อม	96	66.21	48	33.10	1	0.69	2.66	0.491
รวม	105	72.41	39	26.90	1	0.69	2.72	0.467

จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลบางนายสี อำเภอตะกั่วป่า จังหวัดพังงา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.482$, P-value < 0.001) เมื่อพิจารณารายด้านที่พบความสัมพันธ์ ประกอบด้วย ด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ ($r = 0.482$, P-value < 0.001) ด้านความรู้ความเข้าใจ ($r = 0.482$, P-value < 0.001) ด้านทักษะการสื่อสาร ($r = 0.482$, P-value < 0.001) ด้านทักษะการจัดการตนเอง ($r = 0.482$, P-value < 0.001) ด้านทักษะการตัดสินใจ ($r = 0.482$, P-value < 0.001) ด้านการรู้เท่าทันสื่อ ($r = 0.482$, P-value < 0.001)

ตารางที่ 3 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับคุณภาพชีวิตของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลบางนายสี อำเภอตะกั่วป่า จังหวัดพังงา

ตัวแปรอิสระ	คุณภาพชีวิตของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน		
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (r)	P-value	ระดับความสัมพันธ์
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	0.482	< 0.001	มีความสัมพันธ์ทางบวก
การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ	0.222	0.007	มีความสัมพันธ์ทางบวก
ความรู้ความเข้าใจ	0.320	< 0.001	มีความสัมพันธ์ทางบวก
ทักษะการสื่อสาร	0.325	< 0.001	มีความสัมพันธ์ทางบวก
ทักษะการจัดการตนเอง	0.412	< 0.001	มีความสัมพันธ์ทางบวก
ทักษะการตัดสินใจ	0.452	< 0.001	มีความสัมพันธ์ทางบวก
การรู้เท่าทันสื่อ	0.360	< 0.001	มีความสัมพันธ์ทางบวก

การอภิปรายผล

ความรอบรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ประกอบด้วย การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ ความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพ ทักษะการสื่อสาร ทักษะการจัดการตนเอง ทักษะการตัดสินใจ และการรู้เท่าทันสื่อ โดยความรอบรู้ด้านสุขภาพมีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง (60.69%) จากผลการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลบางนายสี อำเภอตะกั่วป่า จังหวัดพังงา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value <0.001) ทั้งในภาพรวมและทุกรายด้าน โดยด้านที่มีความสัมพันธ์ในระดับสูง ได้แก่ ทักษะการตัดสินใจ และทักษะการจัดการตนเอง อธิบายเหตุผลได้ว่า ตามแนวคิดของ Nutbeam (2000) ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นความรู้ ความเข้าใจ ทักษะทางสังคม ที่กำหนดแรงจูงใจ และความสามารถเฉพาะบุคคลในการเข้าถึง ทำความเข้าใจ ใช้ข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ รวมถึงการพัฒนาความรู้ การทำความเข้าใจในบริบทด้านสุขภาพ เพื่อก่อให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมด้วยตนเอง อันจะนำไปสู่การส่งเสริมและรักษาสุขภาพที่ดีตลอดชีวิต สอดคล้องกับแนวคิดขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2009) กล่าวว่า การพัฒนาและเสริมสร้างให้ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ เป็นการสร้างและพัฒนาขีดความสามารถระดับบุคคล ในการธำรักษาสุขภาพตนเองอย่างยั่งยืน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน คือ บุคคลที่ได้รับการคัดเลือกจากชาวบ้านและผ่านการฝึกอบรมตาม

มาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุข ทำหน้าที่เป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมสุขภาพ และเป็นผู้ประสานงานระหว่างระบบบริการสาธารณสุขกับภาคประชาชน (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2559) การที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต้องฝึกอบรมอย่างต่อเนื่องตามมาตรฐาน ปฏิบัติงานด้านการเฝ้าระวังโรค ให้ความรู้ และบริการสาธารณสุขขั้นพื้นฐานแก่ครัวเรือนที่รับผิดชอบ จึงทำให้มีทักษะและความรอบรู้ด้านสุขภาพไว้ในระดับสูงกว่าประชาชนทั่วไป ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ ฝนทิวา โคตรนาลา และคณะ (2566) ที่พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านส่วนใหญ่มีระดับคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดี ร้อยละ 61.27 และมีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับดี ร้อยละ 42.39 รองลงมาระดับดีมาก ร้อยละ 38.96 แสดงให้เห็นว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตที่ดีของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และสอดคล้องกับงานวิจัยของ วงศธร อ่อนศรีบุตร และนิยม จันทร์นวล (2566) ที่พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 56.8 มีคุณภาพชีวิตที่ดี ร้อยละ 68.2 และมีคุณภาพชีวิตที่ดีในสัดส่วนที่สูง เมื่อพิจารณาความรอบรู้ด้านสุขภาพรายด้าน พบว่า

ความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.222$, P-value = 0.007) อธิบายเหตุผลได้ว่า การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ เป็นการใช้ความสามารถในการเลือกแหล่งข้อมูล รู้วิธีการ ในการค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตน และตรวจสอบข้อมูลจากหลายแหล่งจนข้อมูลมีความน่าเชื่อถือ ตามแนวคิดของ Nutbeam (2000, 2008) การเข้าถึงข้อมูลที่ถูกต้อง ถือเป็นสมรรถนะพื้นฐานที่เป็นตัวกำหนดแรงจูงใจ และความสามารถเฉพาะบุคคล ในการพัฒนาความรู้ ความเข้าใจด้านสุขภาพ เพื่อนำไปสู่การปรับเปลี่ยนทัศนคติ และพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมด้วยตนเอง จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลวิจัยพบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน สามารถค้นหาข้อมูลสุขภาพที่ถูกต้องจากแหล่งต่างๆได้ เช่น จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จากสื่อออนไลน์ หรือจากแอปพลิเคชัน "สมาร์ท อสม." รวมถึงการรู้วิธีการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นสำหรับตนเองและชุมชน เช่น การตรวจคัดกรองโรคเบาหวานหรือการรักษาพยาบาลเบื้องต้น ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ ปรัชญา มาวงค์วัน และคณะ (2568) พบว่า องค์ประกอบความรอบรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่อยู่ในระดับมากที่สุด คือ ด้านการเข้าถึงข้อมูลบริการสุขภาพ และสอดคล้องกับงานวิจัยของ สุขฤดี ธัชศฤงคารสกุล (2567) พบว่า ทักษะการเข้าถึงข้อมูลอยู่ในระดับดีมาก แตกต่างจากงานวิจัยของ นพดล ทองอร่าม และคณะ (2568) ที่พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพ โดยเฉพาะทักษะการจัดการตนเอง ($r=0.26$, P-value < 0.01) และทักษะการสื่อสาร ($r = 0.25$, P-value < 0.01)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านความรู้ความเข้าใจ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = 0.320, P-value < 0.001) อธิบายเหตุผลได้ว่า ความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับแนวทางปฏิบัติ สามารถอธิบาย วิเคราะห์ และเปรียบเทียบเนื้อหาสาระด้านสุขภาพได้อย่างมีเหตุผล ตามแนวคิดของ Nutbeam (2000) การมีความรู้ที่ถูกต้อง เป็นรากฐานสำคัญในการพัฒนาความเข้าใจในบริบทด้านสุขภาพ เพื่อนำไปสู่การปรับเปลี่ยนทัศนคติและแรงจูงใจให้เกิดพฤติกรรมที่เหมาะสมด้วยตนเอง จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลวิจัยพบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน รู้และเข้าใจข้อมูลบนฉลากยา เช่น วันหมดอายุ ผลข้างเคียง ข้อห้ามใช้ เข้าใจประโยชน์ของการใช้ยาที่ถูกต้อง เพื่อการรักษาและป้องกันโรค และเข้าใจหลักการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ผลการวิจัยเรื่องนี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ ปรัชญา มาวงค์วัน และคณะ (2568) พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพอยู่ในระดับมาก ซึ่งสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ และสอดคล้องกับงานวิจัยของ กฤศภณ เทพอินทร์ และเสน่ห์ ขุนแก้ว (2565) พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพในมิติของความรู้ความเข้าใจมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมสุขภาพที่ดี (r=0.337) ซึ่งส่งผลต่อเนื่องถึงคุณภาพชีวิต แตกต่างจากงานวิจัยของ สุขฤดี ธัชศฤงคารสกุล (2567) ที่พบว่า แม้ภาพรวมความรอบรู้ด้านสุขภาพ อยู่ในระดับดี แต่ทักษะด้านการเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพกลับมีคะแนนเฉลี่ยน้อยกว่าทักษะด้านการเข้าถึงข้อมูล

ความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านทักษะการสื่อสาร มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = 0.325, P-value < 0.001) อธิบายเหตุผลได้ว่า ทักษะการสื่อสาร เป็นความสามารถในการสื่อสารโดยการพูด อ่าน เขียน รวมทั้งสามารถสื่อสารและโน้มน้าวให้บุคคลอื่นเข้าใจและยอมรับข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตน ตามแนวคิดของ Nutbeam (2000, 2008) ทักษะนี้จัดอยู่ในระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นการมีปฏิสัมพันธ์ หมายถึง ทักษะทั้งพื้นฐานและการมีพุทธิปัญญา รวมทั้งทักษะทางสังคม ที่ใช้ในการเข้าร่วมกิจกรรม รู้จักเลือกใช้ข้อมูลข่าวสาร แยกแยะลักษณะการสื่อสารที่แตกต่างกัน รวมทั้งประยุกต์ใช้ข้อมูลข่าวสารใหม่ ๆ เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้ จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลวิจัย พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน สามารถแจ้งกำหนดการนัดหมายฉีดวัคซีนไข้หวัดใหญ่ แจ้งกำหนดการลงพื้นที่เพื่อตรวจสุขภาพในชุมชนได้ชัดเจน สามารถโน้มน้าวชักชวนให้ผู้สูงอายุมาฉีดวัคซีนป้องกันโรค หรือเตือนเรื่องอันตรายจากยาชุดได้ ผลการวิจัยเรื่องนี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ ฝนทิวา โคตรนาลา และคณะ (2566) พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีทักษะการสื่อสารระดับดีมาก จะมีความสัมพันธ์กับการมีคุณภาพชีวิตที่ดีอย่างมีนัยสำคัญ และสอดคล้องกับงานวิจัยของ โสภณ นุชเจริญ (2566) พบว่า สมรรถนะการสื่อสารและสัมพันธภาพส่งผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญ และสอดคล้องกับงานวิจัยของ นพดล ทองอร่าม และคณะ (2568) ที่พบว่าทักษะการสื่อสารมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพมากที่สุด

ความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านทักษะการจัดการตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.412$, P-value < 0.001) อธิบายเหตุผลได้ว่า ทักษะการจัดการตนเอง เป็นความสามารถในการกำหนดเป้าหมาย วางแผนการปฏิบัติ สามารถปฏิบัติตามแผน มีการทบทวนและปรับเปลี่ยนวิธีการปฏิบัติตน เพื่อให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง สอดคล้องกับทฤษฎีความรอบรู้ด้านสุขภาพของ Nutbeam (2000) ที่เน้นย้ำถึงการเปลี่ยนแปลงทัศนคติและแรงจูงใจเพื่อก่อให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมด้วยตนเอง จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลวิจัยพบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสามารถจัดการกับความเครียดและอารมณ์ของตนเองได้ สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเองให้ดีขึ้นได้ และสามารถวางแผนการออกกำลังกายได้ตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ ผลการวิจัยเรื่องนี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ นพดล ทองอร่าม และคณะ (2568) พบว่า ทักษะการจัดการตนเองเป็นทักษะที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพมากที่สุด ($r = 0.26$) และสอดคล้องกับงานวิจัยของ สุวรรณา หล่อโลหการ และประพรศรี นรินทร์รักษ์ (2564) ที่พบว่า การมีความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยเฉพาะการจัดการสุขภาพตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value < 0.05)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านทักษะการตัดสินใจ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.452$, P-value < 0.001) และเป็นด้านที่มีความสัมพันธ์สูงสุดจากความรอบรู้ด้านสุขภาพทั้ง 6 ด้าน อธิบายเหตุผลได้ว่า ทักษะการตัดสินใจ เป็นความสามารถในการกำหนดทางเลือก และปฏิเสธ หลีกเลี่ยง หรือเลือกวิธีการปฏิบัติ โดยมีการใช้เหตุผลหรือวิเคราะห์ผลดี ผลเสีย เพื่อแสดงทางเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง และส่งผลกระทบน้อยที่สุด ซึ่งทักษะนี้สะท้อนถึงความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นวิจารณญาณ ตามความหมายของ กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน (2559) ที่ระบุว่าเป็นทักษะทางปัญญาและสังคมระดับสูง ที่ช่วยให้บุคคลสามารถประยุกต์ใช้ข้อมูลในการวิเคราะห์เชิงวิพากษ์และควบคุมจัดการสถานการณ์ในชีวิตประจำวันได้อย่างมีประสิทธิภาพ จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลวิจัยพบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน สามารถตรวจสอบความถูกต้องของแหล่งที่มาของข้อมูลก่อนตัดสินใจ สามารถบอกข้อดีและข้อเสียที่แตกต่างกันของแต่ละวิธีในการดูแลสุขภาพได้ รวมถึงสามารถเปรียบเทียบข้อมูลสุขภาพจากแหล่งต่างๆ ก่อนตัดสินใจเชื่อหรือปฏิบัติตาม ผลการวิจัยเรื่องนี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ ฝนทิวา โคตรนาลา และคณะ (2566) พบว่า ทักษะการตัดสินใจในระดับดีมาก มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตที่ดีของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอย่างมีนัยสำคัญ และสอดคล้องกับงานวิจัยของ สุวรรณา หล่อโลหการ และประพรศรี นรินทร์รักษ์ (2564) ที่พบว่า การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง เป็นตัวแปรที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมสุขภาพโดยรวม ซึ่งสามารถร่วมอธิบายความแปรปรวนของคุณภาพชีวิตของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้อย่างชัดเจน

ความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการรู้เท่าทันสื่อ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.360$, P-value < 0.001) อธิบายเหตุผลได้ว่า การรู้เท่าทันสื่อ เป็นความสามารถในการตรวจสอบความถูกต้อง ความน่าเชื่อถือของข้อมูลที่สื่อนำเสนอและสามารถเปรียบเทียบวิธีการเลือกรับสื่อ เพื่อหลีกเลี่ยงความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นกับสุขภาพของตนเองและผู้อื่น รวมทั้งมีการประเมินข้อความสื่อ เพื่อชี้แนะแนวทางให้กับชุมชนและสังคม จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลวิจัยพบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน สามารถติดตามข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพที่ทันสมัยอยู่เสมอ การแชร์ข้อมูลสุขภาพมีการตรวจสอบความถูกต้องก่อนเสมอ และสามารถเปรียบเทียบความถูกต้องของข้อมูลสุขภาพจากแหล่งต่าง ๆ ได้ ผลการวิจัยเรื่องนี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ ปรัชญา มาวงค์วัน และคณะ (2568) ที่พบว่าองค์ประกอบการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ เป็นทักษะที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีอยู่ในระดับมากที่สุด สอดคล้องกับงานวิจัยของ ฝนทิวา โคตรนาลา และคณะ (2566) พบว่า ทักษะการรู้เท่าทันสื่อในระดับดีมาก มีปัจจัยสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตที่ดีของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

3. ข้อเสนอแนะ

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมที่ดี แต่พบว่ายังขาดความเข้าใจในคำศัพท์ทางการแพทย์หรือศัพท์เฉพาะ และขาดความมั่นใจในความน่าเชื่อถือของแหล่งข้อมูลที่นำมาใช้ ดังนั้น ควรมีการผลิตสื่ออินโฟกราฟิกที่เข้าใจง่าย มีการจัดอบรมเรื่องการรับมือข่าวปลอมในยุคดิจิทัล ส่วนทักษะการตัดสินใจและการจัดการตนเองมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตสูงกว่าทักษะด้านอื่น ควรนำทักษะนี้ไปพัฒนาเป็น โปรแกรมการพัฒนาทักษะการตัดสินใจและการจัดการตนเองด้านสุขภาพ ซึ่งจะเป็นประโยชน์อย่างมากต่อการกำหนดนโยบายดูแล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในระดับท้องถิ่นต่อไป

เอกสารอ้างอิง

กรมการปกครอง. **สถิติประชากรทางการทะเบียนราษฎร** [อินเตอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย; 2568 [เข้าถึงเมื่อ 7 ธันวาคม 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://stat.bora.dopa.go.th/stat/statnew/statMONTH/statmonth/#/displayData

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2559). **แนวทางการดำเนินงานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน**. กระทรวงสาธารณสุข.

กฤศภณ เทพอินทร์ และเสน่ห์ ขุนแก้ว. (2565). ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอฟากท่า จังหวัดอุตรดิตถ์. **วารสารวิจัยการพยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพ**; 14(1): 206-218.

ทรรศนีย์ บุญมั่น. (2564). **ปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจังหวัดสุโขทัย** [วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล;.

นพดล ทองอร่าม, กนกพร สมพร, คอรีเย๊าะ จาดาเร๊ะ, วาสิณี สุวรรณมณี, มาวัรดะห์ มาหะมะ, ลลิตภัทร โสมณฑา (2568) ความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรสงคราม. **วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน;** 11(3); 38-51.

ปรัชญา มาวงค์วัน, นภชา สิงห์วีรธรรม, พัลลภ เชียวชัยสกุล (2568) ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเมืองลำปาง จังหวัดลำปาง. **บทความวิชาการ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่**; 2(2).

ฝนทิวา โคตรนาลา, กฤชกันทร สุวรรณพันธุ์, ปรัชญ์ อินทรศักดิ์สิทธิ์, วิชุตา แสงเพชร์. (2566). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จากการระบาดของโรคโควิด - 19 ในจังหวัดชัยภูมิ. **วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพและการสาธารณสุขชุมชน;** 6(1): 94-107

ระบบสารสนเทศงานสุขภาพภาคประชาชน. (2568). รายงานแสดงช่วงอายุของ อสม. [อินเตอร์เน็ต]. นนทบุรี: กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข; 2568 [เข้าถึงเมื่อ 7 ธันวาคม 2568]. เข้าถึงได้จาก https://www.thaiphc.net/phc/phcadmin/administrator/Report/OSMRP00012.php

วงศธร อ่อนศรีบุตร และ นิยม จันทร์นวล. (2566). ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 อำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี. **วารสารการแพทย์และสาธารณสุขเขต 4**; 13(2): 109-121.

สมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านแห่งประเทศไทย.[อินเตอร์เน็ต]. นนทบุรี: **รายชื่อสมาชิกที่เสียชีวิต;** 2567 [เข้าถึงเมื่อ 7 ธันวาคม 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://xn----twf6a0fxbbu.com/file/upload/2b32eb9020ff0301957de5e5096c5c39.pdf

สุขฤดี ธัชศฤงคารสกุล. (2567). ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในอำเภอปากพลี จังหวัดนครนายก. **วารสารพยาบาลตำรวจและวิทยาศาสตร์สุขภาพ**; 16(2): 446-458.

สุวรรณา หล่อโลหการ และ ประพรศรี นรินทร์รักษ์. (2564). ความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ และคุณภาพชีวิตของอาสาสมัครสาธารณสุขจังหวัดภูเก็ต. **วารสารวิชาการสาธารณสุข**; 30(3): 414-422.

โสภณ นุชเจริญ. (2566). **ปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอชะอำ จังหวัดเพชรบุรี**. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอชะอำ, สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี, กระทรวงสาธารณสุข.

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.

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.

Nutbeam, D. (2008). **Health Literacy and adolescents**: a framework and agenda for future research. Health Education Research. 23(5). Published by Oxford University Press.

World Health Organization. (2009). **HEALTH LITERACY AND HEALTH BEHAVIOR** [Working document]. 7th Global Conference on Health Promotion: Promoting Health and Development: Closing the Implementation Gap, Nairobi, Kenya. https://www.who.int/teams/health-promotion/enhanced-wellbeing/seventh-global-conference/health-literacy

Received: 7 Jul 2026 ; **Revised:** 22 Jul 2026
Accepted: 29 Jul 2026

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตำตัว อำเภอตะกั่วป่า จังหวัดพังงา

จันทนา โสพรรณ [1]

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตำตัว กลุ่มประชากรคือผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดปฐมภูมิที่มีรายชื่อตามทะเบียนบ้านและอาศัยอยู่ในพื้นที่จริงอย่างน้อย 6 เดือน จำนวน 174 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของ Daniel (2010) เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วยข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3อ2ส และแบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงโดยรวมอยู่ในระดับสูง (Mean = 2.74, S.D. = 0.44) ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.384$, p-value< 0.001) สรุปได้ว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3อ2ส มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ดังนั้นหน่วยบริการสุขภาพควรส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยเฉพาะด้านการตัดสินใจและการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ เพื่อพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพและเพิ่มประสิทธิภาพในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงของผู้ป่วย

คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, พฤติกรรมสุขภาพ, ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตำตัว อำเภอตะกั่วป่า จังหวัดพังงา, E-mail: JuntanaSunpun @gmail.com

Factors Associated with Health Behaviors among Hypertensive Patients in Tumtur Sub-district Heath Promoting Hospital, Takuapa District, Phang Nga Province.

Juntana Sopun [1]

Abstract

This descriptive research study aimed to examine the factors associated with health behaviors among patients with hypertension in the service area of Tumbon Tumtur Health Promoting Hospital. The sample consisted of 174 patients diagnosed with primary hypertension who were listed in the household registration database and had resided continuously in the study area for at least six months. The sample size was determined using the formula proposed by Daniel (2010). The research instrument was a structured questionnaire comprising three parts: general demographic information, a health literacy assessment based on the 3E 2S principle (Exercise, Eating, Emotional management, Smoking cessation, and Alcohol reduction), and a health behavior assessment. Data were analyzed using Pearson's product-moment correlation coefficient, with the level of statistical significance set at 0.05. The results revealed that the overall health behavior of patients with hypertension was at a high level (Mean = 2.74, S.D. = 0.44). Health literacy was positively correlated with health behaviors among patients with hypertension, with statistical significance ($r = 0.384$, p-value < 0.001). It can be concluded that health literacy based on the 3E 2S principle was significantly associated with health behaviors among patients with hypertension. Therefore, healthcare service units should promote health literacy, particularly in decision-making skills and access to health information, in order to improve health behaviors and enhance the effectiveness of hypertension control among patients.

Keywords: Health Literacy, Health Behaviors, Patients with Hypertension Principles

[1] Professional Nurse, Senior Professional Level, Tum Tur Subdistrict HealthPromoting Hospital,
E-mail: JuntanaSunpun@gmail.com

บทนำ

สถานการณ์และแนวโน้มประชากรผู้ป่วยความดันโลหิตสูงของประเทศไทยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องร้อยละ 95 ของผู้ป่วยทั้งหมด แม้ไม่ทราบสาเหตุชัดเจน แต่มีความเกี่ยวข้องกับปัจจัยทางพันธุกรรม พฤติกรรม และสิ่งแวดล้อมร่วมกัน (Division of Non Communicable Diseases, 2022) จากรายงาน Health Data Center ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพังงา ปีพ.ศ. 2565 พบว่า ผู้ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ในพื้นที่จังหวัดพังงา มีทั้งสิ้น 36,689 คน คิดเป็นอัตราป่วย 14,622.2 ต่อแสน พ.ศ 2566 พบว่า ผู้ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ในพื้นที่จังหวัดพังงา มีทั้งสิ้น 37,263 คน คิดเป็นอัตราป่วย 13,907.8 ต่อแสน ประชากร พ.ศ2567 พบว่า ผู้ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ในพื้นที่จังหวัดพังงา มีทั้งสิ้น 37,700 คน คิดเป็นอัตราป่วย 1,4096.7 ต่อแสน ประชากร ตามลำดับ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพังงา, 2568) พื้นที่ตำบลตำตัว พบแนวโน้มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับสูงเช่นเดียวกัน โดยปี พ.ศ. 2565 มีผู้ป่วยจำนวน 306 คน อัตราป่วย 19,077.3 ต่อแสนประชากร ปี พ.ศ. 2566 มีผู้ป่วยจำนวน 320 คน อัตราป่วย 20,304.6 ต่อแสนประชากร และปี พ.ศ. 2567 มีผู้ป่วยจำนวน 318 คน อัตราป่วย 19,987.4 ต่อแสนประชากร (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพังงา, 2568) ซึ่งจัดอยู่ในลำดับที่ 5 ของอำเภอตะกั่วป่า สะท้อนให้เห็นว่าปัญหาโรคความดันโลหิตสูงในพื้นที่ยังคงเป็นประเด็นสำคัญที่ต้องได้รับการเฝ้าระวังและดูแลอย่างต่อเนื่อง จากการดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตำตัว พบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจำนวนหนึ่งยังไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ แม้จะได้รับการติดตามรักษาอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้อาจเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย เช่น การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ รวมถึงปัจจัยด้านความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค และการเข้าถึงบริการสุขภาพ ซึ่งส่งผลต่อประสิทธิภาพในการควบคุมโรคและการป้องกันภาวะแทรกซ้อน

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตำตัว อำเภอตะกั่วป่า จังหวัดพังงา เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการวางแผนพัฒนาแนวทางส่งเสริมสุขภาพและการดูแลผู้ป่วยให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ อันจะช่วยลดภาวะแทรกซ้อนและส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในระยะยาว

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตำตัว อำเภอตะกั่วป่า จังหวัดพังงา

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research Study) โดยกำหนดตัวแปรอิสระ ได้แก่ 1) คุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง 2) ความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยใช้แนวคิดของ Nutbeam (2000) 3) พฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ตัวแปรตาม ได้แก่พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ที่มีรายชื่อตามทะเบียนบ้าน ตำบลตำตัว พ.ศ.2565 และอาศัยอยู่ในพื้นที่จริงอย่างน้อย 6 เดือนขึ้นไป จำนวน 288 คน (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด พังงา, 2568) ผู้วิจัยกำหนดขนาดตัวอย่าง โดยใช้สูตรการคำนวณกลุ่มตัวอย่างที่ทราบจำนวนประชากรที่แน่นอนของ Daniel (2010) จำนวน 174 คน เกณฑ์การคัดออกคือ ผู้ที่ไม่สมัครใจตอบคำถามและเจ็บป่วยในช่วงเก็บข้อมูลจนไม่สามารถให้ข้อมูลได้ คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตร Daniel (2010) กำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ 95% ค่าความคลาดเคลื่อนสามารถยอมรับได้เท่ากับ 0.05 ได้กลุ่มตัวอย่าง 174 คน ใช้วิธีการสุ่มแบบมีระบบ (Systematic Random Sampling) เพื่อเลือกรายชื่อผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเป็นกลุ่มตัวอย่าง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลคือ แบบสัมภาษณ์ ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1คุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา การประกอบอาชีพ รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โรคประจำตัว

ส่วนที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลัก3 อ 2 ส ประกอบด้วย ด้านการเข้าถึงข้อมูลบริการสุขภาพตามหลัก 3อ2ส ด้านการสื่อสารทางสุขภาพตามหลัก 3อ2ส ด้านการจัดการตนเองตาม 3อ2ส ด้านการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศตาม 3อ2ส ด้านการตัดสินใจตาม 3อ2ส ลักษณะข้อคำถามแบบประมาณค่า(Rating Scale) 5 ระดับคือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง และด้านความรู้เข้าใจทางสุขภาพตามหลัก3อ2ส ลักษณะข้อคำถามแบบประมาณค่า(Rating Scale) 2 ระดับคือ ใช่ ไม่ใช่

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ประกอบด้วยเป็นข้อคำถามที่เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ ด้านการควบคุมอาหาร, ด้านการออกกำลังกาย, ด้านการควบคุมน้ำหนัก,ด้านการผ่อนคลายความเครียด,ด้านการควบคุมการสูบบุหรี่,ด้านการควบคุมการดื่มสุราและ ด้าน

การรับประทานยา ลักษณะคำถามแบบประมาณค่า5 ระดับคือปฏิบัติประจำมากที่สุด ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง ปฏิบัตินานๆครั้ง และไม่เคยปฏิบัติเลย

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 0.867

สถิติวิเคราะห์

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

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้ดำเนินการขอความเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยนอร์ทเทิร์น เอกสารรับรองเลขที่ NREC/2569 ลงวันที่ 12 มกราคม 2569

ผลการศึกษาวิจัย

ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (74.71%) ช่วงอายุอยู่ระหว่าง 45-55 ปี (63.22%) ($\overline{X}$ = 57.04, S.D. = 9.32, Min = 37, Max = 73) มีสถานภาพสมรส/คู่และอยู่ด้วยกัน (50.00 %) และมีผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่คู่สมรสถึงแก่กรรม หม้าย/หย่า/แยก (29.29%) จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา (43.10%) และรองลงมาระดับประถมศึกษา (24.14) มีระดับอนุปริญญา/ปวส. (22.99%) และระดับปริญญาตรี (9.77%) สำหรับรายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือนด้านรายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน พบว่า ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่มีรายได้อยู่ในช่วง 10,000–30,000 บาท (51.72%) ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม (51.15%) ด้านค่าดัชนีมวลกาย พบว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ส่วนใหญ่อยู่ในระดับ 25.0–29.9 กิโลกรัมต่อตารางเมตร (น้ำหนักเกิน) (41.95%) ส่วนผู้ที่มีค่าดัชนีมวลกายตั้งแต่ 30.0 กิโลกรัมต่อตารางเมตรขึ้นไป (อ้วน) 13.79% และระดับ 18.5–22.9 กิโลกรัมต่อตารางเมตร (ปกติ) เพียง 21.84% ด้านสิทธิการรักษาพบว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูงทั้งหมดใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง) 100.00% ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่ด้านระยะเวลาการเป็นโรคพบว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงมานานมากกว่า 6 ปี 44.83% ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวอื่นอยู่ในกลุ่ม"อื่นๆ"59.20% รองลงมาคือ โรคไขมันในเลือดสูง 28.16%

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ภาพรวมมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง (82.57%) ($\bar{X}$ = 2.65, S.D. = 0.31) เมื่อพิจารณาความรอบรู้ด้านสุขภาพจำแนกรายด้านที่มีคะแนนในระดับสูงได้แก่ด้านการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศตามหลัก 3อ. 2ส. มีระดับสูงที่สุด ร้อยละ 94.25 ($\bar{X}$ = 2.00, S.D. = 0.00) ด้านการตัดสินใจตามหลัก 3อ.2ส. อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 91.38 ($\bar{X}$ = 2.91, S.D. = 0.28) ถัดมาคือ ด้านการจัดการตนเองตามหลัก 3อ. 2ส. อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 90.20 ($\bar{X}$ = 2.90, S.D. = 0.30) รองลงมาคือ ด้านการสื่อสารทางสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 89.08 ($\bar{X}$ = 2.89, S.D. = 0.32) และด้านการเข้าถึงข้อมูลบริการสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 88.51 ($\bar{X}$ = 2.89, S.D. = 0.32) ตามลำดับ (ตามตารางที่ 1)

พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงภาพรวมมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง(74.12%) ($\bar{X}$=2.74, S.D.=0.44) เมื่อพิจารณาพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จำแนกรายด้านที่มีคะแนนในระดับสูง ได้แก่ การรับประทานยา ($\bar{X}$=2.00, S.D.=0.00) ด้านการควบคุมการดื่มสุรา ($\bar{X}$=2.00, S.D.=0.07) ตามลำดับ การปฏิบัติที่มีคะแนนในระดับปานกลาง ได้แก่ ด้านการควบคุมอาหาร ($\bar{X}$=2.05, S.D.=0.39) การออกกำลังกาย ($\bar{X}$=2.75, S.D.=0.43)ระดับต่ำสุดคือ ด้านการควบคุมน้ำหนัก ($\bar{X}$=2.32, S.D.=0.47) ตามลำดับ (ตามตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงตำบลตำตัว (n=174)

ตัวแปรอิสระ	ระดับคะแนน						Mean	S.D.
	สูง		ปานกลาง		ต่ำ			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	**144**	**82.57**	**27**	**15.71**	**3**	**1.72**	**2.65**	**0.31**
1.ด้านการเข้าถึงข้อมูลบริการสุขภาพตามหลัก3อ2ส	154	88.51	20	11.49	0	0	2.89	0.32
2. ด้านการสื่อสารทางสุขภาพตาม 3อ2ส	155	89.08	19	10.92	0	0	2.89	0.32
3. ด้านการจัดการตนเอง ตาม 3อ2ส	157	90.20	17	9.80	0	0	2.90	0.30
4. ด้านการรู้เท่าทันสื่อและสาระสนเทศ ตามหลัก3อ2ส	164	94.25	10	5.75	0	0	2.0	0.00
5. ด้านการตัดสินใจตาม 3อ2ส	159	91.38	15	8.62	0	0	2.91	0.28
6. ด้านความรู้เข้าใจทางสุขภาพตามหลัก3อ2ส	73	42.00	83	47.37	18	10.33	2.31	0.65
พฤติกรรมสุขภาพ	**129**	**74.12**	**45**	**25.88**	**0**	**0**	**2.74**	**0.44**
1.ด้านการควบคุมอาหาร	18	10.34	147	84.48	9	5.17	2.05	0.39

2.ด้านการออกกำลังกาย	132	75.86	42	24.14	0	0	2.75	0.43
3.ด้านการควบคุมน้ำหนัก	57	32.76	117	67.24	0	0	2.32	0.47
4.ด้านผ่อนคลายความเครียด	157	90.23	17	9.77	0	0	2.90	0.30
5.ด้านการควบคุมการสูบบุหรี่	7	4.02	165	94.83	2	1.15	2.02	0.22
6.ด้านการควบคุมการดื่มสุรา	1	0.57	173	99.43	0	0	2.00	0.07
7.ด้านการรับประทานยา	174	100	0	0	0	0	2.00	0

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในตำบลตำตัวมี ความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 82.57 (Mean = 2.65, S.D. = 0.31) โดยเฉพาะด้านการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ (ร้อยละ 94.25) ด้านการตัดสินใจ (ร้อยละ 91.38) ด้านการจัดการตนเอง (ร้อยละ 90.20) ด้านการสื่อสารทางสุขภาพ (ร้อยละ 89.08) และด้านการเข้าถึงข้อมูลบริการสุขภาพ (ร้อยละ 88.51) สะท้อนให้เห็นว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่สามารถเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพ เข้าใจข้อมูลที่ได้รับ และนำข้อมูลไปใช้ในการดูแลสุขภาพของตนเองได้อย่างเหมาะสม ซึ่งอาจเป็นผลมาจากการดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่มีการติดตามผู้ป่วยโรคเรื้อรังอย่างต่อเนื่อง มีการให้คำแนะนำเรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ 2ส รวมทั้งการเยี่ยมบ้านและการติดตามโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพอย่างสม่ำเสมอผลการศึกษาดังกล่าวสอดคล้องกับแนวคิดของ Don Nutbeam (2000) ที่อธิบายว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นความสามารถของบุคคลในการเข้าถึง ทำความเข้าใจ ประเมิน และใช้ข้อมูลด้านสุขภาพเพื่อตัดสินใจและดูแลสุขภาพของตนเองอย่างเหมาะสม เมื่อบุคคลมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับสูง จะสามารถจัดการตนเองและเลือกพฤติกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพได้ดียิ่งขึ้น อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพตามหลัก 3อ 2ส มีระดับคะแนนต่ำกว่าด้านอื่น โดยอยู่ในระดับปานกลางเป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 47.37) และมีผู้ที่อยู่ในระดับต่ำร้อยละ 10.33 (Mean = 2.31, S.D. = 0.65) แสดงให้เห็นว่า แม้ว่าผู้ป่วยจะสามารถเข้าถึงข้อมูลและใช้บริการสุขภาพได้ดี แต่ความรู้เชิงวิชาการเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและการดูแลตนเองยังไม่เพียงพอ ทั้งนี้อาจเกิดจากข้อจำกัดด้านระดับการศึกษาและอายุของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งส่วนใหญ่มีอายุ 45 ปีขึ้นไป จึงอาจมีข้อจำกัดในการทำความเข้าใจข้อมูลสุขภาพที่มีความซับซ้อน ส่งผลให้การรับรู้ความรู้เชิงลึกยังไม่สูงเท่าทักษะด้านอื่น สำหรับพฤติกรรมสุขภาพโดยรวม พบว่าอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 74.12 (Mean = 2.74, S.D. = 0.44) แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีการปฏิบัติตัวในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงได้อย่างเหมาะสม

โดยเฉพาะด้านการรับประทานยา ซึ่งผู้ป่วยทุกคนมีพฤติกรรมอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 100) รองลงมาคือการผ่อนคลายความเครียด (ร้อยละ 90.23) และการออกกำลังกาย (ร้อยละ 75.86) สะท้อนถึงการให้ความสำคัญกับการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องตามคำแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์ และการได้รับการติดตามดูแลจากคลินิกโรคเรื้อรังอย่างสม่ำเสมอในทางตรงกันข้าม พบว่าพฤติกรรมด้าน การควบคุมอาหาร และ การควบคุมน้ำหนัก อยู่ในระดับปานกลางเป็นส่วนใหญ่ โดยด้านการควบคุมอาหารมีผู้ที่อยู่ในระดับปานกลางถึงร้อยละ 84.48 (Mean = 2.05, S.D. = 0.39) และด้านการควบคุมน้ำหนักอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 67.24 (Mean = 2.32, S.D. = 0.47) แสดงให้เห็นว่าการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านอาหารยังเป็นประเด็นที่ทำได้ยาก แม้ว่าผู้ป่วยจะมีความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่เหมาะสม แต่การนำไปปฏิบัติจริงอาจได้รับอิทธิพลจากพฤติกรรมการบริโภคเดิม วัฒนธรรมอาหารในครอบครัว และการบริโภคอาหารรสเค็มซึ่งเป็นวิถีชีวิตของคนในชุมชนภาคใต้ จึงทำให้การลดการบริโภคโซเดียมและการควบคุมน้ำหนักยังไม่ประสบผลสำเร็จเท่าที่ควร

ตารางที่ 2 สัมประสิทธ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงตำบลตำตัว

ตัวแปรอิสระ	ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงตำบลตำตัว		
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (r)	P-value	ระดับความสัมพันธ์
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	0.482	0.000	มีความสัมพันธ์ทางบวก
ด้านการเข้าถึงข้อมูลบริการสุขภาพตามหลัก3อ 2ส	0.384	0.001	มีความสัมพันธ์ทางบวก
ด้านการสื่อสารทางสุขภาพตาม 3อ2ส	0.207	0.006	มีความสัมพันธ์ทางบวก
ด้านการจัดการตนเอง ตาม 3อ2ส	0.297	0.001	มีความสัมพันธ์ทางบวก
ด้านการรู้เท่าทันสื่อและสาระสนเทศ ตามหลัก 3อ2ส	0.349	0.001	มีความสัมพันธ์ทางบวก
ด้านการตัดสินใจตาม 3อ2ส	0.398	0.001	มีความสัมพันธ์ทางบวก
ด้านความรู้เข้าใจทางสุขภาพตามหลัก3อ2ส	0.308	0.001	มีความสัมพันธ์ทางบวก

การอภิปรายผลและสรุปผล

การวิจัยเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตำตัวอำเภอตะกั่วป่าจังหวัดพังงา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ผลการศึกษาพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.482$, P-value < 0.001) ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัย และสามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

ผลการวิจัยครั้งนี้สะท้อนให้เห็นว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในตำบลตำตัวโดยรวมอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 82.57, $\overline{X}$= 2.65, S.D. = 0.31) ซึ่งอธิบายได้ตามแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพของ Don Nutbeam (2000) ที่เสนอว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นความสามารถของบุคคลในการเข้าถึง ทำความเข้าใจ ประเมิน และใช้ข้อมูลสุขภาพเพื่อการตัดสินใจดูแลสุขภาพอย่างเหมาะสม ประกอบด้วยองค์ประกอบสำคัญ ได้แก่ ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ การสื่อสารทางสุขภาพ การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ การตัดสินใจ และการจัดการตนเอง ผลการศึกษาครั้งนี้แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีศักยภาพในการใช้ข้อมูลสุขภาพเพื่อนำไปสู่การดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งอาจเป็นผลจากการได้รับการติดตามดูแลอย่างต่อเนื่องจากบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่ รวมถึงการดำเนินกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพในระดับชุมชนอย่างสม่ำเสมอ

เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศตามหลัก 3อ2ส มีคะแนนสูงที่สุด (ร้อยละ 94.25, $\overline{X}$= 2.00, S.D. = 0.00) สะท้อนว่าผู้ป่วยสามารถแยกแยะข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพและเลือกใช้ข้อมูลที่เหมาะสมได้ดี ทั้งนี้อาจเนื่องจากปัจจุบันประชาชนเข้าถึงข้อมูลผ่านสื่อดิจิทัลและช่องทางประชาสัมพันธ์ของหน่วยบริการสุขภาพได้มากขึ้น ส่งผลให้เกิดการเรียนรู้และการกลั่นกรองข้อมูลสุขภาพอย่างมีวิจารณญาณ สอดคล้องกับการศึกษาของฉัตรสุดา ลัดสูงเนิน และคณะ (2568) ที่พบว่าโปรแกรมสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพสามารถพัฒนาความสามารถในการวิเคราะห์ข้อมูลสุขภาพและนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติรองลงมาคือ ด้านการตัดสินใจตามหลัก 3อ2ส (ร้อยละ 91.38, $\overline{X}$= 2.91, S.D. = 0.28) และ ด้านการจัดการตนเองตามหลัก 3อ2ส (ร้อยละ 90.20, $\overline{X}$= 2.90, S.D. = 0.30) ซึ่งแสดงว่าผู้ป่วยสามารถนำข้อมูลสุขภาพมาวิเคราะห์เพื่อตัดสินใจเลือกแนวทางปฏิบัติที่เหมาะสม และสามารถควบคุมพฤติกรรมสุขภาพของตนเองได้ในระดับดี สอดคล้องกับแนวคิดของ Nutbeam ที่ระบุว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับวิจารณญาณ (Critical health literacy) จะช่วยให้บุคคลสามารถประเมินข้อมูลและนำไปสู่การตัดสินใจเพื่อสุขภาพได้อย่างมีเหตุผล สำหรับ ด้านการสื่อสารทางสุขภาพ และ ด้านการเข้าถึงข้อมูลบริการสุขภาพ ที่อยู่ในระดับสูงเช่นกัน สะท้อนว่าผู้ป่วยมีความสามารถในการสื่อสารสอบถามข้อมูลกับบุคลากรทางสุขภาพ และเข้าถึงแหล่งบริการได้

อย่างเหมาะสม ซึ่งเป็นพื้นฐานสำคัญของการดูแลโรคเรื้อรังอย่างต่อเนื่องในส่วนของพฤติกรรมสุขภาพ พบว่าภาพรวมอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 74.12, $\overline{X}$= 2.74, S.D. = 0.44) แสดงว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีการปฏิบัติตนที่เหมาะสมในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง ผลดังกล่าวสอดคล้องกับงานวิจัยของนันทิกา พริบไหว (2568) ที่พบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับสูง ($\overline{X}$= 3.43, SD = 0.56) และความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมดังกล่าวเมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า การรับประทานยา มีคะแนนสูงที่สุด ($\overline{X}$= 2.00, S.D. = 0.00) แสดงว่าผู้ป่วยให้ความสำคัญกับการรับประทานยาตามแผนการรักษาอย่างเคร่งครัด อาจเป็นผลจากการติดตามโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและระบบการนัดหมายที่มีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของณัฐดนัย สดคมขำ (2565) ที่พบว่าพฤติกรรมการรับประทานยามีอิทธิพลต่อการควบคุมระดับความดันโลหิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติด้าน การควบคุมการดื่มสุรา อยู่ในระดับสูงเช่นกัน สะท้อนถึงการรับรู้ถึงผลกระทบของแอลกอฮอล์ต่อความดันโลหิตและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสมอย่างไรก็ตาม พบว่า ด้านการควบคุมอาหาร และ การออกกำลังกาย อยู่ในระดับปานกลาง ขณะที่ ด้านการควบคุมน้ำหนัก อยู่ในระดับต่ำสุด ($\overline{X}$= 2.32, S.D. = 0.47) ประเด็นนี้สะท้อนว่าการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับวิถีชีวิตประจำวันยังเป็นความท้าทาย แม้ผู้ป่วยจะมีความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับโรค แต่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมระยะยาวยังต้องอาศัยแรงสนับสนุนทางสังคม สิ่งแวดล้อม และแรงจูงใจภายใน สอดคล้องกับงานวิจัยของกรวิกา พรมจวง และคณะ (2568) ที่พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมและอิทธิพลระหว่างบุคคลเป็นปัจจัยสำคัญในการทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยเฉพาะด้านการตัดสินใจ (r = 0.398), การเข้าถึงข้อมูลบริการสุขภาพ (r = 0.384) และการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ (r = 0.349) แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยที่มีความสามารถในการเข้าถึง วิเคราะห์และตัดสินใจใช้ข้อมูลสุขภาพได้ดี จะมีแนวโน้มปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมมากขึ้น

ผลดังกล่าวสนับสนุนทฤษฎีของ Nutbeam อย่างชัดเจนว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นปัจจัยพื้นฐานที่นำไปสู่พฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม และสอดคล้องกับการศึกษาของนันทิกา พริบไหว (2568) ที่พบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง (β = 0.142, p = 0.001) รวมถึงงานของฉัตรสุดา ลัดสูงเนิน และคณะ (2568) ที่ยืนยันว่าการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพสามารถส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพได้จริง โดยสรุป ผลการวิจัยครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่า การส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3อ2ส มีบทบาทสำคัญต่อการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยเฉพาะการเสริมสร้างทักษะด้านการตัดสินใจ การเข้าถึงข้อมูล และการรู้เท่าทันสื่อ อย่างไรก็ตาม ควรพัฒนาโปรแกรมเฉพาะเพื่อส่งเสริมพฤติกรรม

ด้านการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการควบคุมน้ำหนัก ซึ่งยังเป็นจุดที่ต้องได้รับการพัฒนาเพิ่มเติม เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้อย่างยั่งยืนและลดภาวะแทรกซ้อนในระยะยาว

ข้อเสนอแนะจากงานวิจัย

ควรส่งเสริมและพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ การสื่อสารทางสุขภาพ และการตัดสินใจเลือกปฏิบัติสุขภาพตามหลัก 3อ2ส เนื่องจากผลการวิจัยพบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลควรจัดโปรแกรมสุขศึกษาเชิงรุกแบบมีส่วนร่วมเช่น การจัดกิจกรรมกลุ่ม การฝึกปฏิบัติจริง การสาธิตการเลือกอาหารลดเค็ม และการออกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วย เพื่อให้สามารถนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงทดลองหรือกึ่งทดลองเพื่อประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพและการควบคุมระดับความดันโลหิตต่อไป.

เอกสารอ้างอิง

กรวิกา พรมจวง, เกียรติศักดิ์ แซ่อิว, และสิตานันท์ จันทร์โต. (2568). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพชุมชน, 18(2), 77–91.

เขมิกา สมบัติโยธา, วิทยา อยู่สุข, นิรุวรรณ เทิรนโบล์. (2560). พฤติกรรมสุขภาพกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง อำเภอเชียงยืน จังหวัดมหาสารคาม. J Sci Technol MSU; 38(1): 47-59.

ฉัตรสุดา ลัดสูงเนิน, พัดชา หิรัญวัฒนกุล, และณัชชลิดา ยุคะลัง. (2568). ประสิทธิผลของโปรแกรมสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ตำบลโพธิ์กลาง อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา. วารสารสาธารณสุขชุมชน, 21(3), 112–126.

ดรุณี ชุณหะวัต. (2549). **การดูแลผู้ป่วยเรื้อรังแบบมีส่วนร่วม : มิตรภาพบำบัด.** ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทย์ศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี.

นันทิกา พริบไหว. (2568). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการรักษาในโรงพยาบาลเวียงสา จังหวัดน่าน. วารสารวิจัยด้านสุขภาพและการพยาบาล, 24(1), 45–58.

ณัฐดนัย สดคมขำ. (2565). ปัจจัยที่ส่งผลต่อการควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดปฐมภูมิ จังหวัดสมุทรสงคราม. วารสารวิชาการสาธารณสุข, 31(4), 523–536.

Division of Non Communicable Diseases. (2565). รายงานสถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรังของประเทศไทย. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.

Don Nutbeam. (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.

Ministry of Public Health. (2566). แนวทางการดูแลรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป. กระทรวงสาธารณสุข.

World Health Organization. (2023). Hypertension. World Health Organization

Received: 7 Jul 2026 ; **Revised:** 22 Jul 2026
Accepted: 29 Jul 2026

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางติบ อำเภอคุระบุรี จังหวัดพังงา

นิภาภรณ์ อินทร์คง [1]

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่2 ประชากรคือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางติบ อำเภอคุระบุรี จังหวัดพังงา ปีงบประมาณ 2569 จำนวน 140 คน โดยใช้สูตรการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างของ Daniel เท่ากับ 109 คน ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบมีระบบ เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ คุณลักษณะส่วนบุคคล การรับรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ แบบสอบถามผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน และนำไปทดลองใช้เพื่อวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟ่าครอนบาค เท่ากับ 0.911 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันที่ระดับความเชื่อมั่น 0.05 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า การรับรู้ด้านสุขภาพมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง (55.96%) ($\overline{X}$ = 2.56, S.D. = 0.499) พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง (75.23%) ($\overline{X}$ = 2.75, S.D. = 0.434) ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางติบ อำเภอคุระบุรี จังหวัดพังงา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ การรับรู้ด้านสุขภาพ ($r = 0.339$, P-value<0.001)

คำสำคัญ : การรับรู้ด้านสุขภาพ, พฤติกรรมสุขภาพ, ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

[1] โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางติบ อำเภอคุระบุรี จังหวัดพังงา, E-mail: npptaan9@gmail.com

Factor associated with health behavior among Type 2 Diabetes Mellitus patients in Bangtib Sub-district Health Promoting Hospital, Kuraburi District, Phangnga Province.

Nipaporn Inkong [1]

Abstract

This descriptive research aimed to investigate factors associated with health behaviors among patients with type 2 diabetes mellitus. The study population consisted of 140 patients with type 2 diabetes mellitus in Bangtib Sub-district Health Promoting Hospital, Kuraburi District, Phangnga Province in the fiscal year 2025. The sample size was calculated using Daniel's formula, resulting in 109 participants, who were selected through systematic random sampling. Data were collected using a questionnaire consisting of three parts: personal characteristics, health perception, and health behaviors. The questionnaire was validated for content validity by three experts and pilot-tested to assess reliability using Cronbach's alpha coefficient, yielding a reliability coefficient of 0.911. Data were analyzed using descriptive statistics and Pearson's product-moment correlation coefficient at a significance level of 0.05.

The results revealed that health perception among patients with type 2 diabetes mellitus was at a high level (55.96%) ($\overline{X}$ = 2.56, S.D. = 0.499). Health behaviors of patients with type 2 diabetes mellitus were also at a high level (75.23%) ($\overline{X}$ = 2.75, S.D. = 0.434). Correlation analysis showed that health perception was positively associated with health behaviors among patients with type 2 diabetes mellitus in Bangtib Sub-district Health Promoting Hospital, Kuraburi District, Phangnga Province, with statistical significance at the 0.05 level ($r = 0.339$, $p < 0.001$).

Keywords: Health Perception, Health Behavior, Patients with Type 2 Diabetes

[1] Bangtib Sub-district Health Promoting Hospital, Kuraburi District, Phangnga Province, E-mail : npptaan9@gmail.com

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นโรคไม่ติดต่อ ที่พบได้ในประชากรทุกประเทศทั่วโลก ก่อให้เกิดปัญหาเรื้อรังทางสุขภาพ เพราะไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ โรคเบาหวานสามารถถ่ายทอดทางพันธุกรรมได้ แต่สาเหตุส่วนใหญ่ของโรคเบาหวานเกิดจากพฤติกรรมรวมถึงการดำรงชีวิตของคนที่อยู่ดีกินดีเกินไป ขาดการออกกำลังกาย หากไม่สามารถควบคุมโรคได้จะก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพเรื้อรัง ส่งผลกระทบต่อร่างกายทุกระบบ มีความบกพร่องในการทำหน้าที่และเกิดความล้มเหลวของอวัยวะ เช่น ตา ไต ระบบประสาท ระบบหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งมักพบหลังจากเป็นเบาหวานมาประมาณ 5-10 ปี สถานการณ์และแนวโน้มประชากรโรคเบาหวานของประเทศไทยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในปี 2566 มีผู้ป่วยรายใหม่ เพิ่มขึ้น 3 แสนคนต่อปี ในปี พ.ศ. 2565 มีผู้ป่วยโรคเบาหวานสะสมจำนวน 3.3 ล้านคน เพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2564 มากถึง 1.5 แสนคน (กองโรคไม่ติดต่อ/สำนักสื่อสารความเสี่ยงฯกรมควบคุมโรค, 2566)

ในจังหวัดพังงาก็มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยในปี พ.ศ.2566–2568 มีจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานเท่ากับ 16,568, 16,968 และ 17,513 คน คิดเป็นอัตราป่วยต่อแสนประชากรเท่ากับ 6,569.31, 6,344.55 และ 6,855.10 ขณะที่ผู้ป่วยที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีมีเพียงร้อยละ 41.71, 44.12 และ 44.00 ตามลำดับ ในอำเภอคุระบุรี พบจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานเท่ากับ 1,537, 1,589 และ 1,670 คน คิดเป็นอัตราป่วยต่อแสนประชากรเท่ากับ 6,190.59, 5,662.26 และ 6,634.88 และผู้ป่วยที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีมีเพียงร้อยละ 45.15, 45.63 และ 42.22 ตามลำดับ ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางติบ มีจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานเท่ากับ 140, 140 และ 144 คน คิดเป็นอัตราป่วยต่อแสนประชากรเท่ากับ 6,205.67, 6,148.44 และ 6,629.83 และพบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีมีเพียงร้อยละ 46.43, 47.14 และ 45.83 ตามลำดับ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพังงา,2566–2568) ซึ่งต่ำกว่าเป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุข และสะท้อนให้เห็นว่ายังมีผู้ป่วยมากกว่าร้อยละ 50 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ตามเกณฑ์ อันอาจนำไปสู่การเกิดภาวะแทรกซ้อนในระยะยาว

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานส่วนใหญ่มีปัจจัยเสี่ยงด้านพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ ภาวะอ้วน น้ำหนักเกิน รอบเอวเกินเกณฑ์ การมีโรคร่วม คือความดันโลหิตสูง การบริโภคอาหารรสหวาน การมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการรับประทานยาไม่ต่อเนื่องตามแผนการรักษา ซึ่งปัจจัยเสี่ยงเหล่านี้ล้วนเป็นปัจจัยที่สามารถปรับเปลี่ยนได้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางติบ เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงประจักษ์ในการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย และ

นำผลการศึกษาที่ได้ไปใช้ในการพัฒนารูปแบบหรือโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ อันจะนำไปสู่การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ตามเกณฑ์ ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน และส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยโรคเบาหวานอย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางติบ อำเภอคุระบุรี จังหวัดพังงา

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research Study) ดำเนินการวิจัย เดือนมกราคม ถึงมิถุนายน พ.ศ. 2569 โดยกำหนดตัวแปรอิสระ ได้แก่ 1) คุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 2) การรับรู้ด้านสุขภาพ โดยใช้แนวคิดของ (Rosenstock, 1974) ตัวแปรตาม ได้แก่ พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่2 ในเขตพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางติบ อำเภอคุระบุรี จังหวัดพังงา ปีงบประมาณ 2569 จำนวน 140 คน มีเกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีผลการตรวจระดับน้ำตาลในพลาสมาจากหลอดเลือดดำก่อนอาหาร มากกว่าหรือเท่ากับ 126 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ได้รับการรักษาในคลินิกโรคเบาหวานอย่างต่อเนื่อง อย่างน้อย 1 ปี ไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากโรคเบาหวาน ได้แก่ ตา ไต เท้า หัวใจ สามารถติดต่อสื่อสาร พูด อ่าน เขียน ฟังภาษาไทยได้ เกณฑ์การคัดออก คือ ผู้ที่ไม่สมัครใจตอบแบบสอบถาม มีการเจ็บป่วยในช่วงเก็บข้อมูลจนไม่สามารถให้ข้อมูลได้ และผู้ที่ย้ายที่อยู่อาศัยออกนอกเขตพื้นที่ระหว่างดำเนินการวิจัย คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตร Daniel (2010) กำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ 95% ค่าความคลาดเคลื่อนสามารถยอมรับได้เท่ากับ 0.05 ได้กลุ่มตัวอย่าง 109 คน ใช้วิธีการสุ่มแบบมีระบบ (Systematic Random Sampling) เพื่อเลือกรายชื่อผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นกลุ่มตัวอย่าง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลคือ แบบสอบถาม ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 เป็นข้อคำถามที่เกี่ยวกับคุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่2 เป็นข้อคำถามแบบปลายปิดและเติมคำลงในช่องว่างจำนวน 10 ข้อ ได้แก่ เพศ, อายุ, สถานภาพสมรส, ระดับการศึกษา, การประกอบอาชีพรายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน, สิทธิ์ด้านการรักษาพยาบาล, ระยะเวลาการป่วยโรคเบาหวาน, ระดับ HbA1C, ประวัติญาติสายตรงเป็นโรคเบาหวาน และผู้ที่ทำหน้าที่หลักในการดูแล

ส่วนที่ 2 เป็นข้อคำถามที่เกี่ยวกับการรับรู้ด้านสุขภาพ (Rosenstock, 1974) ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคเบาหวาน, การรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวาน, การรับรู้ประโยชน์ของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และการรับรู้อุปสรรคของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ลักษณะข้อคำถามแบบประมาณค่า 5 ระดับคือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ส่วนที่ 3 เป็นข้อคำถามที่เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ได้แก่ การปฏิบัติตามแผนการรักษา,การพบแพทย์ตามนัด,การรับประทานยา,การรับประทานอาหาร,การออกกำลังกาย, การจัดการความเครียด,การไม่สูบบุหรี่ และการไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 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 ท่าน ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา นำแบบสอบถามไปทดลองใช้คำนวณค่าความเที่ยง (Reliability) ด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาค (Cronbach, 1951) เท่ากับ 0.911

สถิติวิเคราะห์

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

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้ดำเนินการขอความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยนอร์ทเทิร์น เอกสารรับรองเลขที่ NREC 0020/2569 ลงวันที่ 15 มกราคม 2569

ผลการศึกษาวิจัย

ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (74.31%) อายุอยู่ระหว่าง 50-77 ปี (77.06%) มีอายุเฉลี่ย 64.68 ปี (S.D.=10.287) อายุสูงสุด 85 ปี และอายุต่ำสุด 38 ปี สถานภาพสมรสของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ แต่งงาน/อยู่ด้วยกัน (62.39%) ระดับการศึกษาสูงสุดส่วนใหญ่ จบระดับประถมศึกษามากสุด (85.23%) ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพ เกษตรกรรม/ประมง (45.87%) รายได้ต่อเดือน (บาท) ส่วนใหญ่ 2,000-10,000 บาท (62.39%) โดยกลุ่มตัวอย่างมีรายได้เฉลี่ย 7,808.26 บาท (S.D.=5.606) รายได้สูงสุด 25,000บาท และรายได้ต่ำสุด 600 บาท สิทธิ์ด้านการรักษา ส่วนใหญ่ใช้สิทธิ์หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (81.65%) ระยะเวลาที่เป็น ส่วนใหญ่เป็นมา 4-15 ปี (70.64%) โดยกลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลาที่ป่วยเป็นเบาหวานเฉลี่ย 9.45 ปี (S.D.= 7.709) ระยะเวลาที่ป่วยเป็นเบาหวานสูงสุด 34 ปี และระยะเวลาที่ป่วยเป็นเบาหวานต่ำสุด 1 ปี ค่าระดับ HbA1C ส่วนใหญ่ มีค่า 6-8 % (72.48%) โดยกลุ่มตัวอย่างมีระดับน้ำตาลเฉลี่ย 6.98 % (S.D.=1.335) มีระดับน้ำตาลสูงสุด 12.3 % และมีระดับน้ำตาลต่ำสุด 4% มีประวัติญาติสายตรงเป็นเบาหวาน (56.88%) ส่วนใหญ่จากมารดา (34.86%) ผู้ทำหน้าที่หลักในการดูแล ส่วนใหญ่ดูแลตนเอง (75.23%)

ส่วนการรับรู้ด้านสุขภาพ ในภาพรวมอยู่ในระดับสูง (55.96%) ($\overline{X}$ =2.56, S.D.=0.499) เมื่อพิจารณาการรับรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่2 จำแนกรายด้านที่มีคะแนนในระดับสูง ได้แก่ ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยง ($\overline{X}$ =2.66, S.D.=0.548) ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการปรับพฤติกรรม ($\overline{X}$ =2.96, S.D.=0.189) และด้านการรับรู้อุปสรรคในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ($\overline{X}$ =2.34, S.D.=0.736) ส่วนด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคพบว่าอยู่ในระดับปานกลาง (55.05%) ($\overline{X}$ =2.45, S.D.=0.450) ตามลำดับ (ตามตารางที่ 1)

และด้านพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในภาพรวมอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 75.23) ($\overline{X}$ =2.75, S.D.=0.434) เมื่อพิจารณารายข้อคำถามพบว่า ข้อคำถามที่มีค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมสุขภาพสูงสุด คือ การไม่ดื่มสุรา ($\overline{X}$ =2.89, S.D.=0.369) การไม่สูบบุหรี่ ($\overline{X}$ =2.77, S.D.=0.521) ตามลำดับ ข้อคำถามที่มีค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมสุขภาพต่ำสุด คือ การออกกำลังกาย ($\overline{X}$ =2.11, S.D.= 0.466) การรับประทานอาหาร ($\overline{X}$ =2.44, S.D.= 0.517) ตามลำดับ (ตามตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 การรับรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 (n=109)

ตัวแปรอิสระ	ระดับคะแนน						Mean	S.D.
	สูง		ปานกลาง		ต่ำ			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ด้านการรับรู้สุขภาพ	**61**	**55.96**	**48**	**44.04**	**0**	**0**	**2.56**	**0.499**
1.การรับรู้โอกาสเสี่ยง	76	69.72	29	26.61	4	3.67	2.66	0.548
2.การรับรู้ความรุนแรง	49	44.95	60	55.05	0	0	2.45	0.450
3.การรับรู้ประโยชน์	105	96.33	4	3.67	0	0	2.96	0.189
4.การรับรู้อุปสรรค	54	49.54	38	34.86	17	15.60	2.34	0.736
รวมด้านพฤติกรรมสุขภาพ	**82**	**75.23**	**27**	**24.77**	**0**	**0**	**2.75**	**0.434**
1.การปฏิบัติตามแผนการรักษา	71	65.14	34	31.19	4	3.67	2.61	0.560
2.การพบแพทย์ตามนัด	69	63.3	33	30.28	7	6.42	2.57	0.614
3.การรับประทานยา	80	73.39	24	22.02	5	4.59	2.69	0.556
4.การรับประทานอาหาร	49	44.95	59	54.13	1	0.92	2.44	0.517
5.การออกกำลังกาย	19	17.43	84	77.06	6	5.50	2.11	0.466
6.การจัดการความเครียด	59	54.13	46	42.2	4	3.67	2.50	0.571
7.การไม่สูบบุหรี่	89	81.65	15	13.76	5	4.59	2.77	0.521
8.การไม่ดื่มสุรา	99	90.83	8	7.34	2	1.83	2.89	0.369

จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ตามตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ตัวแปรอิสระที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางติบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ การรับรู้ด้านสุขภาพ (r=0.339, P-value<0.001)

ตารางที่ 2 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ระหว่างการรับรู้ด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

ปัจจัย	พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2		
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (r)	P-value	ระดับความสัมพันธ์
การรับรู้ด้านสุขภาพ	0.339	<0.001	มีความสัมพันธ์ทางบวก
- การรับรู้โอกาสเสี่ยง	0.188	0.050	มีความสัมพันธ์ทางบวก
- การรับรู้ความรุนแรง	0.348	<0.001	มีความสัมพันธ์ทางบวก
- การรับรู้ประโยชน์	0.340	<0.001	มีความสัมพันธ์ทางบวก
- การรับรู้อุปสรรค	0.197	0.040	มีความสัมพันธ์ทางบวก

การอภิปรายผลและสรุปผล

การรับรู้ด้านสุขภาพ (Health Perception) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r=0.339, P-value<0.001) สามารถอธิบายเหตุผลได้ว่า การที่บุคคลจะแสดงพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหรือควบคุมโรค จะขึ้นอยู่กับการรับรู้ของบุคคลใน 4 ด้าน ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรค หากผู้ป่วยรับรู้ว่าตนเองมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน รับรู้ว่าโรคมีความรุนแรง และเชื่อว่าการดูแลตนเองอย่างเหมาะสมจะช่วยลดความเสี่ยงได้ ก็จะเกิดแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง (Rosenstock, 1974) ซึ่งตรงกับแนวคิดทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ที่ระบุว่า เมื่อบุคคลตระหนักและรับรู้ว่าตนเองมีความเสี่ยงที่จะเจ็บป่วย (Perceived Susceptibility) จะเกิดความตื่นตัวและแรงจูงใจในการหลีกเลี่ยงภาวะคุกคามนั้น ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีการเอาใจใส่และกระตือรือร้นในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น และผลการวิจัยครั้งนี้ สอดคล้องกับงานวิจัยของ ลักษณา เปลี่ยนวงศ์ (2565) ที่ศึกษาการรับรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน พบว่า ผู้ป่วยที่มีระดับการรับรู้ด้านสุขภาพสูงมีแนวโน้มปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้ดีกว่าผู้ที่มีระดับการรับรู้ต่ำ โดยเฉพาะในด้านการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ สะท้อนให้เห็นว่าการรับรู้ด้านสุขภาพเป็นกลไกสำคัญที่ช่วยกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนักเห็นความสำคัญของการดูแลตนเอง และสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างเหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาของวุฒิชัย คำพูน และถาวร มาต้น (2568) ที่พบว่า การรับรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับ

พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผู้ป่วยที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยง ความรุนแรง และประโยชน์ของการรักษาในระดับสูง จะมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมมากกว่า อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาครั้งนี้แตกต่างจากการศึกษาของลักษณา เปลี่ยนวงศ์ (2564) ที่พบว่า แม้ผู้ป่วยจะมีการรับรู้ด้านสุขภาพในระดับสูง แต่พฤติกรรมสุขภาพยังอยู่เพียงระดับปานกลาง ทั้งนี้อาจเนื่องจากการรับรู้เพียงอย่างเดียวอาจไม่เพียงพอต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม หากขาดการติดตามต่อเนื่อง การเสริมแรง และการสนับสนุนจากทีมสุขภาพหรือครอบครัว

การรับรู้โอกาสเสี่ยง (Perceived Susceptibility) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r=0.188, P-value=0.050) สามารถอธิบายเหตุผลได้ว่า ความเชื่อของบุคคลที่มีผลโดยตรงต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพทั้งในภาวะปกติและภาวะเจ็บป่วย แต่ละบุคคลจะมีความเชื่อในระดับที่ไม่เท่ากัน ดังนั้นบุคคลเหล่านี้จึงหลีกเลี่ยงต่อการเป็นโรคด้วยการปฏิบัติตามเพื่อป้องกันและรักษาสุขภาพที่แตกต่างกันจึงเป็นความเชื่อของบุคคลต่อความถูกต้องของการวินิจฉัยโรคของแพทย์ การคาดคะเนถึงโอกาสของการเกิดโรคซ้ำหรือการง่ายที่จะป่วยเป็นโรคต่างๆ มีรายงานการวิจัยหลายเรื่องที่ให้การสนับสนุนความเชื่อต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคว่ามีความสัมพันธ์ในทางบวกกับพฤติกรรม การปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ เช่น เมื่อบุคคลป่วยเป็นโรคใดโรคหนึ่ง ความรู้สึกของบุคคลที่ว่าตนเองจะมีโอกาสป่วยเป็นโรคนั้นๆอีกจะมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับ การปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคไม่ให้เกิดกับตนเองอีก (Rosenstock, 1974) จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลวิจัยพบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีระดับการรับรู้อยู่ในระดับสูง (69.72%) โดยผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 รับรู้ประโยชน์ในประเด็นต่างๆ ได้แก่ การไม่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดทำให้ท่านมีโอกาสเกิดโรคแทรกซ้อน ท่านมีโอกาสเสี่ยงที่จะมีภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน และ ท่านมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตจากโรคเบาหวานตามลำดับ ผลการวิจัยครั้งนี้ สอดคล้องกับการศึกษาของ อภิชัย คุณีพงษ์ และคณะ (2567) ที่พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผู้ป่วยที่รับรู้ว่าตนเองมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน จะมีความตระหนักและปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพด้านการควบคุมอาหาร การรับประทานยา และการมาตรวจตามนัดได้เหมาะสมมากกว่า

การรับรู้ความรุนแรง (Perceived Severity) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r=0.348, P-value<0.001) สามารถอธิบายเหตุผลได้ว่า การประเมินการรับรู้ความรุนแรงของโรค ปัญหาสุขภาพหรือผลกระทบจากการเกิดโรค ซึ่งก่อให้เกิดความพิการหรือเสียชีวิต การประเมินความรุนแรงนั้นอาศัยระดับต่างๆของการกระตุ้นเร้าของบุคคลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยนั้น ซึ่ง

อาจจะมองความรุนแรงของการเจ็บป่วยนั้น ทำให้เกิดความพิการหรือตายได้หรือไม่หรืออาจมีผลกระทบต่อหน้าที่การงาน เมื่อบุคคลเกิดการรับรู้ความรุนแรงของโรคหรือการเจ็บป่วยแล้วจะมีผลทำให้บุคคลปฏิบัติตามคำแนะนำเพื่อการป้องกันโรค (Rosenstock, 1974) จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลวิจัยพบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีระดับการรับรู้ความรุนแรง อยู่ในระดับปานกลาง (55.05%) โดยผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 รับรู้ประโยชน์ในประเด็นต่างๆ ได้แก่ การไม่ดูแลควบคุมโรคเบาหวานทำให้คุณภาพชีวิตของท่านแย่ลง และภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานส่งผลกระทบต่อชีวิตประจำวันของท่าน ผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ วุฒิชัย คำพูน และถาวร มาต้น (2568) ที่พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผู้ป่วยที่ตระหนักถึงความรุนแรงของโรคและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น จะมีพฤติกรรมด้านการควบคุมอาหาร การรับประทานยา การออกกำลังกาย และการมาตรวจตามนัดได้เหมาะสมมากกว่าผู้ป่วยที่มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคในระดับต่ำ

การรับรู้ประโยชน์ (Perceived Benefits) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.340$, $P\text{-value}<0.001$) สามารถอธิบายเหตุผลได้ว่า การที่บุคคลแสวงหาวิธีการปฏิบัติให้หายจากโรคหรือป้องกันไม่ให้เกิดโรคโดยการปฏิบัตินั้น ต้องมีความเชื่อว่าเป็นการกระทำที่ดีมีประโยชน์และเหมาะสมที่จะทำให้หายหรือไม่เป็นโรคนั้นๆ ดังนั้น การตัดสินใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำก็ขึ้นอยู่กับการเปรียบเทียบถึงข้อดีและข้อเสียของพฤติกรรมนั้น โดยเลือกปฏิบัติในสิ่งที่ก่อให้เกิดผลดีมากกว่าผลเสีย (Rosenstock, 1974) จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลวิจัยพบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีระดับการรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค อยู่ในระดับสูง (96.33%) โดยผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 รับรู้ประโยชน์ในประเด็นต่างๆ ได้แก่ การไม่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดทำให้ท่านมีโอกาสเกิดโรคแทรกซ้อน ท่านมีโอกาสเสี่ยงที่จะมีภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน และ ท่านมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตจากโรคเบาหวานตามลำดับ ผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ นันทพร จันทร์เพ็ญ และคณะ (2566) ที่พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการรักษามีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผู้ป่วยที่เชื่อว่าการควบคุมอาหาร การรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ และการออกกำลังกายสามารถลดความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานได้ จะมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมมากกว่ากลุ่มที่มีการรับรู้ประโยชน์ในระดับต่ำ ทั้งนี้สะท้อนให้เห็นว่าการส่งเสริมให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาอย่างถูกต้องและต่อเนื่อง เป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยกระตุ้นให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างเหมาะสมและยั่งยืน

การรับรู้ต่ออุปสรรค (Perceived Barriers) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r=0.197, P-value=0.040) สามารถอธิบายเหตุผลได้ว่าการคาดการณ์ล่วงหน้าของบุคคลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยของบุคคลในทางลบ ซึ่งอาจได้แก่ ค่าใช้จ่าย หรือผลที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติกิจกรรมบางอย่าง เช่น การตรวจเลือดหรือการตรวจพิเศษทำให้เกิดความไม่สุขสบาย การมารับบริการหรือพฤติกรรมอนามัยนั้นขัดกับอาชีพหรือการดำเนินชีวิตประจำวัน ดังนั้น การรับรู้อุปสรรคเป็นปัจจัยสำคัญต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคและพฤติกรรมของผู้ป่วยนี้สามารถใช้ทำนายพฤติกรรมการให้ความร่วมมือในการรักษาโรคได้ (Rosenstock, 1974) จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลวิจัยพบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีระดับการรับรู้อุปสรรคอยู่ในระดับสูง (49.54%) โดยผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 รับรู้อุปสรรคในประเด็นต่างๆ ได้แก่ การรับประทานยาเป็นเรื่องที่ยุ่งยากและไม่สะดวก การเดินทางไปสถานพยาบาลเพื่อตรวจสุขภาพมีความลำบากและใช้เวลามาก และไม่มีกำลังใจในการดูแลสุขภาพของตนเอง ผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ กนกวรรณ พูลทรัพย์ และคณะ (2567) พบว่า การรับรู้ต่ออุปสรรคมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผู้ป่วยที่สามารถรับรู้และจัดการกับอุปสรรคด้านการรับประทานยา การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการเข้าถึงบริการสุขภาพได้อย่างเหมาะสม จะมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพดีกว่ากลุ่มที่ไม่สามารถจัดการกับอุปสรรคได้ ทั้งนี้สะท้อนให้เห็นว่าการส่งเสริมให้ผู้ป่วยตระหนักรู้และสามารถจัดการกับอุปสรรคในการดูแลสุขภาพ เป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยสนับสนุนให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะจากงานวิจัย

1) จากการรับรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีการรับรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับดี โดยเฉพาะด้านการรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค ซึ่งอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 96.33) รวมทั้งการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 69.72) สะท้อนให้เห็นว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลตนเอง ดังนั้นควรนำจุดแข็งดังกล่าวไปต่อยอดในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานเชิงรุกในชุมชน โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพ อาสาสมัครสาธารณสุข ครอบครัว และผู้ป่วยต้นแบบ เพื่อเสริมแรงจูงใจและคงไว้ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

2) จากข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพพบว่า ด้านการออกกำลังกายและการบริโภคอาหารซึ่งมีระดับต่ำกว่าด้านอื่น อีกทั้งยังพบว่าการรับรู้ความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 55.05) และผู้ป่วยบางส่วนยังรับรู้

อุปสรรคในการดูแลตนเอง ควรนำผลการวิจัยไปใช้ในการพัฒนาแนวทางดูแลเฉพาะด้านและเฉพาะราย โดยจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมกับบริบทของชุมชน เช่น การออกกำลังกายกลุ่ม การสาธิตอาหารสุขภาพ การติดตามเยี่ยมบ้าน และการให้คำปรึกษารายบุคคล เพื่อช่วยลดอุปสรรคในการดูแลตนเอง เพิ่มความตระหนักในการป้องกันภาวะแทรกซ้อน และส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพในระยะยาว

เอกสารอ้างอิง

กนกวรรณ พูลทรัพย์, และคณะ. (2567). การรับรู้อุปสรรคกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2. วารสารการพยาบาลปฐมภูมิ, 19(2), 77–93.

กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. (2566). รายงานสถานการณ์โรคเบาหวานของประเทศไทย ปี 2566. กระทรวงสาธารณสุข.

กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. (2567). รายงานสถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรังและปัจจัยเสี่ยง ปี 2567. กระทรวงสาธารณสุข.

ณันทพร จันทร์เพ็ญ, และคณะ. (2566). การรับรู้ประโยชน์ของการรักษากับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2. วารสารสุขภาพภาคประชาชน, 18(1), 41–56.

พิมพ์ชนก ศรีสวัสดิ์, และคณะ. (2564). ความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2. วารสารวิชาการด้านสุขภาพ, 10(2), 45–58.

ลักษณา เปลี่ยนวงศ์. (2565). การรับรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่นอนรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรมโรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์. วารสารสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ, 5(1), 17–32.

วุฒิชัย คำพูน, และถาวร มาต้น. (2568). ปัจจัยด้านการรับรู้สุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2. วารสารสาธารณสุขชุมชน, 21(1), 33–48.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพังงา. (2566–2568). รายงานข้อมูลผู้ป่วยโรคเบาหวาน จังหวัดพังงา ปีงบประมาณ 2566–2568. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพังงา.

สุพัตรา แก้วมณี. (2561). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2. วารสารการพยาบาลชุมชน, 12(3), 89–102.

สุภาวดี แก้วมณี, และคณะ. (2566). ความรู้เกี่ยวกับโรค การรับรู้ความสามารถของตนเอง และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่สัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2. วารสารการพยาบาลและสุขภาพ, 17(1), 67–82.

อภิชัย คุณีพงษ์, ศรีสุรางค์ เอี่ยมสะอาด, และพัฒนา พรหมณี. (2567). การพัฒนาแนวทางการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ตำบลวัดตูม อำเภอพระนครศรีอยุธยา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา. วารสาร Roi Kaensarn Academi, 9(5), 102–118.

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

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

Daniel, W. W. (2010). Biostatistics: A foundation for analysis in the health sciences (10th ed.). Wiley.

Rosenstock, I. M. (1974). Historical origins of the health belief model. Health Education Monographs, 2(4), 328–335.

Received: 8 Jul 2026 ; **Revised:** 23 Jul 2026
Accepted: 30 Jul 2026

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเกาะเคี่ยม อำเภอเมืองพังงา จังหวัดพังงา

ปรีณาพรรณ ปิยะเดช [1]

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณามีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ประชากรคือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีรายชื่อตามทะเบียนบ้านเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเกาะเคี่ยม จำนวน 155 คน โดยใช้สูตรการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างของ Daniel เท่ากับ 116 คน ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบมีระบบ เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ คุณลักษณะส่วนบุคคล ความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ แบบสัมภาษณ์ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน และนำไปทดลองใช้เพื่อวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟ่าครอนบาค เท่ากับ 0.909 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันที่ระดับความเชื่อมั่น 0.05

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง (69.83%) ($\bar{X}$=2.67, S.D.=0.492) พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง (75.90%) ($\bar{X}$=2.75, S.D.=0.347) ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการ (r=0.203, P-value=0.029) การสื่อสารเกี่ยวกับโรคเบาหวาน (r=0.231, P-value=0.013) การรู้เท่าทันสื่อเกี่ยวโรคเบาหวาน (r=0.283, P-value=0.002) การตัดสินใจเลือกเพื่อแสดงพฤติกรรมในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด (r=0.371, P-value<0.001) การจัดการตนเองเกี่ยวกับโรคเบาหวาน (r=0.450, P-value<0.001)

คำสำคัญ: ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2, พฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด, ความรอบรู้ด้านสุขภาพ

[1] โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเกาะเคี่ยม อำเภอเมืองพังงา จังหวัดพังงา, E-mail :preenapanpp@gmail.com.

Factor associated with blood sugar level control behavior among Type 2 Diabetes Mellitus patients in Bankohkium Sub-district Health Promoting Hospital, Muang Phangnga District, Phangnga Province.

Preenapan Piyadech [1]

Abstract

This descriptive research aimed to study the factors associated with blood glucose control behaviors among patients with Type 2 Diabetes Mellitus. The population consisted of 155 patients with Type 2 Diabetes Mellitus registered in the catchment area of Ban Koh Kiem Health Promoting Hospital. The sample size was calculated using Daniel's formula, resulting in 116 participants selected through systematic random sampling.Data were collected using a structured questionnaire comprising three parts: personal characteristics, health literacy, and health behaviors. The questionnaire was validated by three experts for content validity and pilot-tested to determine reliability using Cronbach's alpha coefficient, yielding a reliability value of 0.909. Data were analyzed using Pearson's Product-Moment Correlation Coefficient at a significance level of 0.05.

The results revealed that health literacy was at a high level (69.83%) (Mean = 2.67, S.D. = 0.492), and health behaviors were also at a high level (75.90%) (Mean = 2.75, S.D. = 0.347). Furthermore, the analysis showed that factors positively associated with blood glucose control behaviors among patients with Type 2 Diabetes Mellitus at the 0.05 significance level included access to health information and services ($r = 0.203$, $p = 0.029$), communication regarding diabetes ($r = 0.231$, $p = 0.013$), media literacy related to diabetes ($r = 0.283$, $p = 0.002$), decision-making for appropriate blood glucose control behaviors ($r = 0.371$, $p<0.001$), and diabetes self-management ($r = 0.450$, $p < 0.001$).

Keywords: Type 2 Diabetes Mellitus patients, blood glucose control behaviors, Health literacy

[1] Bankohkium Sub-district Health Promoting Hospital, Muang Phangnga District, Phangnga Province.
E-mail :preenapanpp@gmail.com.

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทยและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากการเปลี่ยนแปลงด้านเศรษฐกิจ สังคม วิถีชีวิต และพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน โดยเฉพาะการบริโภคอาหารที่มีน้ำตาลและไขมันสูง การขาดการออกกำลังกาย และภาวะน้ำหนักเกินหรือโรคอ้วน กรมควบคุมโรค (2567) รายงานว่าประเทศไทยมีผู้ป่วยโรคเบาหวานประมาณ 6.5 ล้านคน หรือประมาณ 1 ใน 10 ของประชากร และมีผู้ป่วยถึงร้อยละ 40 ที่ไม่ทราบว่าตนเองป่วย นอกจากนี้ยังพบว่าอัตราป่วยโรคเบาหวานของประเทศไทยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยในปี พ.ศ. 2564–2566 พบอัตราป่วยเท่ากับ 7,010, 7,336 และ 7,692 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ (กรมควบคุมโรค , 2567) โรคเบาหวานชนิดที่ 2 ส่วนใหญ่เกิดจากภาวะดื้ออินซูลินร่วมกับการผลิตอินซูลินไม่เพียงพอ มักพบในผู้ที่มีอายุ 30 ปีขึ้นไปและผู้ที่มีภาวะน้ำหนักเกินหรือโรคอ้วน หากไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ อาจนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง เช่น โรคไตเรื้อรัง โรคจอประสาทตาเสื่อม โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง และความผิดปกติของระบบประสาท ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและเพิ่มภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และประเทศ

สถานการณ์โรคเบาหวานในจังหวัดพังงาพบว่าจำนวนผู้ป่วยเช่นเดียวกับระดับประเทศ โดยในปี พ.ศ. 2566–2568 มีจำนวนผู้ป่วย 16,568, 16,968 และ 17,513 คน ตามลำดับ มีอัตราป่วยต่อแสนประชากร เท่ากับ 47,681.81, 49,954.37 และ 52,659.59 ตามลำดับ แม้ว่าร้อยละของผู้ป่วยที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี (HbA1c <7%) จะมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ร้อยละ 41.71, 44.12 และ 44.00 ตามลำดับ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพังงา,2568) แต่ยังคงเป็นปัญหาสำคัญของระบบสาธารณสุข เช่นเดียวกับอำเภอเมืองพังงาที่มีจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวาน เท่ากับ 2,636, 2,498 และ 2,733 คน ตามลำดับ มีอัตราป่วยต่อแสนประชากร เท่ากับ 7,593.96, 7,395.78 และ 8,103.30 ตามลำดับ ผู้ป่วยโรคเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี ร้อยละ 37.59, 45.98 และ 47.35 ตามลำดับ(สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองพังงา,2568) และในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเกาะเคี่ยมที่พบมีจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวาน เท่ากับ 190 , 187 และ 195 คน ตามลำดับ มีอัตราป่วยต่อแสนประชากร เท่ากับ 7,959.78 , 8,589.80 และ 13,276.32 ตามลำดับ ผู้ป่วยโรคเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี ร้อยละ 24.74, 31.02 และ 36.41 ตามลำดับ โดยร้อยละของผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีในพื้นที่ยังต่ำกว่าเกณฑ์ร้อยละ 40 ที่กรมควบคุมโรคกำหนดไว้ แม้ว่าจะมีแนวโน้มดีขึ้นก็ตาม สะท้อนให้เห็นถึงโรคเบาหวานยังคงเป็นปัญหาสำคัญของพื้นที่ นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีปัญหาในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ซึ่งอาจเกิดจากพฤติกรรมสุขภาพ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยา และการดูแลตนเองที่ไม่เหมาะสม

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าปัจจัยที่มีผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้แก่ อายุ ระยะเวลาการเจ็บป่วย ดัชนีมวลกาย พฤติกรรมการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน การรับรู้ภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลตนเอง ซึ่งพฤติกรรมการดูแลตนเองถือเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้อย่างเหมาะสมและลดโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อน ดังนั้น ผู้วิจัยซึ่งปฏิบัติงานเป็นพยาบาลวิชาชีพด้านการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน จึงสนใจศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเกาะเคี่ยม อำเภอเมือง จังหวัดพังงา เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการวางแผนพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วย ส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม และลดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานในอนาคตต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเกาะเคี่ยม อำเภอเมืองพังงา จังหวัดพังงา

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research Study) ดำเนินการวิจัย เดือน มกราคม 2569 ถึง มิถุนายน 2569 โดยกำหนดตัวแปรต้น ได้แก่ 1) คุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 2) ความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยใช้แนวคิดของ Nutbeam (2000) ตัวแปรตาม ได้แก่ พฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเกาะเคี่ยม อำเภอเมืองพังงา จังหวัดพังงา ปีงบประมาณ พ.ศ.2568 จำนวน 155 คน เกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ อาศัยอยู่ในพื้นที่จริงอย่างน้อย 6 เดือนขึ้นไป และ เป็นผู้ป่วยเบาหวานที่ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อน เกณฑ์การคัดออกคือ ผู้ที่ไม่สมัครใจตอบคำถามและเจ็บป่วยในช่วงเก็บข้อมูลจนไม่สามารถให้ข้อมูลได้ ย้ายออกจากพื้นที่ในระหว่างการเก็บข้อมูล คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตร Daniel (2010) กำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ 95% ค่าความคลาดเคลื่อนสามารถยอมรับได้เท่ากับ 0.05 ได้กลุ่มตัวอย่าง 116 คน ใช้วิธีการสุ่มแบบมีระบบ (Systematic Random Sampling) เพื่อเลือกรายชื่อผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นกลุ่มตัวอย่าง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลคือ แบบสัมภาษณ์ ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา การประกอบอาชีพ รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน ดัชนีมวลกาย ระยะเวลาการป่วยเป็นโรค ระดับน้ำตาลในเลือดครั้งสุดท้าย ประวัติญาติสายตรงเป็นเบาหวาน

ส่วนที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ประกอบด้วย ประกอบด้วย 6 ด้าน ด้านที่ 1 ความรู้คิดเกี่ยวกับโรคเบาหวาน เป็นแบบเลือกตอบ 2 ตัวเลือก (ถูก/ผิด/ไม่แน่ใจ) จำนวน 10 ข้อ แปลผลตามเกณฑ์ของ Bloom (1971) แบ่ง 3 ระดับ คือ สูง (ร้อยละ 80 ขึ้นไป) ปานกลาง (ร้อยละ 60–79.99) และต่ำ (ต่ำกว่าร้อยละ 60) ด้านที่ 2–6 ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพและบริการสุขภาพ, การสื่อสารเกี่ยวกับโรคเบาหวาน, การรู้เท่าทันสื่อเกี่ยวกับโรคเบาหวาน, การตัดสินใจเพื่อแสดงพฤติกรรมในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด, การจัดการตนเองเกี่ยวกับโรคเบาหวานการจัดการตนเองให้มีความปลอดภัย ลักษณะข้อคำถามแบบประมาณค่า 5 ระดับคือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง แปลผลตามเกณฑ์ของ Best (1977) แบ่ง 3 ระดับ คือ สูง (3.67–5.00) ปานกลาง (2.34–3.66) และต่ำ (1.00–2.33)

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ประกอบด้วย เป็นข้อคำถามที่เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ตามหลัก 3อ 2ส. ประกอบด้วย การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยาต่อเนื่อง การพบแพทย์ตามนัด การไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มแอลกอฮอล์ ลักษณะคำถามแบบประมาณค่า 5 ระดับ คือ ปฏิบัติมากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด แปลผลตามแนวคิดของ 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)

แบบสัมภาษณ์นี้สร้างขึ้นจากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่านตรวจสอบความตรงของเนื้อหา นำแบบสอบถามไปทดลองใช้คำนวณค่าความเที่ยง (Reliability) ด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาค (Cronbach, 1951) เท่ากับ 0.909

การวิเคราะห์ข้อมูล

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

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้ดำเนินการขอความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยนอร์ทเทิร์น เอกสารรับรองเลขที่ NREC 0022 / 2569 ลงวันที่ 15 มกราคม 2569

ผลการศึกษาวิจัย

ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นเพศหญิง (77.59%) ช่วงอายุอยู่ระหว่าง 55-75 ปี (42.24%) ($\overline{X}$ = 63.20, S.D. = 10.845, Min = 41, Max = 90) สถานภาพสมรสส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส/คู่/อยู่ด้วยกัน คน (78.45%) ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ระดับการศึกษาอยู่ในระดับ ประถมศึกษา (79.31%) การประกอบอาชีพส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ (31.90%) รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือนส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างมีรายได้ระหว่าง 5,000 - 10,000 บาท (ร้อยละ 44.83) ($\overline{X}$ = 7,315.52, S.D. = 6,054.527, Min = 1,000, Max = 30,000) ดัชนีมวลกายของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ อยู่ในช่วง 20-30 (62.93%) ($\overline{X}$ = 26.82, S.D. = 5.687, Min = 15.80, Max = 45.70)

ระยะเวลาการป่วยเป็นโรคเบาหวานส่วนใหญ่ อยู่ในกลุ่ม 5-15 ปี (56.03%) ($\overline{X}$ = 9.60, S.D. = 5.622, Min = 2, Max = 27) ระดับน้ำตาลสะสมในเลือดส่วนใหญ่ อยู่ในช่วง 7-9 (50.00%) ($\overline{X}$ = 8.17, S.D. = 1.475, Min = 6.00, Max = 12.71) ในส่วนประวัติประวัติญาติสายตรงป่วยเป็นเบาหวาน ส่วนใหญ่พบว่า มีญาติสายตรงป่วยเป็นเบาหวาน (54.31%)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ภาพรวมมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง (69.83%) ($\overline{X}$ = 2.67, S.D. = 0.492) เมื่อพิจารณาความรอบรู้ด้านสุขภาพ จำแนกรายด้านที่มีคะแนนในระดับสูง ได้แก่ ด้านการเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพและบริการสุขภาพ ($\overline{X}$ = 2.84, S.D. = 0.363) ด้านความรู้คิด ($\overline{X}$ = 8.12, S.D. = 1.215) ด้านการจัดการตนเอง การจัดการตนเองเกี่ยวกับโรคเบาหวาน ($\overline{X}$ = 2.33, S.D. = 0.566) ด้านการสื่อสารเกี่ยวกับโรคเบาหวาน ($\overline{X}$ = 1.98, S.D. = 0.664) ด้านการรู้เท่าทันสื่อเกี่ยวกับเบาหวาน ($\overline{X}$ = 1.95, S.D. = 0.687) ด้านการตัดสินใจแสดงพฤติกรรมควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ($\overline{X}$ = 2.21, S.D. = 0.661) ตามลำดับ (ตามตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 (n = 116)

ตัวแปร	ระดับคะแนน						Mean	S.D.
	สูง		ปานกลาง		ต่ำ			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	**81**	**69.83**	**32**	**27.59**	**3**	**2.58**	**2.67**	**0.492**
1. ด้านการเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพและบริการสุขภาพ	98	84.48	18	15.52	0	0	2.84	0.363
2. ด้านความรู้คิด(10ข้อ)	86	74.14	19	16.38	11	9.48	8.12	1.215
3. ด้านการสื่อสารเกี่ยวกับโรคเบาหวาน	66	56.90	26	22.41	24	20.69	1.98	0.664
4. ด้านการจัดการตนเองเกี่ยวกับโรคเบาหวาน	67	57.76	44	37.93	5	4.31	2.33	0.566
5. ด้านการรู้เท่าทันสื่อเกี่ยวกับเบาหวาน	62	53.45	30	25.86	24	20.69	1.95	0.687
6. ด้านการตัดสินใจแสดงพฤติกรรมควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด	61	52.59	40	34.48	15	12.93	2.21	0.661

พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่2 ภาพรวมมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง (75.90%) ($\overline{X}$ = 2.75, S.D. = 0.433) เมื่อพิจารณาพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จำแนกรายด้านที่มีคะแนนในระดับสูง ได้แก่ การรับประทานอาหาร ($\overline{X}$ = 2.58, S.D. = 0.497) การออกกำลังกาย ($\overline{X}$ = 1.84, S.D. = 0.531) การรับประทานยาต่อเนื่อง ($\overline{X}$ = 2.96, S.D. = 0.182) พบแพทย์ตามนัด ($\overline{X}$ = 2.97, S.D. = 0.204) การไม่สูบบุหรี่ ($\overline{X}$ = 2.94, S.D. = 0.239) การไม่ดื่มแอลกอฮอล์ ($\overline{X}$ = 2.97, S.D. = 0.202) ตามลำดับ (ตามตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 (n = 116)

ตัวแปรตาม	ระดับคะแนน						Mean	S.D.
	สูง		ปานกลาง		ต่ำ			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
พฤติกรรมสุขภาพ	**88**	**75.86**	**28**	**24.14**	**0**	**0**	**2.75**	**0.433**
1. การรับประทานอาหาร	67	57.76	49	42.24	0	0	2.58	0.497
2. การออกกำลังกาย	80	69.97	27	23.28	9	7.75	1.84	0.531
3. การรับประทานยาต่อเนื่อง	112	96.56	4	3.44	0	0	2.96	0.182
4. พบแพทย์ตามนัด	114	98.28	1	0.86	1	0.86	2.97	0.204
5. การไม่สูบบุหรี่	112	96.56	2	1.72	2	1.72	2.94	0.293
6. การไม่ดื่มแอลกอฮอล์	114	98.28	1	0.86	1	0.86	2.97	0.204

จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ตาม ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์ตัวแปรตามที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพและบริการ (r = 0.203, P-value = 0.029), การสื่อสารเกี่ยวกับโรคเบาหวาน (r = 0.231, P-value = 0.013), จัดการตนเองเกี่ยวกับโรคเบาหวาน (r = 0.450, P-value<0.001), การรู้เท่าทันสื่อเกี่ยวโรคเบาหวาน (r = 0.283, P-value = 0.002), การตัดสินใจเลือกเพื่อแสดงพฤติกรรมในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด (r = 0.371, P-value<0.001) ตามลำดับ

ตารางที่ 3 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

ตัวแปร	พฤติกรรมการควบคุมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด		
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (r)	P-value	ระดับความสัมพันธ์
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	**0.330**	**0.001**	มีความสัมพันธ์ทางบวก
- ความรู้คิดเกี่ยวกับโรคเบาหวาน	0.037	0.692	ไม่พบความสัมพันธ์
- การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการ	0.203	0.029	มีความสัมพันธ์ทางบวก
- การสื่อสารเกี่ยวกับโรคเบาหวาน	0.231	0.013	มีความสัมพันธ์ทางบวก
- การรู้เท่าทันสื่อเกี่ยวโรคเบาหวาน	0.283	0.002	มีความสัมพันธ์ทางบวก
- การตัดสินใจเลือกเพื่อแสดงพฤติกรรมในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด	0.371	0.001	มีความสัมพันธ์ทางบวก
- การจัดการตนเองเกี่ยวกับโรคเบาหวาน	0.450	0.001	มีความสัมพันธ์ทางบวก

การอภิปรายผลและสรุปผล

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วย ๆ โรคเบาหวานชนิดที่ 2 เขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเกาะเคี่ยม อำเภอเมืองพังงา จังหวัดพังงา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r=0.330, P-value<0.001) และสามารถอธิบายเหตุผลได้ว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมิได้หมายถึงเพียงความรู้เกี่ยวกับโรคเท่านั้น แต่เป็นความสามารถในการเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน และนำข้อมูลสุขภาพไปใช้ในการดูแลตนเองอย่างเหมาะสม โดยเฉพาะในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งจำเป็นต้องอาศัยพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง เช่น การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยา และการติดตามระดับน้ำตาลในเลือด ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า ผู้ป่วยที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพสูง จะมีทักษะในการจัดการตนเอง (self-management) สามารถตัดสินใจเลือกพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้สอดคล้องกับการควบคุมโรค ส่งผลให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Nutbeam (2000) ที่กล่าวว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นทักษะสำคัญที่ช่วยให้บุคคลสามารถนำข้อมูลไปใช้ในการตัดสินใจและจัดการสุขภาพของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ ปาริชาติ องอาจบริรักษ์ และ เกศกนก เสียงเพราะ (2566) ที่ศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเอง

ของผู้ป่วยเบาหวานในประเทศไทย พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงจะมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมและสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีกว่า นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ สุริยา ฟองเกิด และคณะ (2563) ที่พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพ อีกทั้งยังสอดคล้องกับการศึกษาของ ยวิษฐา สุขวาสนะ และคณะ (2563) ที่พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานที่มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพสูง จะมีความสามารถในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีกว่ากลุ่มที่มีความรอบรู้ต่ำ ดังนั้นสามารถอภิปรายได้ว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยเฉพาะในมิติของการนำความรู้ไปใช้จริง การตัดสินใจ และการจัดการตนเอง ซึ่งมีบทบาทมากกว่าการมีความรู้เพียงอย่างเดียว ดังนั้น การส่งเสริมสุขภาพควรมุ่งเน้นการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพในทุกมิติ โดยเฉพาะการเสริมสร้างทักษะการปฏิบัติจริง เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน

การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการ พบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเกาะเคี่ยม อำเภอเมืองพังงา จังหวัดพังงา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r=0.203, P-value=0.029) อธิบายเหตุผลได้ว่า การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการมิได้หมายถึงเพียงการได้รับข้อมูลข่าวสารเท่านั้น แต่รวมถึงความสามารถในการเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพ การได้รับคำแนะนำจากบุคลากรสาธารณสุขอย่างต่อเนื่อง และความสะดวกในการใช้บริการ ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยมีโอกาสได้รับความรู้ที่ถูกต้องและสามารถนำไปปฏิบัติในการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม ทั้งนี้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นสำหรับการดูแลโรคเบาหวานได้สะดวก โดยการมาพบแพทย์ตามนัด และสามารถขอคำปรึกษาจากบุคลากรทางการแพทย์เกี่ยวกับการดูแลโรคเบาหวานได้ง่ายขึ้น การเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพในชุมชนยังช่วยให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจในการดูแลตนเองมากขึ้น และมีแนวโน้มปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม เช่น การควบคุมอาหาร การรับประทานยา และการติดตามระดับน้ำตาลในเลือด ส่งผลให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีกว่า ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ เอกชัย รักสวย (2566) ที่พบว่า การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผู้ที่สามารถเข้าถึงข้อมูลและบริการได้สะดวกจะมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีกว่า นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ ราตรี ทองคำ (2565) ที่พบว่า การได้รับข้อมูลสุขภาพและการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่อง มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองและการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ดังนั้นสามารถอภิปรายได้ว่า การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการเป็นปัจจัย

สำคัญที่ช่วยสนับสนุนให้ผู้ป่วยเกิดพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดที่เหมาะสม และควรได้รับการส่งเสริมอย่างต่อเนื่องในระดับปฐมภูมิและชุมชน

การสื่อสารเกี่ยวกับโรคเบาหวาน พบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเกาะเคี่ยม อำเภอเมืองพังงา จังหวัดพังงา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r=0.231, P-value=0.013) อธิบายเหตุผลได้ว่า การสื่อสารด้านสุขภาพมิได้หมายถึงเพียงการรับฟังข้อมูลจากบุคลากรสาธารณสุขเท่านั้น แต่รวมถึงความสามารถในการซักถาม แลกเปลี่ยนข้อมูล ทำความเข้าใจ และนำข้อมูลไปประยุกต์ใช้ในการดูแลตนเองอย่างเหมาะสม ซึ่งมีส่วนสำคัญต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ทั้งนี้ผู้ป่วยที่มีทักษะการสื่อสารที่ดี เช่น สามารถสื่อสารอาการหรือปัญหาสุขภาพให้บุคลากรทางการแพทย์เข้าใจได้ชัดเจน กล้าสอบถามข้อสงสัยเกี่ยวกับการใช้ยา การควบคุมอาหาร หรือการออกกำลังกาย รวมถึงสามารถแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับบุคลากรสาธารณสุขหรือกลุ่มผู้ป่วยด้วยกัน จะช่วยให้เกิดความเข้าใจที่ถูกต้องและลึกซึ้งมากขึ้น ส่งผลให้สามารถนำความรู้ไปปฏิบัติได้จริง และควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้อย่างเหมาะสม ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับแนวคิดของ Nutbeam (2000) ที่ระบุว่า ทักษะการสื่อสาร (interactive health literacy) เป็นองค์ประกอบสำคัญของความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับที่ช่วยให้บุคคลสามารถดึงข้อมูลจากการปฏิสัมพันธ์ และนำไปใช้ในการจัดการสุขภาพของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ สุริยา ฟองเกิด และคณะ (2563) ที่พบว่า ทักษะการสื่อสารด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยผู้ที่มีทักษะการสื่อสารดีจะสามารถถ่ายทอดและประยุกต์ใช้ข้อมูลสุขภาพได้อย่างถูกต้อง อีกทั้งยังสอดคล้องกับการศึกษาของ ยวิษฐา สุขวาสนะ และคณะ (2563) ที่พบว่า การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรสาธารณสุขมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ดังนั้นสามารถอภิปรายได้ว่า การสื่อสารเกี่ยวกับโรคเบาหวานเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยควรส่งเสริมทักษะการสื่อสารทั้งในระดับบุคคลและชุมชน เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึง เข้าใจ และนำข้อมูลสุขภาพไปใช้ได้อย่างถูกต้องและยั่งยืน

การรู้เท่าทันสื่อเกี่ยวกับโรคเบาหวาน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเกาะเคี่ยม อำเภอเมืองพังงา จังหวัดพังงา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r=0.371, P-value<0.001) อธิบายเหตุผลได้ว่า การรู้เท่าทันสื่อมิได้หมายถึงเพียงการรับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพเท่านั้น แต่เป็นความสามารถในการวิเคราะห์ ประเมิน และคัดกรองข้อมูลจากสื่อต่าง ๆ เช่น สื่อออนไลน์ โทรทัศน์ หรือคำบอกเล่าจากบุคคลรอบข้าง เพื่อเลือกนำข้อมูลที่ถูกต้องและเหมาะสมไปใช้ในการดูแลตนเองอย่างเหมาะสม โดยไม่หลงเชื่อข้อมูลเกี่ยวกับโรคเบาหวานหรือผลิตภัณฑ์สุขภาพ

โดยขาดการตรวจสอบ ทั้งนี้ผู้ป่วยที่มีทักษะการรู้เท่าทันสื่อในระดับดี จะสามารถแยกแยะข้อมูลสุขภาพที่ถูกต้องจากข้อมูลที่คลาดเคลื่อนหรือเกินจริงได้ เช่น การโฆษณาผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร หรือแนวทางการรักษาที่ไม่มีหลักฐานทางวิชาการรองรับ ส่งผลให้สามารถตัดสินใจเลือกพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างเหมาะสม เช่น การควบคุมอาหาร การรับประทานยาตามแผนการรักษา และการปฏิบัติตามคำแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งมีส่วนช่วยให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับแนวคิดของ Nutbeam (2000) ที่ระบุว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับวิจารณญาณ (critical health literacy) เป็นทักษะสำคัญที่ช่วยให้บุคคลสามารถวิเคราะห์ข้อมูลสุขภาพและตัดสินใจเลือกแนวทางที่เหมาะสมต่อสุขภาพของตนเอง นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ สุริยา ฟองเกิด และคณะ (2563) ที่พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีความรอบรู้ทางสุขภาพและสามารถประเมินข้อมูลสุขภาพได้อย่างเหมาะสม จะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีกว่า อีกทั้งยังสอดคล้องกับการศึกษาของ ยวิษฐา สุขวาสนะ และคณะ (2563) ที่พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นสามารถอภิปรายได้ว่า การรู้เท่าทันสื่อเกี่ยวกับโรคเบาหวานเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยส่งเสริมพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วย โดยควรส่งเสริมทักษะการวิเคราะห์และประเมินข้อมูลสุขภาพควบคู่กับการให้ความรู้ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจเลือกปฏิบัติได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม

การตัดสินใจเพื่อแสดงพฤติกรรมในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด พบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเกาะเคี่ยม อำเภอเมืองพังงา จังหวัดพังงา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.283$, P-value=0.002) อธิบายเหตุผลได้ว่า การตัดสินใจด้านสุขภาพเป็นกระบวนการสำคัญที่ผู้ป่วยใช้ในการเลือกแนวทางปฏิบัติที่เหมาะสมต่อการควบคุมโรค เช่น การเลือกบริโภคอาหารที่เหมาะสม การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ การรับประทานยาตามแผนการรักษา และการหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยง ซึ่งล้วนส่งผลโดยตรงต่อระดับน้ำตาลในเลือด ผู้ป่วยที่มีทักษะในการคิดวิเคราะห์และตัดสินใจด้านสุขภาพที่ดี จะสามารถเลือกแนวทางการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม และปรับพฤติกรรมสุขภาพให้สอดคล้องกับสภาพปัญหาของตนเองได้ดียิ่งขึ้น ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับแนวคิดของ Nutbeam (2000) ที่กล่าวว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพช่วยส่งเสริมให้บุคคลสามารถประเมินข้อมูลและตัดสินใจด้านสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ ยวิษฐา สุขวาสนะ และคณะ (2563) ที่พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพสูง จะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองและการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดที่ดีกว่า อีกทั้งยังสอดคล้องกับการศึกษาของ ปาริชาติ องอาจบริรักษ์ และ เกศกนก เสียงเพราะ (2566) ที่พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เมื่อพิจารณาบริบทของพื้นที่ศึกษา พบว่า ผู้ป่วยในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีโอกาสได้รับข้อมูลและคำแนะนำจากบุคลากรสาธารณสุขอย่างต่อเนื่อง ทำให้สามารถนำข้อมูลสุขภาพมาประกอบการตัดสินใจได้ดีขึ้น

ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดที่เหมาะสม ดังนั้นสามารถอภิปรายได้ว่า การตัดสินใจด้านสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีทักษะในการคิดวิเคราะห์และตัดสินใจอย่างเหมาะสม เพื่อให้สามารถเลือกปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างถูกต้องและยั่งยืน

การจัดการตนเองเกี่ยวกับโรคเบาหวาน พบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเกาะเคี่ยม อำเภอเมืองพังงา จังหวัดพังงา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.450$, P-value<0.001) อธิบายเหตุผลได้ว่า การจัดการตนเองเป็นกระบวนการสำคัญที่ผู้ป่วยใช้ในการควบคุมโรคอย่างต่อเนื่อง ครอบคลุมทั้งการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ การเฝ้าระวังอาการ การติดตามระดับน้ำตาลในเลือด และการไปพบแพทย์ตามนัด ผู้ป่วยที่มีทักษะการจัดการตนเองที่ดี จะสามารถวางแผนและควบคุมพฤติกรรมสุขภาพของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีความรับผิดชอบต่อสุขภาพ และสามารถปรับตัวต่อสถานการณ์ต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสม เช่น การเลือกอาหารในชีวิตประจำวัน หรือการจัดการเมื่อระดับน้ำตาลในเลือดผิดปกติ ส่งผลให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีกว่าผู้ที่มีทักษะการจัดการตนเองต่ำ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับแนวคิดของ Nutbeam (2000) ที่กล่าวว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับการนำไปใช้ (functional และ interactive health literacy) มีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมให้บุคคลสามารถปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างเหมาะสม โดยเฉพาะการจัดการตนเองในโรคเรื้อรัง นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ ปาริชาติ องอาจบริรักษ์ และ เกศกนก เสียงเพราะ (2566) ที่พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพสูง จะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสมและสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีกว่า อีกทั้งยังสอดคล้องกับการศึกษาของ ราตรี ทองคำ (2565) ที่พบว่าการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพช่วยพัฒนาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 และส่งผลต่อการควบคุมโรคอย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้นสามารถอภิปรายได้ว่า การจัดการตนเองเกี่ยวกับโรคเบาหวานเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วย โดยควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีทักษะในการวางแผน ควบคุม และประเมินพฤติกรรมของตนเองอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้สามารถควบคุมโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพและลดความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนในระยะยาว

ข้อเสนอแนะจากงานวิจัย

บุคลากรสาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเกาะเคี่ยม ควรจัดกิจกรรมพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยเน้นด้านการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศและด้านการจัดการตนเองให้มีสุขภาพดี เนื่องจากมีความสัมพันธ์สูงสุดกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ มีการจัดกิจกรรมรณรงค์เพื่อเพิ่มการรับรู้ความรุนแรงของโรค

และการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานให้แก่ผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ เช่น การใช้สื่อวีดีทัศน์เพื่อให้ความรู้ขณะที่ผู้ป่วยมารับบริการที่คลินิกโรคเบาหวาน และการให้คำปรึกษารายบุคคลสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้ การจัดกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการออกกำลังกายในชุมชน ควบคู่กับการส่งเสริมโภชนาการและติดตามผลอย่างต่อเนื่อง เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพในระยะยาว

เอกสารอ้างอิง

กรมควบคุมโรค. (2567). รายงานสถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรังของประเทศไทย ปี 2567. กรุงเทพฯ.กระทรวงสาธารณสุข.

ปาริชาติ องอาจบริรักษ์, และ เกศกนก เสียงเพราะ. (2566). ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในประเทศไทย. วารสารพยาบาลทหารบก, 24(2), 1–12.

ยะวิษฐา สุขวาสนะ, และคณะ. (2563). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลตนเองกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. ราชาวดีสาร.วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์, 10(1), 34–48.

ราตรี ทองคำ. (2565). ประสิทธิผลของการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จังหวัดลพบุรี. Singburi Hospital Journal, 30(3), 86–99. Singburi Hospital Journal

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพังงา. (2568). ข้อมูลจากระบบ HDC (Health Data Center). สืบค้นจาก https://hdc.moph.go.th [เข้าถึงเมื่อ 7 มกราคม 2569].

สุริยา ฟองเกิด, และคณะ. (2563). ความรอบรู้ทางสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้และควบคุมไม่ได้. วารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือ, 7(2), 45–58.

เอกชัย รักสวย. (2566). ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2. วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 11(1), 77–91. วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน มข.

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

Bloom, B. S. (1971). Handbook on Formative and Summative Evaluation of Student

Learning. McGraw-Hill.

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. https://doi.org/10.1093/heapro/15.3.259

Received: 8 Jul 2026 ; **Revised:** 23 Jul 2026
Accepted: 30 Jul 2026

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ เขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางเหรียง อำเภอทับปุด จังหวัดพังงา

อารีพร ม่วงเพชร [1]

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวางครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาระดับพฤติกรรมสุขภาพของ ผู้สูงอายุ 2) ศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ และ 3) ศึกษา แรงสนับสนุนทางสังคมที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมภาพของผู้สูงอายุ เขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บางเหรียง อำเภอทับปุด จังหวัดพังงา ประชากรคือผู้สูงอายุติดสังคมที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 358 คน คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของ Daniel (2010) ได้กลุ่มตัวอย่าง 195 คน ใช้วิธีการสุ่มแบบ กำหนดสัดส่วนร่วมกับการสุ่มอย่างเป็นระบบ เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่ คุณลักษณะส่วนบุคคล ความรอบรู้ด้านสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมสุขภาพ ผ่านการ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องตั้งแต่ 0.50 ขึ้นไป มีค่าความ เชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ส่วนที่ 2 เท่ากับ 0.909 ส่วนที่ 3 เท่ากับ 0.909 ส่วนที่ 4 เท่ากับ 0.891 และทั้งฉบับเท่ากับ 0.950 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ของเพียร์สัน ที่ระดับนัยส าคัญทางสถิติ 0.05 ผลการวิจัยพบว่า พฤติกรรมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดี (ร้อยละ 96.41) ($\bar{x}$=4.37, S.D.=0.345) ความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพในระดับสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r=0.751, P-value) โดยด้านที่มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สูงสุดคือด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง (r=0.692, P-value<0.001) และแรงสนับสนุนทางสังคมโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับ พฤติกรรมสุขภาพในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r=0.673, P-value<0.001) โดยด้านที่มีค่า สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สูงสุดคือแรงสนับสนุนจากครอบครัว (r=0.658, P-value<0.001)

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุ, ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, แรงสนับสนุนทางสังคม, พฤติกรรมสุขภาพ

[1] **โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางเหรียง,** E-mail: Areepornkung@gmail.com

Factors Associated with Health Behaviors among Olderly Bangriang Sub-district Health Promoting Hospital, Thapput District, Phang Nga Province

Areeporn Moungpetch [1]

Abstract

This cross-sectional descriptive research aimed to 1) examine the level of health care behaviors among the elderly, 2) investigate the association between health literacy and health care behaviors among the elderly, and 3) investigate the association between social support and health care behaviors among the elderly in Bang Riang Subdistrict Health Promoting Hospital area, Thap Put District, Phang Nga Province. The population consisted of 358 socially active elderly aged 60 years and over. Sample size was calculated using Daniel's formula (2010), resulting in 195 participants. Quota sampling combined with systematic random sampling was used for data collection. Data were collected using a questionnaire consisting of 4 parts: personal characteristics, health literacy, social support, and health care behaviors. Content validity was verified by 3 experts with an Item-Objective Congruence index of 0.50 and above. Reliability was tested using Cronbach's alpha coefficient: Part 2 at 0.909, Part 3 at 0.909, Part 4 at 0.891, and overall at 0.950. Data were analyzed using descriptive statistics and Pearson's product moment correlation coefficient at a significance level of 0.05.

The results revealed that overall health care behaviors were at a good level (96.41%) ($\bar{x}$=4.37, S.D.=0.345). Health literacy was positively associated with health care behaviors at a high level with statistical significance (r=0.751, P-value<0.001), with the highest correlation found in the decision-making dimension (r=0.692, P-value<0.001). Social support was positively associated with health care behaviors at a moderate level with statistical significance (r=0.673, P-value<0.001), with the highest correlation found in family support (r=0.658, P-value<0.001).

Keywords: Elderly, Health Literacy, Social Support, Elderly health Behaviors

[1] Bangrieng Sub-distric Health Promoting Hospital, Email: Areepornkung@gmail.com

บทนำ

ในศตวรรษที่ 21 โลกกำลังเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรที่สำคัญ คือการเพิ่มขึ้นของสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง องค์การอนามัยโลกรายงานว่าในปี ค.ศ. 2030 ประชากรผู้สูงอายุทั่ว โลกจะมีจำนวน 1.4 พันล้านคน และจะเพิ่มเป็น 2.1 พันล้านคนในปี ค.ศ. 2050 (World Health Organization, 2025) สำหรับประเทศไทย ข้อมูลจากสำนักงานสถิติแห่งชาติระบุว่าประเทศไทยก้าวเข้าสู่ สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์ (Complete Aged Society) ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2566 โดยมีสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุ เกินร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2567) การเปลี่ยนแปลงนี้ส่งผลโดยตรงต่อ ภาระโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่พบมากในผู้สูงอายุ โดยกรมควบคุมโรค (2567) รายงานว่าโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็ง และโรคหลอดเลือดสมอง เป็น 5 โรคไม่ติดต่อที่เป็นสาเหตุ การเสียชีวิตสูงสุดในผู้สูงอายุไทย

ในระดับพื้นที่ จังหวัดพังงาตั้งอยู่ในเขตสุขภาพที่ 11 ซึ่งมีแนวโน้มประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่าง ต่อเนื่อง ข้อมูลจากฐานข้อมูล Health Data Center ส านักงานสาธารณสุขจังหวัดพังงา รายงานว่าในเขต ตำบลบางเหรียง อำเภอทับปุด มีผู้สูงอายุติดสังคม จำนวน 358 คน (กระทรวงสาธารณสุข, 2568) จากการ สังเคราะห์ข้อมูลพบว่าผู้สูงอายุในพื้นที่ดังกล่าวประสบปัญหาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพหลายประการ ทั้งวัฒนธรรมอาหารท้องถิ่นภาคใต้ที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง สภาพการทำงานเกษตรกรรมที่ จำกัดการออกกำลังกายอย่างเป็นระบบ และการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพที่ถูกต้องยังไม่ทั่วถึง (โรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบลบางเหรียง, 2568)

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพเป็นปัจจัยกำหนดสุขภาพที่สำคัญที่บุคคลสามารถควบคุมและปรับเปลี่ยน ได้ด้วยตนเอง โดยประกอบด้วย 8 ด้าน ได้แก่ ด้านการบริโภคอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการพักผ่อน นอนหลับ ด้านการจัดการความเครียด ด้านการดูแลสุขภาพช่องปาก ด้านการหลีกเลี่ยงสิ่งเสพติดและสาร อันตราย ด้านการตรวจสุขภาพและการใช้ยา และด้านการป้องกันอุบัติเหตุ ทั้งนี้ ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรม การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่สำคัญ ได้แก่ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ตามแนวคิดของ Nutbeam (2000) ซึ่งประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่ ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและ บริการสุขภาพ การสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญ การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ ถูกต้อง และการจัดการตนเองให้มีสุขภาพดี และแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support) ตามแนวคิดของ House (1981) ประกอบด้วย 3 ด้าน ได้แก่ แรงสนับสนุนจากครอบครัว แรงสนับสนุนจากชุมชน และแรง สนับสนุนจากบุคลากรสาธารณสุข จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่ายังไม่มีการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพและแรงสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในพื้นที่ตำบลบางเหรียง อำเภอทับปุด จังหวัดพังงา ซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีบริบทเฉพาะทั้งด้านวัฒนธรรมอาหาร สภาพภูมิศาสตร์ และวิถีชีวิตเกษตรกรรม ดังนั้นผู้วิจัยจึง สนใจ

ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ เพื่อนำผลการวิจัยไปใช้เป็นข้อมูลเชิง ประจักษ์สำหรับการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่สอดคล้องกับบริบทพื้นที่ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอทับปุด จังหวัดพังงา บางเหรียง
2. เพื่อศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุเขต โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางเหรียง อำเภอทับปุด จังหวัดพังงา
3. เพื่อศึกษาแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุเขต โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางเหรียง อำเภอทับปุด จังหวัดพังงา

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-Sectional Descriptive Research) โดยกำหนดตัวแปรอิสระ ได้แก่ 1) ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ตามแนวคิดของ Nutbeam (2000) ประกอบด้วย 6 ด้าน และ 2) แรงสนับสนุนทางสังคม ตามแนวคิดของ House (1981) ประกอบด้วย 3 ด้าน ตัวแปรตาม ได้แก่ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 8 ด้าน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือผู้สูงอายุติดสังคมที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ซึ่งมีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านเขตตำบล บางเหรียง อำเภอทับปุด จังหวัดพังงา ประจำปีงบประมาณ 2568 และพักอาศัยอยู่ในพื้นที่จริงไม่น้อยกว่า 6 เดือน จำนวน 358 คน คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของ Daniel (2010) ได้กลุ่มตัวอย่างขั้นต่ำ 186 คน เพิ่มเผื่อร้อยละ 5 รวมเป็น 195 คน ใช้วิธีการสุ่มแบบกำหนดสัดส่วนตามจำนวนผู้สูงอายุในแต่ละ หมู่บ้าน จำนวน 5 หมู่บ้าน จากนั้นสุ่มเลือกรายชื่อโดยวิธีการสุ่มอย่างเป็นระบบ (Systematic Random Sampling) ในแต่ละหมู่บ้าน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลคือแบบสอบถาม ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวน เอกสาร แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคล เป็นข้อคำถามแบบปลายปิดและเติมคำ จำนวน 8 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา การประกอบอาชีพ รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน โรคประจำตัว และผู้ดูแลหลัก

ส่วนที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ประยุกต์จากแนวคิดของ Nutbeam (2000) ประกอบด้วย 6 ด้าน ด้านที่ 1 ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ เป็นแบบเลือกตอบ 2 ตัวเลือก (ถูก/ผิด) จำนวน 10 ข้อ แปล ผลตามเกณฑ์ของ Bloom (1971) แบ่ง 3 ระดับ คือ สูง (ร้อยละ 80 ขึ้นไป) ปานกลาง (ร้อยละ 60–79.99) และต่ำ (ต่ำกว่าร้อยละ 60) ด้านที่ 2–6 ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ การสื่อสารเพื่อเพิ่ม ความเชี่ยวชาญ การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง และการจัดการตนเองให้มี สุขภาพดี ด้านละ 5 ข้อ เป็นแบบมาตรส่วนประมาณค่า 5 ระดับ แปลผลตามเกณฑ์ของ Best (1977) แบ่ง 3 ระดับ คือ สูง (3.67–5.00) ปานกลาง (2.34–3.66) และต่ำ (1.00–2.33)

ส่วนที่ 3 แรงสนับสนุนทางสังคม ประยุกต์จากแนวคิดของ House (1981) ประกอบด้วย 3 ด้าน ได้แก่ แรงสนับสนุนจากครอบครัว แรงสนับสนุนจากชุมชน และแรงสนับสนุนจากบุคลากรสาธารณสุข ด้านละ 6 ข้อ รวม 18 ข้อ เป็นแบบมาตรส่วนประมาณค่า 5 ระดับ แปลผล 3 ระดับ ตามเกณฑ์ของ Best (1977)

ส่วนที่ 4 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ประกอบด้วย 8 ด้าน ด้านละ 5–8 ข้อ เป็นแบบมาตร ส่วนประมาณค่า 5 ระดับ มีทั้งข้อคำถามเชิงบวก และเชิงลบ แปลผล 3 ระดับ ตามเกณฑ์ของ Best (1977) คือ ระดับดี (3.67–5.00) ระดับปานกลาง (2.34–3.66) และระดับต้องปรับปรุง (1.00–2.33)

แบบสอบถามผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ตั้งแต่ 0.50 ขึ้นไป วิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟา ของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ค่าความเชื่อมั่นรายส่วน ส่วนที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ เท่ากับ 0.909 ส่วนที่ 3 แรงสนับสนุนทางสังคม เท่ากับ 0.909 ส่วนที่ 4 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ เท่ากับ 0.891 และทั้งฉบับเท่ากับ 0.950

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ ดังนี้ 1) สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2) สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) สำหรับวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพ และแรงสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยนอร์ทเทิร์น เอกสาร รับรองเลขที่ NREC 0023/2569 ลงวันที่ 15 มกราคม 2569

ผลการวิจัย

การวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ เขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางเหรียง อำเภอทับปุด จังหวัดพังงา เก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ จำนวน 195 คน นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของคุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ (n=195)

คุณลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	86	44.10
หญิง	109	55.90
อายุ (ปี) ($\bar{X}$=67.17, S.D.=5.342, Min=60, Max=86)		
60–69 ปี	143	73.33
70–79 ปี	47	24.10
≥80 ปี	5	2.56
สถานภาพสมรส		
โสด	13	6.67

คุณลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
สมรส/อยู่ด้วยกัน	146	74.87
หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่	36	18.46
ระดับการศึกษาสูงสุด		
ประถมศึกษา	154	78.97
มัธยมศึกษาตอนต้น	19	9.74
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	7	3.59
อนุปริญญา/ปวส.	7	3.59
ปริญญาตรีขึ้นไป	8	4.10
การประกอบอาชีพ		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ/พักผ่อน	27	13.85
เกษตรกร	141	72.31
อื่น ๆ (รับจ้าง/ค้าขาย/ข้าราชการบำนาญ)	27	13.85
รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน (บาท) ($\bar{X}$=12,289.74, S.D.=8,469.770)		
≤10,000	111	56.92
10,001–15,000	39	20.00
>15,000	45	23.08
โรคประจำตัว*		
ไม่มีโรคประจำตัว	90	46.15
มีโรคประจำตัว	105	53.85
ผู้ดูแลหลัก		
ดูแลตนเอง	17	8.72
คู่สมรส	122	62.56
บุตร/หลาน/ญาติ	56	28.72

หมายเหตุ: * ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ โรคที่พบมากที่สุด ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 30.77) โรคเบาหวาน (ร้อยละ 16.41)

ตารางที่ 1 แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 55.90) อายุเฉลี่ย 67.17 ปี อยู่ในช่วง 60–69 ปีมากที่สุด (ร้อยละ 73.33) สถานภาพสมรส (ร้อยละ 74.87) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 78.97) ประกอบอาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 72.31) รายได้ครอบครัวเฉลี่ย 12,289.74 บาทต่อเดือน มี โรคประจำตัว (ร้อยละ 53.85) และมีคู่สมรสเป็นผู้ดูแลหลัก (ร้อยละ 62.56)

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของความรอบรู้ด้านสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ (n=195)

ตัวแปร	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ			
1. ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ (คะแนนเต็ม 10)	9.67	0.778	สูง
2. การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพฯ	4.47	0.427	สูง
3. ทักษะการสื่อสารฯ	4.41	0.416	สูง
4. การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ	4.11	0.442	สูง
5. การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง	4.45	0.432	สูง
6. การจัดการตนเองให้มีสุขภาพดี	4.14	0.334	สูง
รวมความรอบรู้ด้านสุขภาพ (ด้านที่ 2–6)	4.32	0.337	สูง
แรงสนับสนุนทางสังคม			
1. แรงสนับสนุนจากครอบครัว	4.48	0.355	สูง
2. แรงสนับสนุนจากชุมชน	4.19	0.366	สูง
3. แรงสนับสนุนจากบุคลากรสาธารณสุข	4.53	0.443	สูง
รวมแรงสนับสนุนทางสังคม	4.40	0.318	สูง
พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ			
1. ด้านการบริโภคอาหาร	4.39	0.471	ดี
2. ด้านการออกกำลังกาย	4.14	0.509	ดี
3. ด้านการพักผ่อนนอนหลับ	4.48	0.455	ดี
4. ด้านการจัดการความเครียด	4.38	0.528	ดี
5. ด้านการดูแลสุขภาพช่องปาก	3.91	0.666	ดี
6. ด้านการหลีกเลี่ยงสิ่งเสพติดฯ	4.33	0.685	ดี
7. ด้านการตรวจสุขภาพและการใช้ยา	4.63	0.522	ดี
8. ด้านการป้องกันอุบัติเหตุ	4.59	0.465	ดี
รวมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ	4.37	0.345	ดี

ตารางที่ 2 แสดงว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$=4.32, S.D.=0.337) โดยด้านที่ มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ ($\bar{X}$=4.47) และด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ าสุดคือการ รู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ ($\bar{X}$=4.11) แรงสนับสนุนทางสังคมโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$=4.40, S.D.=0.318) โดยด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือแรงสนับสนุนจากบุคลากรสาธารณสุข ($\bar{X}$=4.53) และต่ าสุดคือแรงสนับสนุนจาก ชุมชน ($\bar{X}$=4.19) พฤติกรรมการดูแลสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดี ($\bar{X}$=4.37, S.D.=0.345) โดยด้านที่มี ค่าเฉลี่ยสูงสุดคือด้านการตรวจสุขภาพและการใช้ยา ($\bar{X}$=4.63) และต่ าสุดคือด้านการดูแลสุขภาพช่องปาก ($\bar{X}$=3.91)

ตารางที่ 3 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ (n=195)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ		
	r	P-value	ระดับความสัมพันธ์
1. ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ	0.216*	0.002	ต่ำ ทางบวก
2. การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพฯ	0.638**	<0.001	ปานกลาง ทางบวก
3. ทักษะการสื่อสารฯ	0.549**	<0.001	ปานกลาง ทางบวก
4. การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ	0.625**	<0.001	ปานกลาง ทางบวก
5. การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง	0.692**	<0.001	ปานกลาง ทางบวก
6. การจัดการตนเองให้มีสุขภาพดี	0.564**	<0.001	ปานกลาง ทางบวก
รวมความรอบรู้ด้านสุขภาพ	**0.751****	**<0.001**	**สูง ทางบวก**

หมายเหตุ: ** P-value<0.001

ตารางที่ 3 แสดงว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพทุกด้านมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแล สุขภาพอย่างมีนัยส าคัญทางสถิติ โดยความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูง (r=0.751, P-value<0.001) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน ด้านที่มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สูงสุดคือการตัดสินใจ เลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง (r=0.692) รองลงมาคือการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ (r=0.638) การรู้เท่า ทันสื่อและสารสนเทศ (r=0.625) การจัดการตนเองให้มีสุขภาพดี (r=0.564) และทักษะการสื่อสารเพื่อเพิ่ม ความเชี่ยวชาญ (r=0.549) ตามล าดับ ส่วนด้านที่มีค่าต่ าสุดคือความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ (r=0.216)

ตารางที่ 4 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ของผู้สูงอายุ (n=195)

แรงสนับสนุนทางสังคม	พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ		
	r	P-value	ระดับความสัมพันธ์
1. แรงสนับสนุนจากครอบครัว	0.658**	<0.001	ปานกลาง ทางบวก
2. แรงสนับสนุนจากชุมชน	0.447**	<0.001	ต่ำ ทางบวก
3. แรงสนับสนุนจากบุคลากรสาธารณสุข	0.553**	<0.001	ปานกลาง ทางบวก
รวมแรงสนับสนุนทางสังคม	**0.673****	**<0.001**	**ปานกลาง ทางบวก**

หมายเหตุ: ** P-value<0.001

ตารางที่ 4 แสดงว่า แรงสนับสนุนทางสังคมทุกด้านมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติ โดยแรงสนับสนุนทางสังคมโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับ ปานกลาง (r=0.673, P-value < 0.001 เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน ด้านที่มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สูงสุดคือแรงสนับสนุนจากครอบครัว (r=0.658) รองลงมาคือแรงสนับสนุนจากบุคลากรสาธารณสุข (r=0.553) และต่ำสุดคือแรง สนับสนุนจากชุมชน (r=0.447)

การอภิปรายผลและสรุปผล

การวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวางครั้งนี้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ เขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางเหรียง อำเภอทับปุด จังหวัดพังงา สามารถอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ได้ดังนี้

ระดับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ผลการวิจัยพบว่า พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโดยรวมอยู่ในระดับดี ($\bar{X}$=4.37, S.D.=0.345) โดยกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 96.41 มีพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับดี เมื่อ พิจารณาเป็นรายด้าน ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือด้านการตรวจสุขภาพและการใช้ยา ($\bar{X}$=4.63) และด้านที่มี ค่าเฉลี่ยต่ าสุด คือด้านการดูแลสุขภาพช่องปาก ($\bar{X}$=3.91) อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่มี โรคประจ าตัว (ร้อยละ 53.85) จึงมีความคุ้นเคยกับการไปพบแพทย์ตามนัดและการรับประทานยาตามค าสั่ง แพทย์ ประกอบกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพต าบลบางเหรียงมีระบบการติดตามเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่อง ส่วนด้านการดูแลสุขภาพช่องปากที่มีค่าเฉลี่ยต่ าสุดนั้น อาจเป็นเพราะผู้สูงอายุส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับ ประถมศึกษา (ร้อยละ 78.97)

และอาจขาดความรู้เรื่องการใช้ไหมขัดฟันหรือแปรงซอกฟัน ซึ่งสอดคล้องกับ ข้อมูลรายข้อที่พบว่าพฤติกรรมการใช้ไหมขัดฟันมีค่าเฉลี่ยต่ าสุด ($\bar{X}$=3.22) ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับ การศึกษาของสุดารัตน์ ชูพันธ์ (2564) ที่พบว่าผู้สูงอายุติดสังคมมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองโดยรวมอยู่ ในระดับดี และสอดคล้องกับการศึกษาของบุญสิตา เอี่ยมละออ และพัฒนาวดี พัฒนถาบุตร (2568) ที่พบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับดี

ความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ ผลการวิจัยพบว่า ความรอบรู้ด้าน สุขภาพโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพในระดับสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r=0.751, P-value<0.001) อธิบายได้ว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นความสามารถทางปัญญาและทักษะทางสังคมที่ทำให้บุคคลสามารถเข้าถึง ทำความเข้าใจ ประเมิน และประยุกต์ใช้ข้อมูลด้านสุขภาพเพื่อการตัดสินใจดูแล สุขภาพตนเองได้อย่างเหมาะสม (Nutbeam, 2000) ผู้สูงอายุที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงจึงมีแนวโน้มที่จะมี พฤติกรรมสุขภาพที่ดี ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับการศึกษาของดวงเนตร ธรรมกุล และธณิดา พุ่มท่าอิฐ (2564) ที่พบว่าความรอบรู้ทางสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในระดับสูง สอดคล้อง กับชนิล ละม้าย (2568) ที่พบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุ และ สอดคล้องกับ Li et al. (2024) ที่พบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้าน สุขภาพของผู้สูงอายุชาวจีน

เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน ด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สูงสุด (r=0.692, P-value<0.001) อธิบายได้ว่า การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องเป็นทักษะขั้นสูงที่เชื่อมโยงโดยตรง กับการลงมือปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ผู้สูงอายุที่สามารถตัดสินใจเลือกอาหาร การออกกำลังกาย และการ จัดการความเครียดได้เหมาะสม ย่อมมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี ส่วนด้านความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพมีค่า สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ต่ำสุด (r=0.216, P-value=0.002) ซึ่งแม้มีนัยสำคัญทางสถิติแต่อยู่ในระดับต่ำ ชี้ให้เห็น ว่าการมีความรู้เพียงอย่างเดียวไม่เพียงพอต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Nutbeam (2000) ที่ระบุว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นมากกว่าการมีความรู้ แต่ต้องอาศัยทักษะการเข้าถึง การสื่อสาร การรู้เท่าทันสื่อ และการตัดสินใจร่วมด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของฉวีวรรณ ศรีดาวเรือง และจิราพร วรวงศ์ (2565) ที่พบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. ของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2

แรงสนับสนุนทางสังคมที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ ผลการวิจัยพบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r= 0.673, P-value<0.001) สอดคล้องกับแนวคิดของ House (1981) ที่ระบุว่า แรงสนับสนุนทางสังคมเป็น ปัจจัยที่ช่วย

ส่งเสริมให้บุคคลมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี ผ่านการให้ข้อมูล กำลังใจ ความช่วยเหลือ และการประเมินผล ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับการศึกษาของจิรานันท์ วงศ์สุวรรณ และคณะ (2563) ที่พบว่าการ สนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ และสอดคล้องกับ Peng et al. (2024) ที่พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ

เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน แรงสนับสนุนจากครอบครัวมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สูงสุด (r=0.658, P-value<0.001) เหตุผลอาจเป็นเพราะครอบครัวเป็นหน่วยสังคมที่ใกล้ชิดและมีปฏิสัมพันธ์กับผู้สูงอายุมาก ที่สุดในชีวิตประจำวัน โดยเฉพาะกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคู่สมรสเป็นผู้ดูแลหลัก (ร้อยละ 62.56) และมี สถานภาพสมรส (ร้อยละ 74.87) สอดคล้องกับการศึกษาของพร้อมเพรียง มาศรี และคณะ (2566) ที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีผลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ และสอดคล้องกับ Lieber et al. (2024) ที่พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับกิจกรรมทางกายของผู้สูงอายุ ส่วนแรงสนับสนุนจากชุมชนมี ค่าต่ำสุด (r=0.447, P-value<0.001) อาจเป็นเพราะพื้นที่ตำบลบางเหรียงเป็นชุมชนเกษตรกรรม ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 72.31) อาจมีโอกาสเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มในชุมชนน้อยกว่าผู้สูงอายุ ในเขตเมือง

การวิจัยครั้งนี้มีข้อจำกัดที่ควรพิจารณา ดังนี้ 1) การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบ ภาคตัดขวาง จึงไม่สามารถสรุปความเป็นเหตุเป็นผลระหว่างตัวแปรได้ เป็นเพียงความสัมพันธ์ ณ จุดเวลาหนึ่ง 2) กลุ่มตัวอย่างจำกัดเฉพาะผู้สูงอายุติดสังคมในเขตตำบลบางเหรียงเท่านั้น จึงอาจไม่สามารถนำผลไปอ้างอิง กับผู้สูงอายุในพื้นที่อื่นที่มีบริบทแตกต่างกัน

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางเหรียงควรจัดกิจกรรมพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยเน้นด้านการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศและด้านการจัดการตนเองให้มีสุขภาพดี เนื่องจากมีความสัมพันธ์ สูงสุดกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

2) ควรส่งเสริมกิจกรรมออกกำลังกายที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุในชุมชนเกษตรกรรม เช่น การ เดิน การรำไม้พลอง หรือกิจกรรมที่สอดคล้องกับวิถีชีวิต

3) ควรจัดกิจกรรมที่ครอบคลุมถึงสมาชิกในครอบครัว ไม่เฉพาะผู้สูงอายุ เช่น การอบรม ผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว

4) บุคลากรสาธารณสุขควรดำเนินการเยี่ยมบ้านและให้คำปรึกษาด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะการเยี่ยมบ้านเชิงรุกและให้ข้อมูลสุขภาพเพื่อเพิ่มโอกาสการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพของผู้สูงอายุ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1) ควรศึกษาเชิงทดลองหรือกึ่งทดลอง เพื่อพัฒนาและทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรม ส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุโดยเฉพาะด้านการรู้เท่าทันสื่อและด้านการจัดการตนเอง

2) ควรใช้การวิเคราะห์สถิติขั้นสูง เช่น Multiple Regression Analysis เพื่อระบุน้ำหนัก ของแต่ละปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

3) ควรขยายพื้นที่ศึกษาไปยังตำบลอื่นในอำเภอทับปุด อำเภออื่นในจังหวัดพังงา และจังหวัด อื่นในภาคใต้เพื่อเปรียบเทียบผลการวิจัย

เอกสารอ้างอิง

กรมควบคุมโรค. (2567). 5 โรคไม่ติดต่อที่พบในผู้สูงอายุและเสียชีวิตในประเทศไทย.

กระทรวงสาธารณสุข. (2568). ระบบฐานข้อมูล Health Data Center (HDC). https://hdcservice.moph.go.th/

จิรานันท์ วงศ์สุวรรณ, ศิวพร อึ้งวัฒนา, และสุกฤตา สวนแก้ว. (2563). การสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ อำเภอสูงเม่น จังหวัดแพร่. พยาบาลสาร, 47(3), 267–276.

ฉวีวรรณ ศรีดาวเรือง, และจิราพร วรวงศ์. (2565). ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. ของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9, 16(2), 454–468.

ชนิล ละม้าย. (2568). อิทธิพลของความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุในเขตตำบล เขาพระ อำเภอพิปูน จังหวัดนครศรีธรรมราช. วารสารวิชาการเพื่อการพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิและสาธารณสุข, 3(3), 512–526.

ดวงเนตร ธรรมกุล, และธณิดา พุ่มท่าอิฐ. (2564). ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ทางสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุเขตบางพลัด กรุงเทพมหานคร. วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ, 15(1), 106 118.

บุญสิตา เอี่ยมละออ, และพัฒนาวดี พัฒนถาบุตร. (2568). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ตำบลช่องลม อำเภอลานกระบือ จังหวัดกำแพงเพชร. วารสารวิจัยสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ, 7(3), 120–133.

พร้อมเพรียง มาศรี, มกราพันธุ์ จูฑะรสก, และประจักร บัวผัน. (2566). ความรอบรู้ด้านสุขภาพและการ สนับสนุนทางสังคมที่มีผลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลนครขอนแก่น. วารสารวิทยาศาสตร์และการสาธารณสุขชุมชน, 6(2), 112–126.

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางเหรียง. (2568). สรุปผลการปฏิบัติราชการ ปีงบประมาณ 2568.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2567). การส ารวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2567 ระดับจังหวัด.

สุดารัตน์ ชูพันธ์. (2564). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุติดสังคมในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพต าบลสระตะเฆ่ ตำบลบัลลังก์ อำเภอโนนไทย จังหวัด นครราชสีมา. วารสารสาธารณสุขมูลฐาน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ, 36(2), 100–107.

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

House, J. S. (1981). The nature of social support. In M. A. Reading (Ed.), Work stress and social support. Addison-Wesley.

Li, H., Tao, S., Sun, S., Xiao, Y., & Liu, Y. (2024). The relationship between health literacy and health-related quality of life in Chinese older adults: A cross-sectional study. Frontiers in Public Health, 12, 1288906. https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1288906

Lieber, S. B., Moxley, J., Mandl, L. A., Reid, M. C., & Czaja, S. J. (2024). Social support and physical activity: Does general health matter? European Review of Aging and Physical Activity, 21, 16. https://doi.org/10.1186/s11556-024-00347-6

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.

Peng, J., Qi, H., Fan, Z., Zhou, Q., & Lin, Y. (2024). Social support and health behaviors of older adults during the COVID-19 pandemic in China: A moderated mediation model of

loneliness and economic income. BMC Public Health, 24, https://doi.org/10.1186/s12889-024-20272-8

World Health Organization. (2025). Population ageing. https://www.who.int/news room/questions-and-answers/item/population-ageing

Received: 8 Jul 2026 ; **Revised:** 23 Jul 2026
Accepted: 30 Jul 2026

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลถ้ำ อำเภอตะกั่วทุ่ง จังหวัดพังงา

จินดามณี วังบุญคง [1]

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนามีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลถ้ำ อำเภอตะกั่วทุ่ง จังหวัดพังงา ประชากรคือผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลถ้ำ จำนวน 448 คน โดยใช้สูตรการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างทีของ Daniel เท่ากับ 194 คน ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบมีระบบ เก็บข้อมูลโดยใช้ แบบสอบถามประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่ คุณลักษณะส่วนบุคคล ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ความรู้ความเข้าใจพฤติกรรมสุขภาพ แบบสอบถามผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน และนำไปทดลองใช้เพื่อวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟ่าครอนบาค เท่ากับ 0.913 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันที่ระดับความเชื่อมั่น 0.05 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพมีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง (59.28%) ($\bar{X}$=2.51, S.D.=0.637) ความรู้ความเข้าใจ มีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง (83.51%) ($\bar{X}$=2.73, S.D.=0.625) พฤติกรรมสุขภาพมีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง (59.28%) ($\bar{X}$=2.51, S.D.=0.637) ตามลำดับ ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลถ้ำ อำเภอตะกั่วทุ่ง จังหวัดพังงา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r=0.269, P-value<0.001)

คำสำคัญ : ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, พฤติกรรมสุขภาพ, โรคความดันโลหิตสูง

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลถ้ำ อำเภอตะกั่วทุ่ง จังหวัดพังงา, E-mail: cat4527@gmail.com

Factor associated with health behavior among Hypertension patients in Tum Sub-district Health Promoting Hospital, Takuatung District, Phangnga Province

Jindamanee Wangboonkong [1]

Abstract

This descriptive research aimed to study factors associated with health behaviors among hypertensive patients in the Tham Sub-district Health Promotion Hospital area, Takua Thung District, Phang Nga Province. The population consisted of 448 hypertensive patients in the Tham Sub-district Health Promotion Hospital area, with a sample size calculated using Daniel's t-selection formula of 194 people. A systematic sampling method was used to collect data using a questionnaire consisting of four parts: personal characteristics, health literacy, knowledge and understanding, and health behavior. The questionnaire underwent content validity testing by three experts and was pilot-tested for reliability analysis using Cronbach's alpha coefficient, which was found to be 0.913. Data were analyzed using Pearson's correlation coefficient at a confidence level of 0.05. The results of the data analysis showed that: Health literacy was positively correlated with health behaviors among hypertensive patients at Tham Sub-district Health Promotion Hospital, Takua Thung District, Phang Nga Province, with statistical significance ($r=0.269$, P-value<0.001).

Keywords: health literacy, health behaviors, hypertension

[1] Registered Nurse, Professional Level, Tham Sub-district Health Promotion Hospital, Takua Thung District, Phang Nga Province
E-mail: cat4527@gmail.com

บทนำ

โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่พบได้บ่อยในปัจจุบัน คนส่วนใหญ่ที่มีความดันโลหิตสูงมักจะไม่รู้ตัว เมื่อรู้ตัว ว่าเป็นโรคส่วนมากจะไม่ได้รับการดูแลรักษา ส่วนหนึ่งอาจจะเนื่องจากไม่มีอาการ ทำให้คนส่วนใหญ่ไม่ได้ให้ความสนใจ เมื่อเริ่มมีอาการหรือภาวะแทรกซ้อนแล้ว จึงจะเริ่มสนใจและรักษา ซึ่งบางครั้งก็อาจจะทำให้ผลการรักษาไม่ดีเท่าที่ควร อย่างไรก็ตามแนวโน้มของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เพิ่มมากขึ้น จึงนำมาซึ่งภาวะเสี่ยงและปัญหาด้านสุขภาพอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ โดยพบว่าในกลุ่มประชากรอายุ 30-79 ปี มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเกือบ 1.3 พันล้านคน และมักไม่แสดงอาการในระยะเริ่มต้นแต่สามารถตรวจวินิจฉัยได้ และยังพบว่าโรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่เป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุขค่อนข้างมาก หากไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้ ในระยะยาวจะส่งผลต่อระบบอวัยวะภายในร่างกาย เกิดผลแทรกซ้อนต่อหัวใจและหลอดเลือด และ การที่ระดับความดันโลหิตสูงอยู่เป็นเวลานาน เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคต่างๆ เช่น โรคหลอดเลือดในสมองตีบ โรคหัวใจ โรคไตวาย เส้นเลือดแดงใหญ่โป่งพอง อัมพาต เป็นต้น ซึ่งเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร (World Health Organization, 2020) ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจึงจำเป็นต้องได้รับ คำแนะนำในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในการดำเนินชีวิตและดูแลการรับประทานยาให้ถูกต้องตรงตามแผนการรักษาสม่ำเสมอ เพื่อให้สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ตามเป้าหมาย ภายใต้นโยบายกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ.2568 มุ่งเน้น คนไทยห่างไกลโรค และภัยสุขภาพ โดยเฉพาะ ส่งเสริมสุขภาพทุกมิติ เพื่อลดโรคไม่ติดต่อที่สำคัญ(Non Communicable Diseases) มุ่งเน้นการเสริมสร้างความมรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง การส่งเสริมให้กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงเกิดพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพที่ดีและเหมาะสม ยังคงเป็นความท้าทายในการดำเนินงานบริการสุขภาพสำหรับพยาบาลและบุคลากรด้านสุขภาพ นอกจากนี้ จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า “ความรอบรู้ด้านสุขภาพ” (Health Literacy) มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยแนวคิดของ Nutbeam อธิบายว่า บุคคลที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพสูง จะสามารถเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลด้านสุขภาพในการตัดสินใจดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างเหมาะสม ส่งผลให้สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและควบคุมโรคได้ดียิ่งขึ้น (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2567) (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2565) (Nutbeam, 2000) จากสถิติอัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงย้อนหลัง 3 ปี ในจังหวัดพังงา พบว่า มีจำนวนเพิ่มมากขึ้น โดย ปี พ.ศ.2566-2568 อัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงเท่ากับ 16.91,17.42 และ 18.22 ตามลำดับ ในอำเภอตะกั่วทุ่ง จังหวัดพังงา อัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงเท่ากับ 18.01,18.58 และ 19.89 ตามลำดับ (สำนักงาน สาธารณสุขจังหวัดพังงา, 2568) พื้นที่ตำบลถ้ำ อำเภอตะกั่วทุ่ง จังหวัดพังงา อัตราป่วยด้วยโรคความโลหิตสูง เท่ากับ 20.57,20.78 และ 22.25 และเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลถ้ำ อำเภอตะกั่วทุ่ง จังหวัดพังงา อัตราป่วยด้วยโรคความดัน

โลหิตสูงเท่ากับ 23.03,23.05 และ 24.22 ตามลำดับ (สำนักงาน สาธารณสุขจังหวัดพังงา, 2568) จากข้อมูลดังกล่าวแนวโน้มผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นเรื่อยๆอย่างต่อเนื่อง ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลถ้ำ อำเภอตะกั่วทุ่ง จังหวัดพังงา เพื่อนำข้อมูลมาพัฒนาปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลถ้ำ อำเภอตะกั่วทุ่ง จังหวัดพังงา ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลถ้ำ อำเภอตะกั่วทุ่ง จังหวัดพังงา

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research study) โดยกำหนดตัวแปรอิสระ ได้แก่

1) คุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

2) ความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยใช้แนวคิดของ Nutbeam (2000) ตัวแปรตาม ได้แก่ พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนมกราคม-มิถุนายน พ.ศ.2569

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลถ้ำ อำเภอตะกั่วทุ่ง จังหวัดพังงา จำนวน 448 คน เกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ ผู้ที่สามารถสื่อสาร ทั้งการพูด การฟัง สามารถตอบแบบสอบถามได้ และผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียน อาศัยอยู่ในพื้นที่จริงอย่างน้อย 6 เดือนขึ้นไป เกณฑ์การคัดออก คือ ผู้ที่ไม่สมัครใจตอบแบบสอบถาม และเจ็บป่วยในช่วงเก็บข้อมูลจนไม่สามารถให้ข้อมูลได้ คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตร Daniel (2010) กำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ 95% ค่าความคลาดเคลื่อนสามารถยอมรับได้เท่ากับ 0.05 ได้กลุ่มตัวอย่าง 194 คน ใช้วิธีการสุ่มแบบมีระบบ(Systematic Random Sampling) เพื่อเลือกรายชื่อผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเป็นกลุ่มตัวอย่าง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลคือแบบสอบถาม ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา การประกอบอาชีพ รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน ผู้ที่ทำหน้าที่หลักในการดูแล โรคประจำตัว ระยะเวลาการเกิดโรค

ส่วนที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ประกอบด้วย การเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพ การสื่อสารด้านสุขภาพ การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง การจัดการตนเองด้านสุขภาพ ลักษณะข้อคำถามแบบประมาณค่า 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

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

ส่วนที่ 4 พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย ด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการจัดการความเครียด ด้านการสูบบุหรี่ ด้านการดื่มแอลกอฮอล์ ด้านการรับประทานยา ด้านการพบแพทย์ตามนัด และด้านการตรวจสุขภาพ ลักษณะข้อคำถามแบบประมาณค่า 5 ระดับคือ ปฏิบัติมากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด

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 ท่าน ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา นำแบบสอบถามไปทดลองใช้คำนวณค่าความเที่ยง(Reliability) ด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาค (Cronbach, 1997) เท่ากับ 0.913

สถิติวิเคราะห์

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

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้ดำเนินการขอความเห็นชอบจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยนอร์ทเทิร์น เอกสารรับรองเลขที่ NREC 0032/2569 รับรองวันที่ 19 มกราคม 2569

ผลการศึกษาวิจัย

ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลถ้ำ อำเภอตะกั่วทุ่ง จังหวัดพังงา พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (62.37%) มีอายุอยู่ระหว่าง 55-75 ปี (69.60%) ($\overline{X}$=65.58, S.D.=9.71, Max=91, Min=38) สถานภาพสมรสคู่ แต่งงาน/อยู่ด้วยกัน (70.62%) การศึกษาจบระดับประถมศึกษา (44.33%) ส่วนใหญ่

ว่างงาน/ไม่มีอาชีพ (38.14%) มีเพียง (7.22%) อาชีพค้าขาย/เจ้าของกิจการ มีรายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน 5,000-18,000 บาท (59.27%) ($\bar{X}$=12,685, S.D.=10760.503, Max=90,000, Min=600) ผู้ทำหน้าที่ในการดูแลส่วนใหญ่เป็น สามี/ภรรยา (50.52%) และบิดา/มารดา (5.16%) ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว (84.44%) มีโรคประจำตัว (18.56%) โรคประจำตัวที่พบมากที่สุดคือ ไขมันในเลือดสูง (11.86%) เบาหวาน (9.79%) และโรคเก๊าส์ (1.03%) ส่วนใหญ่ระยะป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงมากกว่า 5 ปี (36.60%) ($\bar{X}$=2.07, S.D.=0.81, Max=23, Min=1) ตามลำดับ

ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในภาพรวมความรอบรู้ด้านสุขภาพมีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง (59.28%) ($\bar{X}$=2.51, S.D.=0.637) เมื่อพิจารณาความรอบรู้ด้านสุขภาพจำแนกรายด้านที่มีคะแนนในระดับสูง ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพ (97.42%) ($\bar{X}$=2.97, S.D.=0.158) การจัดการตนเองด้านสุขภาพ (92.73%) ($\bar{X}$=2.92, S.D.=0.259) การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง (80.93%) ($\bar{X}$=2.80, S.D.=0.410) การสื่อสารด้านสุขภาพ (79.38%) ($\bar{X}$=2.78, S.D.=0.421) การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ (74.23%) ($\bar{X}$=2.68, S.D.=0.585) ตามลำดับ ความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในภาพรวมความรู้ ความเข้าใจด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงคะแนนอยู่ในระดับสูง (83.51%) ($\bar{X}$=2.73, S.D.=0.625) และพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในภาพรวมพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง (59.28%) ($\bar{X}$=2.51, S.D.=0.637) เมื่อพิจารณาพฤติกรรมสุขภาพจำแนกรายด้านที่มีคะแนนในระดับปานกลาง ได้แก่ ด้านการพบแพทย์ตามนัด (79.38%) ($\bar{X}$=2.74, S.D.=0.543) ด้านการตรวจสุขภาพ (77.84%) ($\bar{X}$=2.71, S.D.=0.573) ด้านการไม่สูบบุหรี่ (68.56%) ($\bar{X}$=2.53, S.D.=0.749) ด้านการไม่ดื่มแอลกอฮอล์(61.86%) ($\bar{X}$=2.41, S.D.=0.811) ด้านการจัดการความเครียดและด้านการรับประทานยา (61.34%) ($\bar{X}$=2.47, S.D.=0.728) ตามลำดับ รองลงมาคะแนนในระดับต่ำ ได้แก่ ด้านการรับประทานอาหาร (55.15%) ($\bar{X}$=2.38, S.D.=0.754) ด้านการออกกำลังกาย (48.45%) ($\bar{X}$=2.35, S.D.=0.699) ตามลำดับ

ผลการศึกษาพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ในภาพรวมมีค่าคะแนนเฉลี่ย 2.51 คะแนน (S.D.= 0.637) อยู่ในระดับปานกลาง ชี้ให้เห็นว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงควรได้รับการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ ข้อมูลข่าวสาร และบริการสุขภาพ เพื่อเป็นแรงขับเคลื่อนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ จัดการสุขภาพของตนเอง เพื่อป้องกันและคงรักษาสุขภาพที่ดีของตนเองไว้ และควรคำนึงถึง เพศ อายุ ระดับ

การศึกษา สถานะทางการเงิน ซึ่งเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญต่อการมีความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ (ตามตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรม สุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลถ้ำ อำเภอตะกั่วทุ่ง จังหวัดพังงา (n=194)

	ระดับคะแนน						Mean	S.D.
	สูง		ปานกลาง		ต่ำ			
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ		
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	**115**	**59.28**	**64**	**32.99**	**15**	**7.73**	**2.51**	**0.637**
การเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพ	189	97.42	5	2.58	0	0	2.97	0.158
การสื่อสารด้านสุขภาพ	154	79.38	39	20.10	1	0.52	2.78	0.421
การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ	144	74.23	38	19.59	12	6.19	2.68	0.585
ด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง	157	80.93	36	18.56	1	0.52	2.80	0.410
ด้านการจัดการตนเองด้านสุขภาพ	180	92.78	14	7.22	0	0	2.92	0.259
ความรู้ ความเข้าใจทางสุขภาพ	162	83.51	13	6.70	19	9.79	2.73	0.625
พฤติกรรมสุขภาพ	115	59.28	64	32.99	15	7.73	2.51	0.637
ด้านการรับประทานอาหาร	107	55.15	55	28.35	32	16.49	2.38	0.754
ด้านการออกกำลังกาย	94	48.45	75	38.66	25	12.89	2.35	0.699
ด้านการจัดการความเครียด	119	61.34	48	24.74	27	13.92	2.47	0.728
ด้านการไม่สูบบุหรี่	133	68.56	31	15.98	30	15.46	2.53	0.749
ด้านการไม่ดื่มแอลกอฮอล์	120	61.86	34	17.53	40	20.62	2.41	0.811
ด้านการรับประทานยา	119	61.34	48	24.74	27	13.92	2.47	0.728
ด้านการพบแพทย์ตามนัด	154	79.38	30	15.46	10	5.15	2.74	0.543
ด้านการตรวจสุขภาพ	151	77.84	31	15.98	12	6.19	2.71	0.573

ผลการวิเคราะห์ตัวแปรอิสระที่มีความสัมพันธ์ทางบวกความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลถ้ำ อำเภอตะกั่วทุ่ง จังหวัดพังงา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (r=0.269, P-value<0.001) ตามลำดับ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพ ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ปัจจัย	พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง		
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (r)	P-value	ระดับความสัมพันธ์
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	0.269	<0.001	มีความสัมพันธ์ทางบวก
การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ	0.183	<0.001	มีความสัมพันธ์ทางบวก
การจัดการตนเองด้านสุขภาพ	0.289	<0.001	มีความสัมพันธ์ทางบวก
การสื่อสารด้านสุขภาพ	0.066	0.361	ไม่มีความสัมพันธ์
การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ	0.249	<0.001	มีความสัมพันธ์ทางบวก
การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง	0.190	0.008	มีความสัมพันธ์ทางบวก
ความรู้ ความเข้าใจทางสุขภาพ	**0.380**	**<0.001**	**มีความสัมพันธ์ทางบวก**

การอภิปรายผลและสรุปผล

ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลถ้ำ อำเภอตะกั่วทุ่ง จังหวัดพังงา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ(r=0.269, P-value<0.001) สามารรถอธิบายเหคุผลได้ว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพตามแนวคิดคิดของ Nutbeam กล่าวว่า 1) ความรู้ ความเข้าใจและทักษะ ประกอบด้วย การเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพและบริการสุขภาพ การจัดการตนเอง การสื่อสารด้านสุขภาพ การรู้เท่าทันสื่อสารสนเทศ และการตัดสินใจเลือกปฏิบัติ ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง (59.28%) ผลการวิเคราะห์ข้อมูลความรอบรู้ด้านสุขภาพ พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลถ้ำ อำเภอตะกั่วทุ่ง จังหวัดพังงา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r=0.269, P-value<0.001) แสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญในทางปฏิบัติ กล่าวคือ เมื่อผู้ป่วยมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น จะมีแนวโน้ม

ปฏิบัติตนด้านสุขภาพได้ดีขึ้น เช่น การรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ การควบคุมอาหาร และการออกกำลังกาย อธิบายเหตุผลได้ว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพทั้ง การเข้าถึงข้อมูลและบริการ การสื่อสาร การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ การตัดสินใจที่เหมาะสม รวมถึงการจัดการตนเองให้มีความปลอดภัย ถือเป็นสิ่งจำเป็นต่อการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่จะช่วยให้ตระหนักถึงความสำคัญ และควบคุมโรคได้ดียิ่งขึ้น ซึ่งโรคความดันโลหิตสูงนั้นเป็นโรคที่ไม่ติดต่อ แต่เกิดจากความเสื่อมของร่างกายและพฤติกรรมการใช้ชีวิต ดังนั้นการมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับตัวโรคจะทำให้ตระหนักและเล็งเห็นความสำคัญของการควบคุมอาการมากยิ่งขึ้น นำไปสู่พฤติกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสมทั้งด้านการรับประทานอาหาร การรับประทานยา การออกกำลังกาย การตัดสินใจเพื่อสุขภาพ การจัดการตนเองให้ปลอดภัยจากปัจจัยเสี่ยงของโรค ร่วมกับการเข้าถึงข้อมูลและบริการทางสุขภาพที่ถูกต้อง สะดวก รวดเร็ว มีผลให้พฤติกรรมทางสุขภาพเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้นได้ ซึ่งผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมของ นฤเบศร์ โกศล และคณะ (2568) ที่พบว่าปัจจัยด้านความรู้ การรับรู้สุขภาพ และทัศนคติ ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญของความรอบรู้ ด้านสุขภาพ จัดอยู่ในกลุ่มปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ เน้นบทบาทของความสามารถในการจัดการตนเอง และยังสนับสนุนข้อค้นพบของ จุลลดา เหมโส (2567) ระบุว่าการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ เช่น การให้ความรู้ การพัฒนาทักษะการตัดสินใจ และการจัดการตนเอง สามารถช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจในโรคและนำไปสู่การดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง ซึ่งอธิบายได้ว่าทำไมความรอบรู้ด้านสุขภาพจึงมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ นอกจากนี้ยังมีความสอดคล้องกับการศึกษาของ ปิยะธิดา กลั่นเชื้อ และวารณี บุญช่วยเหลือ (2568) พบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพมีผลต่อผลลัพธ์ด้านพฤติกรรมสุขภาพ รวมถึงการมีส่วนร่วมในการรักษาและการตัดสินใจด้านสุขภาพ ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญของพฤติกรรมสุขภาพที่ดี และเมื่อพิจารณางานวิจัยอื่นๆร่วมด้วย พบว่าผลการศึกษานี้มีความสอดคล้องกับหลายการศึกษา เช่น การศึกษาของ จันทร์เพ็ญ พวงดอกไม้ (2566) ที่พบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในทุกด้าน โดยเฉพาะทักษะการจัดการตนเอง ด้านความรู้ที่มีความสัมพันธ์สูงสุด การศึกษาของ อรอุมา พลซา, อมรศักดิ์ โพธิ์อ่า(2567) ความรอบรู้ด้านสุขภาพประกอบด้วย ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ การเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพ การสื่อสารเพิ่มความเชี่ยวชาญด้านสุขภาพ การจัดการตนเองด้านสุขภาพ การตัดสินใจด้านสุขภาพ การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพที่สะท้อนให้เห็นอย่างชัดเจนว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองและการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงเป็นผลลัพธ์ของการปฏิสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านสุขภาพ ปัจจัยสิ่งแวดล้อม และความรอบรู้ด้านสุขภาพ การพัฒนาแนวทางส่งเสริมสุขภาพที่มุ่งเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพควบคู่กับการ

สนับสนุนจากครอบครัว ชุมชน และระบบบริการสุขภาพ จึงมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพและการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงอย่างยั่งยืน

ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r=0.380, P- value<0.001) สามารถอธิบายได้ว่าความรู้ความเข้าใจเป็นความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับแนวทางปฏิบัติทางด้านสุขภาพ (Nutbeam, 2000) ซึ่งตรงกับแนวคิดของ Green & Kreuter (1991) กล่าวว่า ความรู้เป็นปัจจัยที่สำคัญที่จะส่งผลต่อการแสดงพฤติกรรมหรือการกระทำอย่างใดอย่างหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพของแต่ละบุคคล ซึ่งความรู้เป็นปัจจัยที่เกิดจากการเรียนรู้หรือประสบการณ์ที่ได้จากการเรียนรู้ของแต่ละบุคคล จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลวิจัยพบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มีระดับความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง (83.51%) โดยผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพที่ถูกต้องในประเด็นต่างๆ ได้แก่ ผู้ป่วยทราบว่าเมื่อมีอาการผิดปกติ เช่น ปวดศรีษะรุนแรง แน่นหน้าอกหรือแขนขาอ่อนแรง ควรรีบไปพบแพทย์ทันที และควรตรวจสุขภาพเป็นประจำทุกปี ไม่ควรเครียดเป็นเวลานานๆ งดไม่สูบบุหรี่ หรือไม่ดื่มแอลกอฮอล์ เพื่อป้องกันภาวะโลหิตสูง ตามลำดับ สำหรับประเด็นความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพที่ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติได้ดีในประเด็นต่างๆ ได้แก่ ผู้ป่วยควรรับประทานผัก และผลไม้ เป็นประจำ ควรควบคุมระดับความดันโลหิตให้น้อยกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท เพื่อช่วยลดความเสี่ยงจากภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง ตามลำดับ และผลการวิจัยสอดคล้องกับงานวิจัยของ ยุวัฒน์ฉัตร ยาโต (2568) ที่พบว่าความรู้ ความเข้าใจทางสุขภาพ เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P- value<0.001)

ข้อเสนอแนะจากงานวิจัย

ผลการวิจัยในครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง อย่างมีนัยสำคัญในทุกด้าน การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา จึงสามารถนำผลการวิจัยนี้ไปต่อยอดได้ทั้งการศึกษาเชิงคุณภาพ การศึกษาแบบทดลองและการศึกษากึ่งทดลองได้โดยนำข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยนี้ไปปรับใช้จริงในเขตรับผิดชอบ จะมุ่งเน้นที่การพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพและเพิ่มฝึกทักษะ การจัดการตนเองของผู้ป่วย เช่น การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด และการใช้ยาอย่างถูกต้อง ควรจัดทำสื่อสุขศึกษาเพื่อแก้ไขความเข้าใจคลาดเคลื่อน โดยเฉพาะเรื่องการควบคุมน้ำหนัก และการรับรู้ว่าโรคความดันโลหิตสูงอาจไม่แสดงอาการ และออกแบบกิจกรรมสุขศึกษาให้เป็นรูปธรรม สามารถนำไปปฏิบัติได้

จริง บุคลากรสาธารณสุขและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสามารถนำสื่อกิจกรรม ต้นแบบโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพไปประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยในการติดตามและให้คำแนะนำอย่างต่อเนื่องในชุมชน

เอกสารอ้างอิง

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

จันทร์เพ็ญ พวงดอกไม้. (2566). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ ในคลินิกโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลพญาแมน อำเภอพิชัย จังหวัดอุตรดิตถ์.

จุลลดา เหมโส. (2567). ความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด .

นฤเบศร์ โกศล และคณะ.(2568). พฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลละแม จังหวัดชุมพร

ปิยะธิดา กลั่นเชื้อ, และวารณี บุญช่วยเหลือ. (2568). ความรอบรู้ด้านสุขภาพกับการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในศูนย์บริการสาธารณสุข. นครปฐม: มหาวิทยาลัยศิลปากร.

ยุวัฒน์ฉัตร ยาโต(2568). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าช้าง ตำบลตาลเดี่ยว อำเภอหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์ . วารสารสาธารณสุขมูลฐาน ภาคเหนือ.2568 :ปีที่ 35 ฉบับที่ 2.

สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. (2565). แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2562 (ปรับปรุง พ.ศ. 2565).

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพังงา. (2568). รายงานสถิติอัตราป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จังหวัดพังงา ปีงบประมาณ 2566–2568. https://png.hdc.moph.go.th

อรอุมา พลซา,อมรศักดิ์ โพธิ์อ่ำ. (2567). ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในเขตพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองกะท้าว อำเภอนครไทย จังหวัดพิษณุโลก.

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

Bloom, B. S. (Ed.). (1975). Taxonomy of educational objectives: The classification of educational goals: Handbook I. Cognitive domain. David McKay.

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 the 21st century. Health Promotion International, 15(3), 259–267.

World Health Organization. (2023). Hypertension fact sheet.

Received: 8 Jul 2026 ; **Revised:** 23 Jul 2026
Accepted: 30 Jul 2026

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการความเครียดของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เขตตำบลเหล อำเภอกะปง จังหวัดพังงา

สุพนิดา ก่อผล [1]

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการความเครียดของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เขตตำบลเหล อำเภอกะปง จังหวัดพังงา ประชากรทั้งหมดจำนวน 99 คน เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถาม ประกอบด้วย 5 ส่วน ได้แก่ คุณลักษณะส่วนบุคคล ความเครียด ความรอบรู้ด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการจัดการความเครียด ที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน และนำไปทดลองใช้เพื่อวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟ่าครอนบาค วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มีความเครียดระดับปานกลาง 61.62% และระดับสูง 38.38% ($\bar{X}$= 39.45, S.D. = 7.31) พฤติกรรมการจัดการความเครียดโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$= 3.38, S.D. = 0.25) ด้านที่มีคะแนนสูงสุดคือการควบคุมอารมณ์ ($\bar{X}$= 3.73) และด้านที่มีคะแนนต่ำสุดคือการระบายความเครียด ($\bar{X}$= 2.73) ความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$= 3.72, S.D. = 0.28) และการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$= 3.73, S.D. = 0.35) ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่า ระดับความเครียดมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการจัดการความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = −0.3432, P-value=0.0005) ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = 0.3832, P-value=0.0001) และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกสูงสุดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = 0.5039, P-value<0.0001) คุณลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ รายได้ และระยะเวลาปฏิบัติงาน ไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ควรพัฒนาโปรแกรมที่บูรณาการการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและระบบสนับสนุนทางสังคม พร้อมจัดทำระบบประเมินและลดภาระงานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อย่างเป็นระบบ

คำสำคัญ: พฤติกรรมการจัดการความเครียด, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน, ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, การสนับสนุนทางสังคม

[1] **พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสายปิหนัง จังหวัดพังงา,** E-mail: Supanidaogk@gmail.com

Factors Associated with Stress Management Behavior among Village Health Volunteers in Lae Subdistrict, Kapong District, Phang Nga Province.

Supanida Korphol [1]

Abstract

This descriptive cross-sectional study aimed to examine factors associated with stress management behaviors among village health volunteers (VHVs) in Tambon Lae, Kapong District, Phang Nga Province. The total population comprised 99 individuals. Data were collected using a five-part questionnaire covering personal characteristics, stress level, health literacy, social support, and stress management behavior. The questionnaire was validated for content validity by three experts and pilot-tested to assess reliability using Cronbach's coefficient alpha. Descriptive statistics and Pearson's product-moment correlation coefficient were used for data analysis at a significance level of 0.05.

The findings revealed that 61.62% of VHVs experienced a moderate level of stress and 38.38% experienced a high level of stress ($\bar{X}$= 39.45, SD = 7.31). Overall stress management behavior was at a moderate level ($\bar{X}$= 3.38, SD = 0.25), with emotion regulation as the highest-scoring domain ($\bar{X}$= 3.73) and stress venting as the lowest-scoring domain ($\bar{X}$= 2.73). Overall health literacy was at a high level ($\bar{X}$= 3.72, SD = 0.28), and overall social support was likewise at a high level ($\bar{X}$= 3.73, SD = 0.35). Correlation analysis revealed that stress level had a statistically significant negative correlation with stress management behavior (r = −0.3432, P-value = 0.0005), health literacy had a statistically significant positive correlation (r = 0.3832, P-value =0.0001), and social support demonstrated the highest statistically significant positive correlation (r = 0.5039, P-value< 0.0001). Personal characteristics, including age, income, and duration of service, showed no statistically significant correlations. It is recommended that programs integrating health literacy enhancement and social support systems be developed, together with a systematic mechanism for assessing and reducing the workload of village health volunteers.

Keywords: Stress management behavior, Village Health Volunteers, Health literacy, Social support

[1] Registered Nurse, Senior Professional Level, Ban Sai Pi Nang Sub-district Health Promoting Hospital, Phang Nga Province. E-mail: Supanidaogk@gmail.com

บทนำ

ความเครียดเป็นปัญหาสุขภาพจิตที่แพร่หลายในสังคมโลกปัจจุบัน องค์การอนามัยโลกรายงาน ในปี พ.ศ. 2568 ว่ามีประชากรมากกว่า 1 พันล้านคนทั่วโลกมีปัญหาด้านสุขภาพจิต โดยโรคซึมเศร้าและ วิตกกังวลเป็นปัญหาที่พบบ่อย ส่งผลให้เศรษฐกิจโลกสูญเสียมูลค่าถึง 1 ล้านล้านดอลลาร์สหรัฐต่อปีจากการสูญเสียผลผลิต และมีผู้เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายถึง 727,000 รายในปี พ.ศ. 2564 (World Health Organization, 2025) สำหรับประเทศไทย กรมสุขภาพจิตรายงานว่าประชากรไทยประมาณ 10 ล้านคน มีปัญหาด้านสุขภาพจิต และในปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 พบว่าผู้เข้ารับการประเมิน 750,000 ราย มีความเครียดสูง 15.5% เสี่ยงซึมเศร้า 17.2% และเสี่ยงฆ่าตัวตาย 10.6% (สำนักข่าวออนไลน์สุขภาพ, 2024)

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นกำลังสำคัญของระบบสุขภาพปฐมภูมิในประเทศไทย มีจำนวนทั้งสิ้นกว่า 1.09 ล้านคนทั่วประเทศ (สำนักข่าวออนไลน์สุขภาพ, 2025) อสม. ต้องปฏิบัติงาน ด้านสาธารณสุขควบคู่กับอาชีพหลักและภาระครอบครัว ซึ่งก่อให้เกิดความเครียดสะสม จากการศึกษาพบว่า อสม. มีความเครียดระดับสูงและรุนแรงรวมกันถึง 41.32% ในช่วงการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 (กิตติพร เนาว์สุวรรณ และคณะ, 2566) ความเครียดที่ไม่ได้รับการจัดการอย่างเหมาะสมย่อมส่งผล กระทบต่อสุขภาพกาย จิตใจ และประสิทธิภาพการให้บริการสุขภาพของชุมชน ตำบลเหล อำเภอกะปง จังหวัดพังงา เป็นชุมชนชนบทที่ อสม. มีบทบาทสำคัญในการดูแลสุขภาพชุมชน ท่ามกลางข้อจำกัดด้านการเข้าถึงบริการสาธารณสุขและความท้าทายด้านเทคโนโลยีดิจิทัล อย่างไรก็ตาม ยังไม่มีการศึกษาอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับปัจจัย ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการ ความเครียดของ อสม. ในพื้นที่นี้ การวิจัยครั้งนี้จึงมีความจำเป็น เพื่อสร้างองค์ความรู้สำหรับพัฒนาแนวทางส่งเสริมสุขภาพจิตและการจัดการความเครียดของ อสม. ได้อย่างเหมาะสมกับบริบทพื้นที่

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการความเครียดของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เขตตำบลเหล อำเภอกะปง จังหวัดพังงา

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research Study) โดยกำหนดตัวแปรอิสระ ได้แก่ 1) คุณลักษณะส่วนบุคคล 2) ความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยใช้แนวคิดของ Nutbeam (2000) ตัวแปรตาม ได้แก่การจัดการความเครียดของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านพื้นที่ตำบลเหล อำเภอกะปง จังหวัดพังงา

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ อสม. ที่ปฏิบัติหน้าที่ในพื้นที่ตำบลเหล อำเภอกะปง จังหวัดพังงา ปี พ.ศ. 2568 จำนวน 99 คน เกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ เป็น อสม. ที่ปฏิบัติหน้าที่ในช่วงเวลาเก็บข้อมูล สื่อสารภาษาไทยได้ มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย เกณฑ์คัดออก ได้แก่ ตอบแบบสอบถามไม่ครบถ้วน ถอนตัวระหว่างการวิจัย มีภาวะทางสุขภาพหรือจิตใจที่ส่งผลต่อความน่าเชื่อถือของข้อมูล หรือไม่ประสงค์ เข้าร่วมวิจัยต่อไป การคำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตร Daniel (2010) ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% และความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ 0.05 ได้ขนาดตัวอย่าง 79 คน อย่างไรก็ตาม เนื่องจากประชากรมีจำนวนน้อย ผู้วิจัยจึงเก็บข้อมูลจากประชากรทั้งหมด 99 คน แทนการสุ่มแบบมีระบบ (Systematic Random Sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้คือแบบสอบถามซึ่งแบ่งออกเป็น 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคลของ อสม. ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ โรคประจำตัว รายได้เฉลี่ยต่อเดือน สิทธิ์การรักษาพยาบาล ระยะเวลาการปฏิบัติงานเป็น อสม. และหมู่บ้านที่ปฏิบัติงาน

ส่วนที่ 2 การประเมินระดับความเครียดของ อสม. โดยใช้แบบประเมินความเครียดของกรมสุขภาพจิต (SPST-20) แบ่งระดับความเครียดเป็น 5 ระดับ ได้แก่ ไม่รู้สึกเครียด (1) รู้สึกเครียดเล็กน้อย (2) รู้สึกเครียดปานกลาง (3) รู้สึกเครียดมาก (4) และรู้สึกเครียดมากที่สุด (5)

ส่วนที่ 3 ความรอบรู้ด้านสุขภาพตามกรอบแนวคิดของ Nutbeam (2000) ครอบคลุม 6 ด้าน ได้แก่ ความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพ การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ การสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญ การแบ่งปันความรู้และประสบการณ์ การตัดสินใจปฏิบัติที่ถูกต้อง และการจัดการตนเองให้ปลอดภัย โดยใช้มาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (เห็นด้วยอย่างยิ่ง ถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง)

ส่วนที่ 4 การสนับสนุนทางสังคมของ อสม. จำนวน 15 ข้อ ใช้มาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (เห็นด้วยอย่างยิ่ง ถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง) โดยแปลผลเป็น 3 ระดับ คือ ระดับสูง (3.67–5.00) ระดับปานกลาง (2.34–3.66) และระดับต่ำ (1.00–2.33)

ส่วนที่ 5 พฤติกรรมการจัดการความเครียดของ อสม. จำนวน 36 ข้อ ใช้มาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ในลักษณะเดียวกับส่วนที่ 4 และแปลผลเป็น 3 ระดับเช่นเดียวกัน คือ ระดับสูง (3.67–5.00) ระดับปานกลาง (2.34–3.66) และระดับต่ำ (1.00–2.33)

สถิติวิเคราะห์

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

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้ดำเนินการขอความเห็นชอบจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ ของมหาวิทยาลัยนอร์ทเทิร์น จังหวัดตาก เอกสารรับรองเลขที่ NREC 0040 /2569 รับรองวันที่ 19 มกราคม 2569

ผลการศึกษาวิจัย

คุณลักษณะส่วนบุคคลของ อสม. ตำบลเหล อำเภอกะปง จังหวัดพังงา พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (87.88%) มีอายุเฉลี่ย 56.28 ปี สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่า (43.43%) ประกอบอาชีพเกษตรกรรม (72.73%) มีรายได้ครอบครัวเฉลี่ย 10,000–19,999 บาทต่อเดือน และใช้สิทธิบัตรทองทุกราย มีระยะเวลาปฏิบัติงานเฉลี่ย 10.33 ปี โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีโรคประจำตัวพบโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด (13.13%)

ด้านระดับความเครียด อสม. ส่วนใหญ่มีความเครียดระดับปานกลาง (ร้อยละ 61.62) รองลงมา คือ ระดับสูง (38.38%) โดยไม่พบผู้ที่มีความเครียดระดับรุนแรง (Mean = 39.45, S.D. = 7.31) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับความเครียด ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในพื้นที่ตำบลเหล อำเภอกะปง จังหวัดพังงา (n=99)

ตัวแปร	ระดับของความเครียด								Mean	S.D.
	รุนแรง		สูง		ปานกลาง		ต่ำ			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ระดับความเครียดของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน										
ระดับความเครียดของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน	0	0	38	38.38	61	61.62	0	0	39.45	7.31

ด้านความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับสูง (Mean = 3.72) โดยด้านที่มีคะแนนสูงสุด คือ การสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญด้านสุขภาพ (Mean = 3.91) และด้านที่มีคะแนนต่ำสุดคือการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศด้านสุขภาพ (Mean = 3.48) ซึ่งเป็นด้านเดียวที่มีกลุ่มตัวอย่างบางส่วนอยู่ในระดับปานกลาง

ด้านการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมอยู่ในระดับสูง (Mean = 3.73) โดยได้รับการสนับสนุน จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมากที่สุด (Mean = 4.06) ในขณะที่การสนับสนุนจากเพื่อนร่วมงาน อสม. มีคะแนนต่ำสุด (Mean = 3.40) และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง (68.69%)

ด้านพฤติกรรมการจัดการความเครียดโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 3.38) โดยการควบคุมอารมณ์เป็นพฤติกรรมที่มีคะแนนสูงสุด (Mean = 3.73) รองลงมาคือการออกกำลังกายและการจัดโภชนาการ ส่วนพฤติกรรมที่มีคะแนนต่ำสุดคือการระบายความเครียด (Mean = 2.73) และการทำสมาธิ (Mean = 2.78) ซึ่งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลางทั้งสองด้าน (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความรอบรู้ด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมและการจัดการความเครียดของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในพื้นที่ตำบลเหล อำเภอกะปง จังหวัดพังงา (n=99)

ตัวแปร	ระดับของความเครียด						Mean	S.D.
	สูง		ปานกลาง		ต่ำ			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ								
ความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพ	47	47.47	52	52.53	0	0	3.54	0.44
การเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพและบริการสุขภาพ	70	70.71	29	29.29	0	0	3.89	0.44
การสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญด้านสุขภาพ	74	74.75	25	25.25	0	0	3.91	0.43
การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศด้านสุขภาพ	39	39.39	59	59.60	1	1.01	3.48	0.44
การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องด้านสุขภาพ	68	68.69	31	31.31	0	0	3.80	0.47
การจัดการตนเองให้มีความปลอดภัยด้านสุขภาพ	53	53.54	46	46.46	0	0	3.69	0.53
การสนับสนุนทางสังคม								
การสนับสนุนจากครอบครัว	55	55.56	44	44.44	0	0	3.74	0.55

ตัวแปร	ระดับของความเครียด						Mean	S.D.
	สูง		ปานกลาง		ต่ำ			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
การสนับสนุนจากเพื่อนร่วมงาน อสม.	29	29.29	68	68.69	2	2.02	3.40	0.52
การสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข	78	78.79	21	21.21	0	0	4.06	0.47
การจัดการความเครียด								
การพักผ่อน	55	55.56	41	41.41	3	3.03	3.57	0.56
การออกกำลังกาย	62	62.63	36	36.36	1	1.01	3.61	0.47
การจัดโภชนาการ	59	59.60	33	33.33	7	7.07	3.59	0.61
การควบคุมอารมณ์	61	61.62	38	38.38	0	0	3.73	0.44
การทำสมาธิ	4	4.04	68	68.69	27	27.27	2.78	0.43
การคิดบวก	34	34.34	63	63.64	2	2.02	3.31	0.44
การระบายความเครียด	9	9.09	54	54.55	36	36.36	2.73	0.56
การแสวงหาความเพลิดเพลิน	56	56.57	34	34.34	9	9.09	3.54	0.65
การแสวงหาแรงสนับสนุนทางสังคม	38	38.38	58	58.59	3	3.03	3.39	0.56
การขอคำปรึกษา	37	37.37	48	48.48	14	14.14	3.23	0.62
การวางแผนงาน	43	43.43	55	55.56	1	1.01	3.54	0.51

ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการจัดการความเครียดในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = 0.383, P-value = 0.0001) โดยทุกด้านมีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ด้านที่มีความสัมพันธ์สูงสุดคือความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพ (r =0.326) รองลงมาคือการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง (r =0.294) และการจัดการตนเองให้มีความปลอดภัย (r =0.293) ส่วนด้านที่มีความสัมพันธ์ต่ำสุดคือการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศด้านสุขภาพ (r = 0.200) ซึ่งสอดคล้องกับที่พบว่าด้านนี้มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุดด้วย การสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกสูงสุดในบรรดาตัวแปรทั้งหมดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

(r = 0.504, P-value< 0.0001) สะท้อนให้เห็นว่า อสม. ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับสูงมีแนวโน้มจัดการความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพมากกว่า (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคล ระดับความเครียด ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคม ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการความเครียดของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในพื้นที่ตำบลเหล อำเภอกะปง จังหวัดพังงา

ปัจจัย	พฤติกรรมการจัดการความเครียด		
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (r)	P-value	ระดับความสัมพันธ์
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	**0.383**	**<0.001***	**มีความสัมพันธ์ทางบวก**
- ความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพ	0.326	0.001*	มีความสัมพันธ์ทางบวก
- การเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพและบริการสุขภาพ	0.283	0.005*	มีความสัมพันธ์ทางบวก
- การสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญด้านสุขภาพ	0.230	0.022*	มีความสัมพันธ์ทางบวก
- การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศด้านสุขภาพ	0.200	0.047*	มีความสัมพันธ์ทางบวก
- การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องด้านสุขภาพ	0.294	0.003*	มีความสัมพันธ์ทางบวก
- การจัดการตนเองให้มีความปลอดภัยด้านสุขภาพ	0.293	0.003*	มีความสัมพันธ์ทางบวก
การสนับสนุนทางสังคม	**0.504**	**<0.001***	**มีความสัมพันธ์ทางบวก**
- การสนับสนุนจากครอบครัว	0.226	0.025*	มีความสัมพันธ์ทางบวก
- การสนับสนุนจากเพื่อนร่วมงาน อสม.	0.294	0.033*	มีความสัมพันธ์ทางบวก
- การสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข	0.160	0.114	ไม่พบความสัมพันธ์

หมายเหตุ * ค่าระดับนัยสำคัญ น้อยกว่า 0.05, ** ค่าระดับนัยสำคัญ น้อยกว่า 0.01

การอภิปรายผล

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ จากผลการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการจัดการความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = 0.383, P-value <0.001) สามารถอธิบายได้ว่า อสม. ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงสามารถเข้าถึงข้อมูล เลือกกลยุทธ์จัดการความเครียดที่เหมาะสม และติดตามประเมินผลได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีการอ้างอิงในบทที่ 2 ว่า Nutbeam (2000) นิยามความรอบรู้ด้านสุขภาพว่าเป็นทักษะที่กำหนดแรงจูงใจและความสามารถในการเข้าถึง เข้าใจ และใช้

ข้อมูลเพื่อส่งเสริมสุขภาพ สอดคล้องกับงานวิจัยของ ชินตา เตชะวิจิตรจารุ และคณะ (2561) ที่ศึกษา อสม. 380 คน พบว่าผู้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงมีความสามารถในการตัดสินใจและพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองที่ดีกว่า

เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าด้านความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สูงสุด (r = 0.326, P-value= 0.001) เนื่องจากความรู้ที่ถูกต้องเป็นรากฐานสำคัญที่ช่วยให้ อสม. ระบุและเลือกพฤติกรรมจัดการความเครียดได้อย่างเหมาะสม ในขณะที่ด้านการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศด้านสุขภาพมีค่าสัมประสิทธิ์ต่ำสุด (r = 0.200, P-value= 0.047) สามารถอธิบายได้ว่า อสม. ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษาและอยู่ในวัยกลางคน จึงไม่คุ้นเคยกับการวิเคราะห์ข้อมูลดิจิทัล มีการอ้างอิงในบทที่ 2 ตามแนวคิดของ Nutbeam (2000) ในส่วนของ Functional Health Literacy และ Critical Health Literacy ที่ระบุว่าทักษะการประเมินข้อมูลสุขภาพจากแหล่งต่างๆ เป็นองค์ประกอบที่ต้องพัฒนาเป็นพิเศษ สอดคล้องกับงานวิจัยของ Ginggeaw และ Prasertsri (2015) และ ชินตา เตชะวิจิตรจารุ และคณะ (2561) ที่พบว่ามิติการประเมินข้อมูลสุขภาพอย่างมีวิจารณญาณเป็นด้านที่ควรได้รับการพัฒนาเร่งด่วน

การสนับสนุนทางสังคม จากผลการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า โดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการจัดการความเครียดสูงสุดในบรรดาตัวแปรทั้งหมดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = 0.504, P-value< 0.001) สามารถอธิบายได้ว่า อสม. ที่ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวและเพื่อนร่วมงานในระดับสูงจะมีทรัพยากรทางจิตใจเพียงพอในการจัดการความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น มีการอ้างอิงในบทที่ 2 ว่า House (1981) และ Cohen และ Wills (1985) ระบุว่าการสนับสนุนทางสังคมทำหน้าที่เป็นกันชนลดผลกระทบเชิงลบของความเครียด สอดคล้องกับงานวิจัยของ Meng และคณะ (2024) ลัญชนา พิมพันธ์ชัยยบูลย์ และคณะ (2564) และ Shreffler และคณะ (2020) ที่พบว่าการสนับสนุนทางอารมณ์จากคนใกล้ชิดและบรรยากาศสามัคคีในกลุ่มเพื่อนร่วมงานเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการความเครียดที่มีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

หน่วยงานสาธารณสุขควรส่งเสริมสุขภาพจิต อสม. ใน 4 มิติ ได้แก่ การประเมินความเครียดด้วย SPST-20 และส่งต่อผู้เชี่ยวชาญเมื่อพบความเครียดสูง การอบรมการทำสมาธิและการระบายความเครียดในรูปแบบกลุ่มย่อย การส่งเสริมเครือข่ายสนับสนุนสุขภาพระดับหมู่บ้านและการมีส่วนร่วมของครอบครัว และการพัฒนาทักษะการรู้เท่าทันสื่อสุขภาพผ่านแพลตฟอร์มที่น่าเชื่อถือ โดยควรมีการวิจัยเชิงทดลองติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่องเพื่อพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิต อสม. ในระดับจังหวัดและภูมิภาคอย่างยั่งยืน

เอกสารอ้างอิง

กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2561). ความรอบรู้ด้านสุขภาพของคนไทย. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข.

กิตติพร เนาว์สุวรรณ, นภชา สิงห์วีรธรรม, และ นวพร ดำแสงสวัสดิ์. (2563). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงของโรคต่อบทบาทการดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในประเทศไทย. วารสารสถาบันบำราศนราดูร, 14(2),25–36.

ชินตา เตชะวิจิตรจารุ, อัจฉรา ศรีสุภรกรกุล, และ สุทัตตา ช้างเทศ. (2561). ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความฉลาดทางสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน. วารสารพยาบาลทหารบก, 19 (ฉบับพิเศษ), 320–332.

ธัชธา ทวยจด, เอมอัชฌา วัฒนบุรานนท์, สาวิตรี วิษณุโยธิน, และเสาวนีย์ ทองนพคุณ. (2565). ความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จังหวัดจันทบุรี. วารสารสาธารณสุข มหาวิทยาลัยบูรพา, 17(2), 42–55.

ลัญชนา พิมพันธ์ชัยยบูลย์, ศุภารัญ ผาสุข, นฤมล อังศิริศักดิ์, นฐมน บูญล้อม, และสุสารี ประคินกิจ. (2564). ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมกับความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท. วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล, 37(3), [65-76].

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเหล. (2569). ทะเบียนรายชื่ออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตำบลเหล อำเภอกะปง จังหวัดพังงา. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเหล.

วรกัญญ์ เถาหมอ. (2563). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเครียดจากการทำงานของบุคลากรในโรงพยาบาลทั่วไป. พุทธชินราชเวชสาร, 37(1), 49–59.

Alnazly, E., Khraisat, O. M., Al-Bashaireh, A. M., & Bryant, C. L. (2021). Anxiety, depression, stress, fear and social support during COVID-19 pandemic among Jordanian healthcare workers. PLOS ONE, 16(3), e0247679. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0247679

Cohen, S., & Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. Psychological Bulletin, 98(2), 310–357. https://doi.org/10.1037/0033-2909.98.2.310

Tiete, J., Guatteri, M., Lachaux, A., Matossian, A., Hougardy, J. M., Loas, G., & Coussement, J. (2021). Mental health outcomes in healthcare workers in COVID-19 and non-COVID-19

care units: A cross-sectional survey in Belgium. Frontiers in Psychology, 11, 612241. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.612241

Daniel, W. W. (2010). Biostatistics: A foundation for analysis in the health sciences (10th ed.). Wiley.

De Kock, J. H., Latham, H. A., Leslie, S. J., Grindle, M., Munoz, S. A., Ellis, L., Polson, R., & O'Malley, C. M. (2021). A rapid review of the impact of COVID-19 on the mental health of healthcare workers: Implications for supporting psychological well-being. BMC Public Health, 21, 104. https://doi.org/10.1186/s12889-020-10070-3 ครบถ้วน

Ginggeaw, S., & Prasertsri, N. (2015). The relationship between health literacy and health behaviors among older adults who have multi-morbidity. Nursing Journal of the Ministry of Public Health, 25(3), 43–54.

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

Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). Stress, appraisal, and coping. Springer.

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

Qin, S., & Zhang, L. (2024). The relationship between community workers' occupational stress, social support and psychological health: An empirical study in Liaoning Province, China. Frontiers in Psychology, 15, 1305432. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2024.1305432

Selye, H. (1950). Stress and the general adaptation syndrome. British Medical Journal, 1(4667), 1383–1392. https://doi.org/10.1136/bmj.1.4667.1383

Shreffler, J., Huecker, M., & Petrey, J. (2020). The impact of COVID-19 on healthcare worker wellness: A scoping review. Western Journal of Emergency Medicine, 21(5), 1059–1066. https://doi.org/10.5811/westjem.2020.7.48684

World Health Organization. (2025). World mental health today: Latest data. https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/31714489-1345-4439-8b37-6cbdc52e15ca/conten

Received: 8 Jul 2026 ; **Revised:** 23 Jul 2026
Accepted: 30 Jul 2026

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่รับการรักษาในคลินิกความดันโลหิตสูงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลป่ากอ อำเภอเมือง จังหวัดพังงา

ดวงเนตร นาคฤทธิ์ [1]

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนามีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่รับการรักษาในคลินิกความดันโลหิตสูงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลป่ากอ อำเภอเมือง จังหวัดพังงา กลุ่มประชากรคือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่รับการรักษาในคลินิกความดันโลหิตสูงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลป่ากอ อำเภอเมือง จังหวัดพังงา จำนวน 107 คน โดยใช้สูตรการคำนวณกลุ่มตัวอย่างที่ทราบจำนวนประชากรที่แน่นอนของ Daniel ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 93 คน ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบมีระบบ เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูลคือ แบบสอบถามประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ คุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้ป่วย การรับรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน และนำไปทดลองใช้เพื่อวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟ่าครอนบาค เท่ากับ 0.894 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียรสัน ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง (88.20%) ($\overline{X}$=4.05, S.D.=0.357) พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง (73.10%) ($\overline{X}$=3.81, S.D.=0.553) ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่รับการรักษาในคลินิกความดันโลหิตสูงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลป่ากอ อำเภอเมือง จังหวัดพังงา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r=0.223, P-value=0.032) และการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่รับการรักษาในคลินิกความดันโลหิตสูงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลป่ากอ อำเภอเมือง จังหวัดพังงา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r=0.346, P-value<0.001)

คำสำคัญ : โรคความดันโลหิต, การรับรู้ด้านสุขภาพ, พฤติกรรมสุขภาพ

[1] **พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลป่ากอ อำเภอเมือง จังหวัดพังงา,** E-mail: duangnet0903@gmail.com

Factors associated with health behaviors among hypertensive patients registered in Hypertension Clinic, Pakor Sub-district Health Promotion Hospital, Mueang District, Phangnga Province

Duangnet Nakrit [1]

Abstract

Descriptive research aimed to study the association between health perception and health behaviors among hypertensive patients. The population consisted of 107 patients registered in Hypertension Clinic, Pakor Sub-district Health Promotion Hospital, Muang District, Phangnga Province. Using Daniel's formula for calculating the exact population size, a sample of 93 patients, and systematic sampling method was used. The data collection instrument was a questionnaire consisting of three parts: personal characteristics of patients, health perception, and health behaviors among hypertensive patients. Content validity was checked by three experts, and the reliability was analyzed using Cronbach's alpha coefficient, which was 0.894, an association analysis used Pearson product moment correlation coefficient. The resulted found that The health perception score of hypertensive patients was at a high level (88.20%) ($\overline{X}$=4.05, S.D.=0.357), The health behaviors of hypertensive patients were also at a high level (73.10%) ($\overline{X}$=3.81, S.D.=0.553), respectively. An association found that perceived risk of complications was significantly correlated with health behaviors among hypertensive patients registered in Hypertension Clinic, Pakor Sub-district Health Promotion Hospital, Muang District, Phangnga Province (r=0.223, P-value=0.032) And the perceived benefits of practicing health behaviors were significantly correlated with the health behaviors of hypertensive patients registered in Hypertension Clinic, Pakor Sub-district Health Promotion Hospital, Muang District, Phangnga Province (r=0.346, P-value<0.001).

Keywords: hypertension, health perception, health behaviors.

[1] Registered Nurse, Professional Level, Pakor Sub-district Health Promotion Hospital, Muang District Phangnga Province, E-mail: duangnet0903@gmail.com

บทนำ

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) รายงานว่า ในปี ค.ศ. 2021 มีประชากรอายุ 30–79 ปีทั่วโลกประมาณ 1.28 พันล้านคนที่มีภาวะความดันโลหิตสูง และกว่าร้อยละ 46 ของผู้ป่วยไม่ทราบว่าตนเองเป็นโรค ขณะที่มีเพียงประมาณร้อยละ 21 เท่านั้นที่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้ ภาวะความดันโลหิตสูงถือเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร โดยเฉพาะในประเทศรายได้ต่ำและปานกลาง ซึ่งประสบปัญหาการเข้าถึงบริการสุขภาพ การติดตามการรักษาและการควบคุมโรคอย่างต่อเนื่อง (World Health Organization: WHO Report, 2021)

สถานการณ์ในประเทศไทย การเสียชีวิตด้วยโรค NCDs รายงานการศึกษาภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ. 2562 โดยสำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ พบว่าโรค NCDs อยู่ใน 10 อันดับแรก สาเหตุการเสียชีวิตของประชากรไทย พบว่าคนไทยเสียชีวิตจากกลุ่มโรค NCDs จำนวนกว่า 400,000 ราย ต่อปี คิดเป็น ร้อยละ 81 ของการเสียชีวิตทั้งหมด ในจำนวนนี้ ร้อยละ 80 มาจากโรค NCDs 4 โรคหลัก (โรคมะเร็ง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคเบาหวาน และโรคทางเดินหายใจเรื้อรัง) สถานการณ์อัตราเสียชีวิตก่อนวัยอันควร (อายุ 30 - 69 ปี) ด้วยโรค NCDs 4 โรคหลัก ระหว่างปี พ.ศ. 2553 – 2561 มีแนวโน้มลดลงเล็กน้อยคิดเป็นอัตราการเปลี่ยนแปลง ร้อยละ 14.44 รวมทั้งโอกาส ของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรด้วยโรค NCDs 4 โรคหลัก ดังกล่าวมีแนวโน้มลดลง จากร้อยละ 14.75 เป็นร้อยละ 12.70 คิดเป็นอัตราการเปลี่ยนแปลง ร้อยละ 13.89 (กรมควบคุมโรค, 2565)

สถานการณ์จำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จังหวัดพังงา พบว่าจังหวัดพังงา มีจำนวนเพิ่มมากขึ้น โดยปี พ.ศ.2566-2568 จำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเท่ากับ 37,263 37,700 และ 38,957 คน ตามลำดับ โรคความดันโลหิตสูงมีสาเหตุสำคัญมาจากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ได้แก่ การรับประทานอาหารที่มีปริมาณโซเดียมสูง การสูบบุหรี่ การขาดการออกกำลังกาย การมีกิจกรรมทางกาย ไม่เพียงพอ การมีภาวะอ้วน การมีภาวะเครียดสะสม การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ประกอบกับอายุที่มากขึ้น รวมถึงการมีพ่อ แม่ หรือญาติพี่น้องสายตรงป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง ปัจจัยเหล่านี้ล้วนส่งผลให้มี โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคนี้มากขึ้น (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพังงา, 2568)

สถานการณ์ในการให้บริการรักษาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงของคลินิกโรคความดันโลหิตสูงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลป่ากอ พบว่า มีจำนวนเพิ่มมากขึ้น โดยปี พ.ศ.2566-2568 มีจำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตเท่ากับ 441, 448 และ 459 คน ตามลำดับ ยังพบปัญหาที่เป็นอุปสรรคในการรักษาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ 1) การผิดนัดพบแพทย์ 2) การขาดยา/รับประทานยาไม่ต่อเนื่อง 3) การปฏิบัติตัวตามหลัก 3 อ. 2ส.ไม่

เหมาะสม ได้แก่ การรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง รสชาติเค็ม ขาดการออกกำลังกาย การผ่อนคลายความเครียด การสูบบุหรี่และการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ในการแก้ไขปัญหาผู้ป่วยความดันโลหิตสูงไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ จำเป็นต้องส่งเสริมให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เพียงพอ ตามคุณลักษณะพื้นฐาน 6 ประการ การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ ความรู้ ความเข้าใจทักษะการสื่อสาร ทักษะการตัดสินใจ การรู้เท่าทันสื่อและการจัดการตนเอง และการมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมเป็นสิ่งที่ช่วยให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี ช่วยลดหรือชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อนให้ช้าลง ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่รับการรักษาในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลป่ากอ อำเภอเมือง จังหวัดพังงา

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่รับการรักษาในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลป่ากอ อำเภอเมือง จังหวัดพังงา

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research study) ดำเนินการวิจัยปี พ.ศ.2568 และอาศัยอยู่ในพื้นที่จริงอย่างน้อย 6 เดือนขึ้นไป โดยกำหนดกรอบแนวคิด ประกอบด้วย ตัวแปรอิสระ คือ 1) คุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง 2) ความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยใช้ทฤษฎีของ Rosenstock (1974) ตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมการสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่รับการรักษาในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลป่ากอ อำเภอเมือง จังหวัดพังงา

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้คือผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่รับการรักษาในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลป่ากอ อำเภอเมือง จังหวัดพังงา ปี พ.ศ.2568 และอาศัยอยู่ในพื้นที่จริงอย่างน้อย 6 เดือนขึ้นไป จำนวน 107 คน กำหนดเกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่รับการรักษาในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลป่ากอ อำเภอเมือง จังหวัดพังงา ปี พ.ศ.2568 และอาศัยอยู่ในพื้นที่จริงอย่างน้อย 6 เดือนขึ้นไป ปี 2568 และอ่านออกเขียนได้ กำหนดเกณฑ์การคัดออก ได้แก่ ผู้ที่ไม่สมัครใจตอบคำถามและเจ็บป่วยในช่วงเก็บข้อมูลจนไม่สามารถให้ข้อมูลได้ คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ทราบจำนวนประชากรที่แน่นอนโดยใช้สูตร Daniel (2010) ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 93 คน

การสุ่มตัวอย่าง

การสุ่มตัวอย่างใช้วิธีการสุ่มแบบมีระบบ (Systematic Random Sampling) เพื่อเลือกรายชื่อจากทะเบียนรายชื่อของผู้ป่วยตามเกณฑ์คัดเข้า โดยนำรายชื่อจำนวนผู้ป่วยในแต่ละหมู่บ้านหลังจากนั้นเริ่มสุ่มหยิบรายชื่อกลุ่มตัวอย่างคนแรกแล้วหยิบรายชื่อกลุ่มตัวอย่างลำดับถัดไปโดยเว้นระยะห่างของรายชื่อเท่ากับ 1 สุ่มหยิบรายชื่อกลุ่มตัวอย่างไปจนครบ จำนวน 93 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย 3 ส่วน

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา การประกอบอาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ดัชนีมวลกาย ระดับความดันโลหิต ระยะเวลาการเจ็บป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง และโรคร่วม

ส่วนที่ 2 การรับรู้ด้านสุขภาพ ประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน , การรับรู้ความรุนแรงของโรค, การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ และการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบตามระดับความคิดเห็น 5 ระดับคือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงตามหลัก 3อ. 2ส. และพฤติกรรมการปฏิบัติตามแผนการรักษา รวม 7 ด้าน ประกอบด้วย พฤติกรรมด้านการบริโภคอาหาร พฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย พฤติกรรมด้านการจัดการอารมณ์ พฤติกรรมด้านการไม่สูบบุหรี่ พฤติกรรมด้านการไม่ดื่มสุรา พฤติกรรมด้านการรับประทานยาตามแผนการรักษา และพฤติกรรมด้านการพบแพทย์ตามนัด 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 ≥ 0.67 ขึ้นไป) หลังจากนั้นนำไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติเหมือนกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน วิเคราะห์หาความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach, 1997) เท่ากับ 0.894

สถิติวิเคราะห์ข้อมูล

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

งานวิจัยครั้งนี้ได้ดำเนินการขอความเห็นชอบ จากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ ของวิทยาลัยนอร์ทเทิร์น เอกสารรับรองวิจัยเลขที่ NREC 0034/2569 ลงวันที่ 19 มกราคม 2569

ผลการศึกษาวิจัย

ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้ป่วย พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (58.10%) มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป (80.60%) ($\overline{X}$=69.09, S.D.=9.141, Max=87, Min=49) มีสถานภาพสมรสคู่/แต่งงาน/อยู่ด้วยกัน (64.50%) ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาประถมศึกษา (78.50%) ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพ เกษตรกรรม (50.50%) ส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยน้อยกว่า 5,000 บาท (57.00%) ($\overline{X}$=5,553.76, S.D.=3,528.596, Max=18,000 Min=600) มีระยะเวลาที่เป็นโรคความดันโลหิต ระหว่าง 5 – 10 ปี (43.00%) ($\overline{X}$=9.52, S.D.=5.304, Max=30 Min=1) ตามลำดับ

การรับรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วย ประกอบด้วย ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรค ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ และด้านการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ในภาพรวมการรับรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง (88.20%) ($\overline{X}$=4.05, S.D.=0.357) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่รับการรักษาในคลินิกความดันโลหิตสูงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลป่ากอ อำเภอเมือง จังหวัดพังงา (n=93)

การรับรู้ด้านสุขภาพ	ระดับการรับรู้ด้านสุขภาพ						Mean	S.D.
	สูง		ปานกลาง		ต่ำ			
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ		
การรับรู้ด้านสุขภาพ	**82**	**88.20**	**11**	**11.80**	**-**	**-**	**4.05**	**0.357**
1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน	87	93.5	6	6.50	-	-	4.10	0.418
2. การรับรู้ความรุนแรงของโรค	65	69.90	22	23.70	6	6.50	3.87	0.556
3. การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ	82	88.20	11	11.80	-	-	4.15	0.460
4. การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ	73	78.50	19	20.40	1	1.10	4.03	0.583

พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่รับการรักษาในคลินิกความดันโลหิตสูงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลป่ากอ อำเภอเมือง จังหวัดพังงา ประกอบด้วย ด้านการบริโภคอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการจัดการอารมณ์ ด้านการไม่สูบบุหรี่ ด้านการไม่ดื่มสุรา ด้านการรับประทานยาตามแผนการรักษา และด้านการพบแพทย์ตามนัด ในภาพรวมพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง (73.10%) ($\bar{X}$=3.81, S.D.=0.553) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่รับการรักษาในคลินิกความดันโลหิตสูงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลป่ากอ อำเภอเมือง จังหวัดพังงา (n=93)

พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง	ระดับการปฏิบัติ						Mean	S.D.
	สูง		ปานกลาง		ต่ำ			
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ		
พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง	**68**	**73.10**	**21**	**22.60**	**4**	**4.30**	**3.81**	**0.551**
1.ด้านการบริโภคอาหาร	22	23.70	51	54.80	20	21.50	3.02	0.916
2.ด้านการออกกำลังกาย	22	23.70	51	54.80	20	21.50	3.37	0.705
3.ด้านการจัดการอารมณ์	32	34.40	51	54.80	10	10.80	3.37	0.705
4.ด้านการไม่สูบบุหรี่	65	69.90	8	8.60	20	21.50	3.90	1.418
5.ด้านการไม่ดื่มสุรา	65	69.90	8	8.60	20	21.50	3.90	1.418
6.ด้านการรับประทานยาตามแผนการรักษา	88	94.60	5	5.40	-	-	4.64	0.454
7.ด้านการพบแพทย์ตามนัด	83	89.20	10	10.80	-	-	4.47	0.546

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ด้านสุขภาพที่มี ความสัมพันธ์พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r=0.273, P-value=0.008) พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่รับการรักษาในคลินิกความดันโลหิตสูงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลป่ากอ อำเภอเมือง จังหวัดพังงา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r=0.223, P-value=0.032) และ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่รับการรักษาในคลินิกความดันโลหิตสูงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลป่ากอ อำเภอเมือง จังหวัดพังงา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r=0.346, P-value<0.001) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 สัมประสิทธ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ระหว่างการรับรู้ด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ตัวแปรอิสระ	พฤติกรรมของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง		
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (r)	P-value	ระดับความสัมพันธ์
การรับรู้ด้านสุขภาพ	**0.273 ***	**0.008**	**มีความสัมพันธ์ทางบวก**
ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน	**0.223 ***	**0.032**	**มีความสัมพันธ์ทางบวก**
ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรค	0.093	0.378	ไม่พบความสัมพันธ์
ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ	**0.346 ***	**<0.001**	**มีความสัมพันธ์ทางบวก**
ด้านการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ	0.122	0.246	ไม่พบความสัมพันธ์

* ระดับนัยสำคัญน้อยกว่า 0.05

การอภิปรายผล

การรับรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน (r=0.223, P-value=0.032) และ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ (r=0.346, P-value=0.001) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อธิบายเหตุผลได้ว่า ความรู้เกี่ยวกับปัญหาสุขภาพผู้ป่วยและวิธีการดูแลสุขภาพ ถือว่าเป็นสิ่งจำเป็นที่มีผลต่อทักษะในการดูแลสุขภาพ เนื่องจากผู้ป่วยที่มีความรู้ สามารถอ่านออกเขียนได้ทำให้มีทักษะการรับรู้ข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์ในการพัฒนาทักษะของตนเอง เพราะทักษะของผู้ดูแลถือว่าเป็นทักษะที่ต้องอาศัยความรู้ความสามารถและการฝึกปฏิบัติ เพื่อให้เกิดความมั่นใจในการดูแลสุขภาพ เช่น การวัดความดันโลหิตสูง มีความจำเป็นอย่างมากที่ผู้ดูแลจะต้องมีความรู้ที่ถูกต้องด้านเทคนิคและวิธีการ ซึ่งตรงกับแนวคิดของ Zarcadoolas, Pleasant, & Greer (2005) กล่าวว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง ทักษะที่ครอบคลุมและสามารถของบุคคลในการค้นหา ทุกความเข้าใจประเมิน รวมทั้งใช้ข้อมูลสุขภาพและแนวคิดเพื่อสร้างทางเลือกในการลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ และเพิ่มคุณภาพชีวิต สอดคล้องกับงานวิจัยของ อรุณรัตน์ โยธินวัฒนบำรุง และคณะฯ (2568) ทำการศึกษาวิจัยเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนเอง กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูง

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมะม่วงสองต้น อำเภอเมืองนครศรีธรรมราช จังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.690$, $p < .05$) และสอดคล้องกับงานวิจัยของ มลฤดี เพ็ชร์ลมุล (2557) ทำการศึกษาวิจัยเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ การรับรู้ และพฤติกรรมการป้องกันภาวะความดันโลหิตสูงในญาติผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในชุมชนเจริญลาภ 5 และพรธิสาร 5 อำเภอธัญบุรี จังหวัดปทุมธานี พบว่า การรับรู้เกี่ยวกับภาวะความดันโลหิตสูงสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันภาวะความดันโลหิตสูงที่ระดับ 0.01 ($r=0.19$, $p < .01$)

ข้อเสนอแนะ

1) จากข้อมูลระดับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 73.10 โดยเฉพาะพฤติกรรมสุขภาพด้านการบริโภคอาหารซึ่งมีค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตน้อยที่สุด ดังนั้น บุคลากรสาธารณสุขที่รับผิดชอบงานส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ควรมีการรณรงค์จัดกิจกรรรมให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้เข้าร่วมกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหารของคลินิกโรคความดันโลหิตที่ถูกต้อง เพื่อเป็นการพฤติกรรมสุขภาพให้แก่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และเป็นการสนับสนุนให้ผู้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้รับมีการช่วยเหลือด้านสุขภาพจากคลินิกโรคความดันโลหิตสูง

2) ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการรับรู้ด้านสุขภาพ พบว่า โรคความดันโลหิตสูงยังมีทักษะด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคน้อยที่สุด ดังนั้น บุคลากรสาธารณสุขและผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงควรมีการจัดกิจกรรมเพื่อให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้มีทักษะในด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคต่างความดันโลหิตสูงผ่านสื่อต่างๆ โดยใช้กระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับบุคลากรสาธารณสุข

เอกสารอ้างอิง

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

กรมควบคุมโรค. (2565). **แผนปฏิบัติการด้านการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อของประเทศไทย (พ.ศ. 2566 - 2570).** 18

กรมควบคุมโรค. (2562). **แนวทางการดำเนินงานปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรค NCDs**

(3อ 2ส). [อินเตอร์เน็ต]. สืบค้นเมื่อ 22 ธันวาคม 2568.. สืบค้นจาก: http://ftp.thaincd.com/document/file/download/knowledge/CBI%E2%80%8BNCDs62.pdf

มลฤดี เพ็ชร์ลมุล. (2557). **ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ การรับรู้ และพฤติกรรมการป้องกันภาวะความดันโลหิตสูงในญาติผู้ป่วยความดันโลหิตสูง**. วารสารพยาบาลสาธารณสุข, 28 (3) , 175-187

อรุณรัตน์ โยธินวัฒนบำรุง และคณะฯ. (2568). **ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนเองกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมะม่วงสองต้น อำเภอเมืองนครศรีธรรมราช จังหวัดนครศรีธรรมราช**. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา , 33 (1) , 110-121

Best, John W. (1977). **Research is Evaluation. (3rded)**. 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. (9th ed). New York: John Wiley & Sons.

Pearson, K. (1896). Mathematical contributions to the theory of evolution. Philosophical Transactions of the Royal Society of London. Series A, Containing Papers of a Mathematical or Physical Character, 187, 253-318.

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

World Health Organization. (2021). World Health Statistics 2021. Geniva: World Health Organization; 2021 [cited 2012 Jun12] [internet]. Available from:http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2021/en/

Zarcadoolas, C., Pleasant, A., & Greer, D. S. (2005). Understanding health literacy: An expanded model. Health Promotion International, 20(2), 195-203.

Received: 9 Jul 2026 ; **Revised:** 24 Jul 2026
Accepted: 31 Jul 2026

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ของผู้ดูแล เขตอำเภอตะกั่วทุ่ง จังหวัดพังงา

ศิริพงศ์ เจอะสุข [1]

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ของผู้ดูแล เขตอำเภอตะกั่วทุ่ง จังหวัดพังงา ประชากรคือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุในเขตอำเภอตะกั่วทุ่ง จำนวน 147 คน ใช้สูตรการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างของ Daniel เท่ากับ 138 คน ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบมีระบบ เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ประกอบด้วย 5 ส่วน ได้แก่ คุณลักษณะส่วนบุคคล ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ ทัศนคติในการดูแล แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน ปัจจัยการสนับสนุนทางสังคม แบบสอบถามผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน และนำไปทดลองใช้เพื่อวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟ่าครอนบาค เท่ากับ 0.867 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ที่ระดับความเชื่อมมั่น 0.05 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า ความรู้อยู่ในระดับสูง (64.49 %) ($\bar{X}$ = 16.23, S.D.=1.86) ทัศนคติ อยู่ในระดับสูง (87.68 %) ($\bar{X}$= 4.10, S.D. = 0.34) แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน อยู่ในระดับสูง (87.68 %) ($\bar{X}$= 3.97, S.D. = 0.29) ปัจจัยการสนับสนุนทางสังคม อยู่ในระดับสูง (59.42 %) ($\bar{X}$= 3.77, S.D. =0.43) การปฏิบัติงาน อยู่ในระดับสูง (61.59 %) ($\bar{X}$ = 3.75, S.D. = 0.47) ผลการวิเคราะห์ตัวแปรอิสระที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติงานการดูแล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ ทัศนคติในการดูแล (r=0.2818, P-value=0.0008) ปัจจัยแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน (r=0.4070, P-value=<0.0001) ประกอบด้วย สัมพันธภาพระหว่างผู้สูงอายุ (0.3032, P-value=0.0003) สัมพันธภาพระหว่างผู้ร่วมงาน (r=0.4729, P-value=<0.0001) ปัจจัยการสนับสนุนทางสังคม (r=0.6309, P-value<0.0001) ประกอบด้วย การสนับสนุนจากครอบครัว (r=0.4650, P-value=<0.0001) การสนับสนุนจากเพื่อนร่วมงาน (r=0.4200, P-value=<0.0001) การสนับสนุนจากชุมชน/ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (r=0.4518, P-value=<0.0001) การสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (r=0.5261, P-value=<0.0001)

คำสำคัญ: ผู้ดูแลผู้สูงอายุ, แรงจูงใจการปฏิบัติงาน, การสนับสนุนทางสังคม, การปฏิบัติงาน

[1] โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหล่อยูง อำเภอตะกั่วทุ่ง จังหวัดพังงา, E-mail: Siripong251627@gmail.com

Factor associated with dependent elderly' care practicing among care giver in Takuatung District, Phangnga Province.

Siripong Joersuk [1]

Abstract

Descriptive research aimed to study the association between health perception and health behaviors among hypertensive patients. The population consisted of 107 patients registered in Hypertension Clinic, Pakor Sub-district Health Promotion Hospital, Muang District, Phangnga Province. Using Daniel's formula for calculating the exact population size, a sample of 93 patients, and systematic sampling method was used. The data collection instrument was a questionnaire consisting of three parts: personal characteristics of patients, health perception, and health behaviors among hypertensive patients. Content validity was checked by three experts, and the reliability was analyzed using Cronbach's alpha coefficient, which was 0.894, an association analysis used Pearson product moment correlation coefficient. The resulted found that The health perception score of hypertensive patients was at a high level (88.20%) ($\overline{X}$=4.05, S.D.=0.357), The health behaviors of hypertensive patients were also at a high level (73.10%) ($\overline{X}$=3.81, S.D.=0.553), respectively. An association found that perceived risk of complications was significantly correlated with health behaviors among hypertensive patients registered in Hypertension Clinic, Pakor Sub-district Health Promotion Hospital, Muang District, Phangnga Province (r=0.223, P-value=0.032) And the perceived benefits of practicing health behaviors were significantly correlated with the health behaviors of hypertensive patients registered in Hypertension Clinic, Pakor Sub-district Health Promotion Hospital, Muang District, Phangnga Province (r=0.346, P-value<0.001).

Keywords: elderly' care practicing, Motivation, Socail support, practicing among care giver

[1] Lo yung Sub-district Health Promoting Hospital, Takuatung Distric, Phang-nga Province, E-mail: Siripong251627@gmail.com

บทนำ

สถานการณ์ผู้สูงอายุทั่วโลกกำลังเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว อันเป็นผลจากอัตราการเกิดที่ลดลงและอายุคาดเฉลี่ยที่ยืนยาวขึ้น โดยองค์การอนามัยโลกระบุว่า สัดส่วนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ซึ่งคาดว่าจะเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญในช่วงไม่กี่ทศวรรษข้างหน้า (World Health Organization [WHO], 2024) สำหรับประเทศไทย ได้เข้าสู่สังคมสูงอายุโดยสมบูรณ์แล้ว โดยมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรและอัตราการเกิดที่ลดลง (National Statistical Office [NSO], 2024) แนวโน้มดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่าประเทศไทยเป็นหนึ่งในประเทศที่เข้าสู่สังคมสูงอายุอย่างรวดเร็วในภูมิภาคเอเชีย (United Nations, 2022) การเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุส่งผลกระทบในหลายมิติ โดยเฉพาะด้านสุขภาพ เนื่องจากผู้สูงอายุจำนวนหนึ่งต้องเผชิญกับโรคเรื้อรังและภาวะพึ่งพิง ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการดูแลระยะยาวอย่างต่อเนื่อง (WHO, 2024) นอกจากนี้ ยังส่งผลต่อโครงสร้างทางเศรษฐกิจและสังคม เช่น การลดลงของกำลังแรงงาน และภาระด้านงบประมาณในการจัดสวัสดิการและบริการสุขภาพ (United Nations, 2022) ในบริบทของประเทศไทย แม้ว่าภาครัฐจะมีการพัฒนาระบบบริการสุขภาพและระบบการดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง แต่ยังคงพบข้อจำกัดในหลายด้าน โดยเฉพาะด้านศักยภาพของผู้ดูแล การเข้าถึงทรัพยากร และระบบสนับสนุนในระดับชุมชนที่ยังไม่เพียงพอ (Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute [TGRI], 2023) ซึ่งสะท้อนถึงความท้าทายของสังคมสูงอายุที่ต้องเผชิญกับความไม่สมดุลระหว่างการเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุกับความพร้อมของระบบรองรับ ดังนั้น การเตรียมความพร้อมเพื่อรองรับสังคมสูงอายุจึงเป็นประเด็นสำคัญ โดยเฉพาะการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาว การเสริมสร้างศักยภาพผู้ดูแล และการส่งเสริมเครือข่ายการสนับสนุนทางสังคมในระดับครอบครัวและชุมชน เพื่อให้สามารถดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้อย่างมีคุณภาพและยั่งยืนในอนาคต

จังหวัดพังงามีผู้สูงอายุอายุ 60 ปีขึ้นไปจำนวน 46,524 คน คิดเป็นร้อยละ 21.29 โดยมีการประเมินความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวันด้วยแบบ Barthel Activities of Daily Living (ADL) จำนวน 37,363 คน หรือร้อยละ 80.31 ซึ่งส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มติดสังคม 36,707 คน (ร้อยละ 98.24) รองลงมาคือกลุ่มติดบ้าน 460 คน และกลุ่มติดเตียง 196 คน (ร้อยละ 0.42) (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพังงา, 2567) ในอำเภอตะกั่วทุ่ง มีผู้ดูแลผู้มีภาวะพึ่งพิงที่ผ่านการอบรมจำนวน 147 คน กระจายในหลายตำบล โดยมีสัดส่วนผู้ดูแลต่อผู้สูงอายุแตกต่างกัน และบางพื้นที่สูงกว่าเกณฑ์มาตรฐาน 1:10 ของกระทรวงสาธารณสุข (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพังงา, 2567) อย่างไรก็ตาม พบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจำนวน 753 คน ได้รับการจัดทำแผนการดูแล (Care Plan) เพียง 463 คน หรือร้อยละ 61.59 สะท้อนถึงช่องว่างในการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ ขณะเดียวกัน การ

ติดตามผลการดำเนินงานปีงบประมาณ 2567 พบปัญหาในกระบวนการทำงานของผู้จัดการระบบการดูแล (Care Manager) โดยเฉพาะคุณภาพการจัดทำแผนที่ยังไม่ครอบคลุม เช่น การวิเคราะห์ข้อมูลสุขภาพไม่ครบถ้วน และการเลือกประเด็นปัญหาไม่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของงบประมาณ ส่งผลให้แผนไม่ผ่านการพิจารณา ต้องปรับแก้และใช้เวลาเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ยังสะท้อนข้อจำกัดด้านการซักประวัติและการจัดลำดับความสำคัญของปัญหา ซึ่งอาจกระทบต่อประสิทธิภาพการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ทั้งนี้ ยังไม่สามารถระบุปัจจัยที่สัมพันธ์กับการปฏิบัติงานได้อย่างชัดเจน (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพังงา, 2567)

แนวโน้มผู้สูงอายุที่เพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีแนวโน้มที่สูงมากขึ้นตามไป ด้วย ปัญหาที่ยังพบในการดำเนินงานของผู้ดูแล อาจเกิดผลกระทบต่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จากการทบทวนปัญหาการทำงานที่กล่าวมา บ่งบอกถึงการแสดงบทบาทหน้าที่ของผู้ดูแลผู้ยังมีปัญหาอุปสรรคอยู่มาก โดยบทบาทหน้าที่ของผู้ดูแลที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด ได้แก่ การดูแลการช่วยเหลือ การประคับประคอง การสนับสนุน และการเป็นผู้ประสานงานและเชื่อมโยง เป็นที่น่าสังเกตว่าบางบทบาทเป็นปัญหาในเชิงปฏิบัติการ จึงน่าสนใจอย่างยิ่งที่จะศึกษาถึงการปฏิบัติงานและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตามบทบาท ของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยนำแนวคิดทฤษฎีการปฏิบัติงานของเชอร์เมอร์ฮอร์น ฮันท์แทนด์ และออสบอร์น (1991) ทฤษฎีแรงจูงใจของ เฮอร์ซเบอร์ก (1959) และแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของเพนเดอร์ (1987) มาประยุกต์ใช้เป็นกรอบแนวทางในการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ของผู้ดูแล และนำผลการศึกษาไปใช้เป็นข้อมูลประกอบการวางแผนพัฒนากระบวนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในชุมชนต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ของผู้ดูแล เขตอำเภอตะกั่วทุ่ง จังหวัดพังงา

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research Study) โดยกำหนดตัวแปรอิสระ ได้แก่ 1) คุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้สูงอายุ 2) ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 3) ทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 4) ปัจจัยด้านแรงจูงใจการปฏิบัติงาน โดยใช้แนวคิดของ Herzberg (1959) 5) ปัจจัยการสนับสนุนทางสังคม โดยใช้แนวคิดของ Pender (1987) และ House (1981) ตัวแปรตาม ได้แก่ การปฏิบัติงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยใช้แนวคิดของ Schermerhorn, Hunt & Osborn (1991)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุในเขตอำเภอตะกั่วทุ่ง ปีงบประมาณ 2568 และอาศัยอยู่ในพื้นที่จริงอย่างน้อย 6 เดือนขึ้นไป จำนวน 147 คน เกณฑ์การคัดตัวอย่างเข้า ผ่านการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver) หลักสูตร 70 ชั่วโมงขึ้นทะเบียนเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตอำเภอตะกั่วทุ่ง และมีประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุในอำเภอตะกั่วทุ่ง อย่างน้อย 6 เดือน เกณฑ์การคัดตัวอย่างออก ไม่สมัครใจตอบแบบสอบถาม ลาออกจากการเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตร Daniel (2010) กำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ 95% ค่าความคลาดเคลื่อนสามารถยอมรับได้เท่ากับ 0.05 ได้กลุ่มตัวอย่าง 138 คน ใช้วิธีการสุ่มแบบมีระบบ (Systematic Random Sampling) เพื่อเลือกรายชื่อผู้ดูแล ผู้สูงอายุเป็นกลุ่มตัวอย่าง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลคือ แบบสัมภาษณ์ ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ประกอบด้วย เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา การประกอบอาชีพ รายได้

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิง ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบมีตัวเลือกให้ตอบ ใช่ หรือ ไม่ใช่ เพียงคำตอบเดียว

ส่วนที่ 3 ทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ลักษณะข้อคำถามแบบประมาณค่า 5 ระดับคือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ส่วนที่ 4 ปัจจัยแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน ประกอบด้วย สัมพันธภาพระหว่างผู้สูงอายุสัมพันธภาพระหว่างผู้ร่วมงาน ค่าตอบแทน ลักษณะข้อคำถามแบบประมาณค่า 5 ระดับคือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ส่วนที่ 5 ปัจจัยการสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วย การสนับสนุนจากครอบครัว การสนับสนุนจากเพื่อนร่วมงาน การสนับสนุนจากชุมชน/ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น การสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ลักษณะข้อคำถามแบบประมาณค่า 5 ระดับคือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

แบบสอบถามส่วนที่ 3, 4, 5 ใช้เกณฑ์การแปลผลตามแนวคิดของ Best John W. (1977) แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับสูง (3.67–5.00 คะแนน) ระดับปานกลาง (2.34–3.66 คะแนน) ระดับต่ำ (1.00–2.33 คะแนน)

แบบสอบถามนี้สร้างขึ้นจากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง และนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา นำแบบสอบถามไปทดลองใช้คำนวณค่าความเที่ยง (Reliability) ด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาค (Cronbach, 1951) ที่ระดับความเชื่อมั่น 0.05 เท่ากับ 0.867

สถิติวิเคราะห์

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

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้ดำเนินการขอความเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยนอร์ทเทิร์น เอกสารรับรองเลขที่ NREC 0006/ 2569 วันที่ 12 มกราคม 2569

ผลการศึกษาวิจัย

ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (94.93 %) อายุเฉลี่ย 53.86 ปี (S.D.=9.70) อายุสูงสุด 73 ปี และอายุต่ำสุด 31 ปี นับถือศาสนาพุทธ (64.49 %) สถานภาพสมรส สมรส/คู่/อยู่ด้วยกัน (65.94 %) ระดับการศึกษามัธยมศึกษา/ปวช. (54.35 %) อาชีพเกษตรกรรม (50.72 %) มีรายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน 5,000-9,999 บาท (47.10 %) ระยะเวลาการปฏิบัติหน้าที่ผู้ดูแลผู้สูงอายุของกลุ่มตัวอย่างเฉลี่ย 6.67 ปี (S.D.= 5.84) สูงสุด 42 ปี และต่ำสุด 1 ปี

ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระดับสูง (64.49 %) โดยมีคะแนนความรู้เฉลี่ย 16.23 คะแนน ($\bar{x}$ = 16.23, S.D.=1.86)

ทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ภาพรวมมีคะแนนเฉลี่ย อยู่ในระดับสูง (87.68 %) โดยทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.10 ($\bar{x}$= 4.10, S.D. = 0.34) เมื่อพิจารณารายข้อคำถามพบว่า ข้อคำถามที่มีคะแนนเฉลี่ยของทัศนคติสูงสุดคือ การดูแลผู้สูงอายุสามารถทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดีขึ้นได้ ($\bar{x}$= 4.57, S.D. = 0.50) รองลงมาคือ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงไม่สามารถดูแลตัวเองได้เหมือนคนทั่วไป การมีผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver) จึงมีความจำเป็น ($\bar{x}$= 4.54, S.D. = 0.50) และท่านมีความสุขที่ได้ดูแลผู้สูงอายุและเห็นผู้สูงอายุมีสุขภาพแข็งแรง ($\bar{x}$ 4.51, S.D. = 0.50) ตามลำดับ ข้อคำถามที่มีคะแนนเฉลี่ยของทัศนคติต่ำสุดคือ การดูแลผู้สูงอายุทำให้ท่านไม่สามารถให้เวลากับอาชีพการงานได้เต็มที่ ($\bar{x}$= 2.96, S.D. = 1.10) รองลงมาคือ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่แตกต่างจากกลุ่มอายุอื่นและเราสามารถสื่อสารกับผู้สูงอายุให้เกิดความเข้าใจระหว่างกันได้โดยง่าย ($\bar{x}$= 3.62, S.D. = 1.10) และการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเป็นสิ่งที่มีคุณค่า ท้าทายและน่าสนใจ ($\bar{x}$= 3.96, S.D. = 0.87) ตามลำดับ ตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (n=138)

ตัวแปร	ระดับ						Mean	S.D.
	สูง		ปานกลาง		ต่ำ			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	121	87.68	17	12.32	0	0	4.10	0.34

แรงจูงใจในการปฏิบัติงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุ พบว่า ในภาพรวมส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง (87.68 %) โดยปัจจัยแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.97 ($\bar{x}$ = 3.97, S.D. = 0.29) เมื่อพิจารณาปัจจัยแรงจูงใจในการปฏิบัติงานรายด้าน พบว่า ด้านสัมพันธภาพระหว่างผู้สูงอายุ มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.96 ($\bar{x}$= 3.96, S.D. = 0.44) ซึ่งอยู่ในระดับสูง (62.32%) และระดับปานกลาง (37.68 %) ด้านสัมพันธภาพระหว่างผู้ร่วมงาน มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ ($\bar{x}$ = 4.17, S.D. = 0.33) อยู่ในระดับสูง (94.93 %) และระดับปานกลาง (5.07 %) และด้านค่าตอบแทน มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.46 ($\bar{x}$ = 3.46, S.D. = 0.71) อยู่ในระดับสูง (36.23 %) ระดับปานกลาง (57.25 %) และระดับต่ำ (6.52 %) ตามลำดับ ปัจจัยการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้สูงอายุ พบว่าในภาพรวมอยู่ในระดับสูง (59.42 %) โดยปัจจัยการสนับสนุนทางสังคม มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.77 ($\bar{x}$= 3.77, S.D. =0.43) เมื่อพิจารณาปัจจัยการสนับสนุนทางสังคมรายด้าน พบว่า ด้านการสนับสนุนจากครอบครัว มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.79 ($\bar{x}$= 3.79, S.D. = 0.59) ซึ่งอยู่ในระดับสูง (57.25 %) ด้านการสนับสนุนจากเพื่อนร่วมงาน มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.85 ($\bar{x}$= 3.85, S.D. = 0.65) ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง (63.04 %) ด้านการสนับสนุนจากชุมชน/องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.23 ($\bar{x}$ = 3.23, S.D. = 0.61) ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง (68.12 %) และด้านการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.09 ($\bar{x}$= 4.09, S.D. = 0.51) ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง (78.99%) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของปัจจัยแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน ปัจจัยการสนับสนุนทางสังคม (n=138)

ตัวแปร	ระดับ						Mean	S.D.
	สูง		ปานกลาง		ต่ำ			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ปัจจัยแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน	**121**	**87.68**	**17**	**12.32**	**0**	**0**	**3.97**	**0.29**
- สัมพันธภาพระหว่างผู้สูงอายุ	86	62.32	52	37.68	0	0	3.96	0.44
- สัมพันธภาพระหว่างผู้ร่วมงาน	131	94.93	7	5.07	0	0	4.17	0.33
- ค่าตอบแทน	50	36.23	79	57.25	9	6.52	3.46	0.71
ปัจจัยการสนับสนุนทางสังคม	**82**	**59.42**	**56**	**40.58**	**0**	**0**	**3.77**	**0.43**
- การสนับสนุนจากครอบครัว	79	57.25	58	42.03	1	0.72	3.79	0.59
- การสนับสนุนจากเพื่อนร่วมงาน	87	63.04	50	36.23	1	0.72	3.85	0.65
- การสนับสนุนจากชุมชน/องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	35	25.36	94	68.12	9	6.52	3.23	0.61
- การสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข	109	78.99	29	21.01	0	0	4.09	0.51

การปฏิบัติงานดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนการปฏิบัติงานดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในภาพรวม อยู่ในระดับสูง (61.59%) โดยการปฏิบัติงานดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในภาพรวม มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.75 ($\bar{x}$= 3.75, S.D. = 0.47) เมื่อพิจารณาจำแนกรายด้าน พบว่า (1) บทบาทด้านให้การดูแล มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.67 ($\bar{x}$= 3.67, S.D. = 0.62) ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง (49.28 %) ระดับสูง (47.10%) และระดับต่ำ (3.62%) (2) บทบาทให้การช่วยเหลือ มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.50 ($\bar{x}$ = 3.50, S.D. = 0.64) ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง (55.07 %) ระดับสูง (42.75%) และระดับต่ำ (2.17%) (3) บทบาทให้การประคับประคอง มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.72 ($\bar{x}$ = 3.72, S.D. = 0.61) ซึ่งอยู่ในระดับสูง (48.55%) ระดับปานกลาง (48.55%) และระดับต่ำ (2.90%) (4) บทบาทให้การสนับสนุน มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.10 ($\bar{x}$ = 4.10, S.D. = 0.55) ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง (75.36%) รองลงมาคือระดับปานกลาง (23.91%) และระดับต่ำ (0.72%) และ

(5) บทบาทผู้ประสานงานและเชื่อมโยง มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.97 ($\bar{x}$ = 3.97, S.D. = 0.66) ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง (63.77%) รองลงมาคือระดับปานกลาง (34.78%) และระดับต่ำ (1.45%) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการปฏิบัติงานดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (n=138)

การปฏิบัติงานดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	ระดับ						Mean	S.D.
	สูง		ปานกลาง		ต่ำ			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
1. บทบาทด้านให้การดูแล	65	47.10	68	49.28	5	3.62	3.67	0.62
2. บทบาทให้การช่วยเหลือ	59	42.75	76	55.07	3	2.17	3.50	0.64
3. บทบาทให้การประคับประคอง	67	48.55	67	48.55	4	2.90	3.72	0.61
4. บทบาทให้การสนับสนุน	104	75.36	33	23.91	1	0.72	4.10	0.55
5. บทบาทผู้ประสานงานและเชื่อมโยง	88	63.77	48	34.78	2	1.45	3.97	0.66
ภาพรวม	**85**	**61.59**	**52**	**37.68**	**1**	**0.72**	**3.75**	**0.47**

จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ตามตารางที่ 4 ผลการวิเคราะห์ตัวแปรอิสระที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติงานการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ ทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (r=0.2818, P-value=0.0008) ปัจจัยแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน (r=0.4070, P-value=<0.0001) ประกอบด้วย สัมพันธภาพระหว่างผู้สูงอายุ (0.3032, P-value=0.0003) สัมพันธภาพระหว่างผู้ร่วมงาน (r=0.4729, P-value=<0.0001) ปัจจัยการสนับสนุนทางสังคม (r=0.6309, P-value<0.0001) ประกอบด้วย การสนับสนุนจากครอบครัว (r=0.4650, P-value=<0.0001) การสนับสนุนจากเพื่อนร่วมงาน (r=0.4200, P-value=<0.0001) การสนับสนุนจากชุมชน/องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (r=0.4518, P-value=<0.0001) การสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (r=0.5261, P-value=<0.0001) ตามลำดับ

ตารางที่ 4 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคล ความรู้ ทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ปัจจัยด้านแรงจูงใจการปฏิบัติงาน และปัจจัยการสนับสนุนทางสังคม ที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแล เขตอำเภอตะกั่วทุ่ง จังหวัดพังงา

ปัจจัย	การปฏิบัติงานการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแล		
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (r)	P-value	ระดับความสัมพันธ์
ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	**0.1509**	**0.0772**	**ไม่มีความสัมพันธ์**
ทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	**0.2818**	**0.0008***	**มีความสัมพันธ์ทางบวก**
ปัจจัยแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน	**0.4070**	**<0.0001***	**มีความสัมพันธ์ทางบวก**
- สัมพันธภาพระหว่างผู้สูงอายุ	0.3032	0.0003*	มีความสัมพันธ์ทางบวก
- สัมพันธภาพระหว่างผู้ร่วมงาน	0.4729	<0.0001*	มีความสัมพันธ์ทางบวก
- ค่าตอบแทน	-0.0099	0.9084	ไม่มีความสัมพันธ์
ปัจจัยการสนับสนุนทางสังคม	**0.6309**	**<0.0001***	**มีความสัมพันธ์ทางบวก**
- การสนับสนุนจากครอบครัว	0.4650	<0.0001*	มีความสัมพันธ์ทางบวก
- การสนับสนุนจากเพื่อนร่วมงาน	0.4200	<0.0001*	มีความสัมพันธ์ทางบวก
- การสนับสนุนจากชุมชน/องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	0.4518	<0.0001*	มีความสัมพันธ์ทางบวก
- การสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข	0.5261	<0.0001*	มีความสัมพันธ์ทางบวก

* ค่าระดับนัยสำคัญ น้อยกว่า 0.05

การอภิปรายผลและสรุปผล

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแล เขตอำเภอตะกั่วทุ่ง จังหวัดพังงา มีตัวแปรที่มีความสัมพันธ์ ประกอบด้วย ทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ปัจจัยแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน ได้แก่ สัมพันธภาพระหว่างผู้สูงอายุ สัมพันธภาพระหว่างผู้ร่วมงาน ปัจจัยการสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ การสนับสนุนจากครอบครัว การสนับสนุนจากเพื่อนร่วมงาน การสนับสนุนจากชุมชน/องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น การสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ตามลำดับ

ปัจจัยด้านจิตวิทยาและสังคมโดยภาพรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติงานดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งยืนยันสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 อย่างชัดเจน เมื่อพิจารณาภายใต้กรอบแนวคิด

ของ Schermerhorn, Hunt และ Osborn (1991) ซึ่งอธิบายพฤติกรรมองค์การในมิติของปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (individual–group–organization interface) พบว่า ปัจจัยด้านจิตวิทยา เช่น แรงจูงใจ ทัศนคติ และการรับรู้ มีบทบาทต่อพฤติกรรมการทำงานในระดับบุคคล ขณะที่ปัจจัยทางสังคม เช่น การสนับสนุนทางสังคมและสัมพันธภาพระหว่างบุคคล สะท้อนถึงอิทธิพลของกลุ่มและบริบทองค์การที่ส่งผลต่อการแสดงพฤติกรรมในการปฏิบัติงาน ในมุมมองนี้การที่ปัจจัยด้านจิตสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติงาน สามารถอธิบายได้ว่าเป็นผลจากการบูรณาการขององค์ประกอบทั้งในระดับบุคคลและระดับสังคม กล่าวคือ ปัจจัยภายในบุคคลช่วยกำหนดความพร้อมและแรงขับในการทำงาน ขณะที่ปัจจัยภายนอก โดยเฉพาะการสนับสนุนและปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ทำหน้าที่เป็นแรงเสริม (reinforcing factors) ที่เอื้อต่อการคงอยู่และการพัฒนาพฤติกรรมการปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่อง ดังนั้น ผลการศึกษานี้จึงสอดคล้องกับกรอบแนวคิดพฤติกรรมองค์การของ Schermerhorn และคณะ ที่มองว่าประสิทธิภาพการปฏิบัติงานมิได้เกิดจากปัจจัยใดปัจจัยหนึ่งโดยลำพัง หากแต่เป็นผลลัพธ์ของปฏิสัมพันธ์เชิงระบบระหว่างปัจจัยด้านบุคคล กลุ่ม และสภาพแวดล้อมองค์การ ซึ่งร่วมกันกำหนดรูปแบบและระดับของพฤติกรรมการทำงานในบริบทจริง ทั้งนี้สะท้อนให้เห็นถึงบทบาทเชิงกำหนดของปัจจัยทางจิตสังคมที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการปฏิบัติงานของผู้ดูแลในบริบทการดูแลระยะยาว โดยสามารถอธิบายรายละเอียดในแต่ละด้านได้ ดังนี้

ด้านความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.1509$, $p = 0.0772$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุขศิริ ประสมสุข และคณะ (2563) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลในครอบครัว อำเภอบ้านแพ้ว จังหวัดสมุทรสาคร พบว่าระดับความรู้เพียงอย่างเดียวไม่สามารถทำนายพฤติกรรมการปฏิบัติงานได้ โดยงานวิจัยดังกล่าวรายงานในทิศทางเดียวกันว่าแม้กลุ่มตัวอย่างจะมีความรู้ในระดับดี แต่ไม่ได้แปรผันไปตามระดับการปฏิบัติงานอย่างมีนัยสำคัญ ทั้งนี้ความสอดคล้องดังกล่าว สามารถอธิบายได้จากลักษณะการกระจายของข้อมูลที่มีความแปรปรวนต่ำ (restricted range) และบริบทของการอบรมที่มีมาตรฐานเดียวกัน ส่งผลให้ ความรู้ ทำหน้าที่เพียงเป็นพื้นฐาน (baseline capacity) มากกว่าตัวแปรเชิงอธิบายความแตกต่างของพฤติกรรม

ด้านทัศนคติ พบว่า มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.2818$, $p = 0.0008$) ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ สุขศิริ ประสมสุข และคณะ (2563) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลในครอบครัว อำเภอบ้านแพ้ว จังหวัดสมุทรสาคร พบว่า ทัศนคติมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.45$, $p = 0.00$) และสอดคล้องกับงานวิจัยของ จีราวรรณ นามพันธ์ และคณะ (2562) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานของ

ผู้ดูแลที่ผ่านการอบรม ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่า ทัศนคติ เป็นหนึ่งในตัวแปรสำคัญที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของผู้ดูแล ซึ่งทุกการศึกษาล้วนชี้ไปในแนวทางเดียวกันว่า ทัศนคติเชิงบวกมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานที่มีคุณภาพมากขึ้น แม้ระดับความสัมพันธ์จะอยู่ในช่วงต่ำถึงปานกลาง แต่มีนัยสำคัญทางสถิติอย่างสม่ำเสมอ สะท้อนให้เห็นว่าทัศนคติเป็นกลไกภายใน ที่มีบทบาทสำคัญในการกำกับและขับเคลื่อนพฤติกรรมการปฏิบัติงาน โดยทำหน้าที่เชื่อมโยงระหว่างศักยภาพของบุคคล กับการแสดงออกเชิงพฤติกรรมในสถานการณ์จริง

ด้านแรงจูงใจ พบว่า มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับการปฏิบัติงาน ($r = 0.4070$, $p < 0.0001$) โดยเฉพาะในมิติของสัมพันธภาพระหว่างบุคคลที่มีความโดดเด่น ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยของทวิช วงค์ไชยชาญ และชนะพล ศรีฤชา (2561)) ที่ศึกษาแรงจูงใจที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดกาฬสินธุ์ ซึ่งพบว่าแรงจูงใจเชิงจิตสังคมมีบทบาทสำคัญต่อการปฏิบัติงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ทั้งในด้านทิศทางและขนาดของความสัมพันธ์ เมื่อพิจารณาร่วมกับแนวคิดของ Herzberg (1959) ตามทฤษฎีสองปัจจัย (Two-Factor Theory) สามารถอธิบายได้ว่า สัมพันธภาพระหว่างบุคคล จัดอยู่ในกลุ่มปัจจัยค้ำจุน (Hygiene factors) ซึ่งมีบทบาทในการลดความไม่พึงพอใจและสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการปฏิบัติงาน ขณะเดียวกัน การที่ผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ที่ดีต่อเพื่อนร่วมงานและผู้รับบริการ ยังอาจส่งผลเชิงบวกต่อความรู้สึกมีคุณค่าและความพึงพอใจในการทำงาน อันเป็นลักษณะใกล้เคียงกับปัจจัยจูงใจ (Motivators) เช่น ความสำเร็จในงานและการยอมรับ นอกจากนี้ การที่ปัจจัยด้านค่าตอบแทนไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ยังสอดคล้องกับแนวคิดของ Herzberg ที่มองว่าค่าตอบแทนเป็นเพียงปัจจัยค้ำจุน ซึ่งแม้มีความจำเป็น แต่ไม่ได้เป็นตัวกระตุ้นให้เกิดประสิทธิภาพในการทำงานโดยตรง ผลการศึกษาครั้งนี้จึงสะท้อนให้เห็นว่า แรงจูงใจของผู้ดูแลผู้สูงอายุมีลักษณะเน้นปัจจัยทางสังคมและจิตใจ โดยเฉพาะความสัมพันธ์และความผูกพันในบริบทการทำงานมากกว่าปัจจัยเชิงวัตถุ ซึ่งสอดคล้องกับบริบทของงานดูแลที่อาศัยความเอาใจใส่และปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลเป็นสำคัญ

ด้านการสนับสนุนทางสังคม พบว่า มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับการปฏิบัติงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ($r = 0.6309$, $p < 0.0001$) และเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลมากที่สุดต่อการปฏิบัติงาน ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยของสุวิมลรัตน์ รอบรู้เจน (2558) ยุพา ฟูชื่น (2560) และศักดิ์สิทธิ์ บ่อแก้ว (2563) ซึ่งต่างพบว่าการสนับสนุนจากครอบครัว ชุมชน และบุคลากรสาธารณสุข มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับทักษะและการปฏิบัติงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ($r = 0.50$, $p < 0.001$) สะท้อนให้เห็นแนวโน้มที่สอดคล้องกันทั้งในด้านทิศทางและขนาดของความสัมพันธ์ โดยการสนับสนุนทางสังคมมีบทบาทสำคัญในการเสริมสร้างศักยภาพ

ความมั่นใจ และประสิทธิภาพในการดูแล เมื่อพิจารณาตามกรอบแนวคิดของ Pender (1987) การสนับสนุนทางสังคมจัดเป็นปัจจัยระหว่างบุคคลที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ผ่านบรรทัดฐานทางสังคม การสนับสนุน และแบบอย่าง ซึ่งช่วยเพิ่มการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมและเสริมสร้างความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง อันนำไปสู่การปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ ขณะเดียวกัน แนวคิดของ House (1981) อธิบายว่าการสนับสนุนทางสังคมประกอบด้วย 4 มิติ ได้แก่ ด้านอารมณ์ การประเมินค่า ข้อมูลข่าวสาร และทรัพยากร ซึ่งล้วนมีบทบาทในการลดความตึงเครียด เสริมสร้างความสามารถในการเผชิญปัญหา และเพิ่มความมั่นใจในการปฏิบัติงานของผู้ดูแล ดังนั้น การสนับสนุนทางสังคมจึงมิใช่เพียงปัจจัยแวดล้อม แต่เป็นกลไกสำคัญที่เชื่อมโยงทรัพยากรภายนอกกับกระบวนการรับรู้ภายในของบุคคล ส่งผลให้เกิดการปฏิบัติงานที่มีประสิทธิภาพและเหมาะสมกับบริบทของการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

โดยสรุป ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงาน ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม แรงจูงใจ และทัศนคติ ขณะที่ความรู้ไม่ใช่ปัจจัยสำคัญในกลุ่มผู้ดูแลที่ผ่านการอบรมแล้ว ข้อค้นพบนี้สามารถใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาระบบสนับสนุนและยกระดับคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะจากงานวิจัย

จากผลการศึกษาครั้งนี้ ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติและเชิงวิจัย มุ่งเน้นการพัฒนาระบบสนับสนุนและการเสริมสร้างศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุอย่างเป็นรูปธรรม โดยควรให้ความสำคัญกับการเสริมสร้างการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอย่างต่อเนื่อง ในฐานะปัจจัยหลักที่มีอิทธิพลสูงสุดต่อการปฏิบัติงาน ผ่านการกำหนดบทบาทของ Care Manager ในการนิเทศ ติดตาม และให้คำปรึกษาอย่างใกล้ชิด ควบคู่กับการพัฒนาช่องทางสื่อสารที่เข้าถึงได้ง่าย เช่น กลุ่มสื่อสารออนไลน์ เพื่อให้ผู้ดูแลได้รับข้อมูล ข่าวสาร และการสนับสนุนทางจิตใจอย่างทันท่วงที นอกจากนี้ ควรส่งเสริมการสร้างเครือข่ายและสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแล ผ่านเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้อย่างสม่ำเสมอ เพื่อพัฒนาเป็นชุมชนแห่งการเรียนรู้ที่เอื้อต่อการแบ่งปันประสบการณ์ และการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน พร้อมทั้งเพิ่มบทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในการบูรณาการทรัพยากร งบประมาณ และสวัสดิการที่จำเป็นสำหรับผู้ดูแล แม้จะมีระดับการสนับสนุนในปัจจุบันไม่สูง แต่มีศักยภาพในการส่งเสริมการปฏิบัติงานได้อย่างมีนัยสำคัญ ควบคู่กับการส่งเสริมทัศนคติเชิงบวก ผ่านกิจกรรมสร้างแรงจูงใจและการยกย่องผู้ปฏิบัติงานดีเด่น เพื่อเสริมสร้างคุณค่าและความภาคภูมิใจในบทบาทหน้าที่ รวมทั้งควรจัดการอบรมทบทวนความรู้และทักษะเชิงปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง ร่วมกับการประเมินผลการปฏิบัติงานจริงเพื่อยกระดับคุณภาพการดูแล ในส่วนของข้อเสนอแนะเชิงวิจัย ควรขยายขอบเขตพื้นที่ศึกษาและเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างเพื่อเพิ่มความเป็น

ตัวแทนของข้อมูล พร้อมทั้งศึกษาปัจจัยสนับสนุนในเชิงลึกด้วยวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ รวมถึงพิจารณาตัวแปรเพิ่มเติม เช่น ภาระงาน ความเครียด และภาวะหมดไฟ ตลอดจนออกแบบการวิจัยกึ่งทดลองและการวิจัยระยะยาว เพื่อทดสอบรูปแบบการสนับสนุนที่มีประสิทธิภาพและอธิบายความสัมพันธ์เชิงเหตุและผลได้อย่างชัดเจนยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

จีราวรรณ นามพันธ์ และคณะ. (2562). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแล. วารสารพยาบาลสาธารณสุข, 33(2), 45–60

ถนอมรัตน์ ประสิทธิเมตต์, & เพชรา ชวนะพันธุ์. (2559). ปัญหาและอุปสรรคในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว. วารสารสาธารณสุข, 28(1), 12–25.

ทวิช วงค์ไชยชาญ. (2561). ปัจจัยแรงจูงใจที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุ. วารสารวิจัยสุขภาพ, 12(3), 101–115.

ยุพา ฟูชื่น. (2560). การสนับสนุนทางสังคมกับการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน. วารสารพยาบาล, 35(2), 78–92.

ศักดิ์สิทธิ์ บ่อแก้ว. (2563). ปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลผู้สูงอายุในระบบชุมชน. วารสารสุขภาพชุมชน, 14(1), 55–70.

ศิราณี ศรีหาภาค และคณะ. (2556). สถานการณ์การดูแลผู้สูงอายุในประเทศไทย. วารสารสาธารณสุข, 43(2), 101–115.

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2559). แนวทางการดำเนินงานระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง. กรุงเทพฯ: สปสช.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพังงา. (2567). รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุจังหวัดพังงา. พังงา.

สถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2560). รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย. กรุงเทพฯ.

มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2559). สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย. กรุงเทพฯ.

สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. (2560). รายงานประชากรผู้สูงอายุ. นครปฐม.

สุขศิริ ประสมสุข และคณะ. (2563). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุ. วารสารการพยาบาล, 35(3), 120–135.

สุภาพร เจือมา, & ชนะพล ศรีฤๅชา. (2561). แรงจูงใจในการปฏิบัติงานของบุคลากรด้านสุขภาพ. วารสารวิชาการสาธารณสุข, 27(2), 210–225.

สุวิมลรัตน์ รอบรู้เจน. (2558). การสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุ. วารสารสุขภาพชุมชน, 10(2), 85–98.

สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ และคณะ. (2561). การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวในประเทศไทย. วารสารนโยบายสุขภาพ, 13(1), 1–15.

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

Chuluunbaatar, E., Chou, Y. J., & Pu, C. (2017). Quality of life of older adults and social support: Evidence from Mongolia. PLoS ONE, 12(11), e0187346. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0187346

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: A foundation for analysis in the health sciences (9th ed.). Wiley.

Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute. (2023). Situation of the Thai elderly 2023.

Greenwood, N., Habibi, R., Smith, R., & Manthorpe, J. (2019). Barriers to access and minority ethnic carers' satisfaction with social care services in the community. Health & Social Care in the Community, 27(1), 132–141.

Herzberg, F. (1959). The motivation to work. John Wiley & Sons.

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

National Statistical Office. (2024). The 2024 population statistics of Thailand.

Pavarini, S. C. I., et al. (2018). Family and social support for elderly caregivers: A systematic review. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, 21(2), 245–255.

Pender, N. J. (1987). Health promotion in nursing practice. Appleton & Lange.

Schermerhorn, J. R., Hunt, J. G., & Osborn, R. N. (1991). Managing organizational behavior (4th ed.). John Wiley & Sons.

Zeng, Y., et al. (2019). The relationship between knowledge and caregiving performance among caregivers of older adults. BMC Geriatrics, 19, 1–10.

United Nations. (2022). World population prospects 2022.

World Health Organization. (2024). Ageing and health.

Received: 9 Jul 2026 ; **Revised:** 24 Jul 2026
Accepted: 31 Jul 2026

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่รับบริการในคลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านบกปุย ตำบลลำภี อำเภอท้ายเหมือง จังหวัดพังงา

นางมุทิตา ทวีรัตน์ [1]

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมสุขภาพ การรับรู้ด้านสุขภาพ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กันในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในคลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านบกปุย จังหวัดพังงา กลุ่มตัวอย่าง 97 คน คัดเลือกจากประชากร 120 คน โดยสุ่มแบบมีระบบตามสูตรของ Daniel เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถาม 3 ส่วน วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (77.32%) อายุเฉลี่ย ($\overline{X}$=58.84, S.D.=9.53) ปี สถานภาพสมรสคู่ (73.30%) ระดับการศึกษาประถมศึกษา (67.01%) อาชีพเกษตรกรรม (71.13%) รายได้เฉลี่ย ($\overline{X}$=8,900, S.D.=6,200) บาท/เดือน ระยะเวลาการป่วยเฉลี่ย ($\overline{X}$=7, S.D.=5) ปี และมีคู่สมรสเป็นผู้ดูแลหลัก (41.24%)การรับรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับสูง (64.95%) ($\bar{X}$=2.65, S.D.=0.480) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันมีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\overline{X}$=2.72, S.D.=0.515) และการรับรู้อุปสรรคมีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ($\overline{X}$=1.53, S.D.=0.631) พฤติกรรมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับสูง (75.26%) ($\overline{X}$=2.72, S.D.=0.515) โดยด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อนมีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\overline{X}$=2.72, S.D.=0.515) และด้านการรับประทานยาและพบแพทย์ตามนัดมีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ($\overline{X}$=2.48, S.D.=0.597) การวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่าการรับรู้ด้านสุขภาพโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r=0.318, p=0.002) โดยการรับรู้ความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน (r=0.390, P-value<0.001) การรับรู้ความรุนแรง (r=0.476, p<0.001) และการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกัน (r=0.486, P-value <0.001) ล้วนมีความสัมพันธ์ทางบวก ในขณะที่การรับรู้อุปสรรคมีความสัมพันธ์ทางลบ (r=-0.418, P-value <0.001) ผู้วิจัยจึงเสนอแนะให้พัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างการรับรู้ประโยชน์และลดการรับรู้อุปสรรคของผู้ป่วย เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมและลดความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนในระยะยาว

คำสำคัญ: การรับรู้ด้านสุขภาพ, พฤติกรรมสุขภาพ, ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

[1] **โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านบกปุย อำเภอท้ายเหมือง จังหวัดพังงา,** E-mail: mutitah094@gmail.com

Factor associated with health behavior among Hypertension patients registered in Non-communicable disease Clinic in Banbokpuy Sub-district Health Promoting Hospital, Thaimaung District, Phangnga Province

Mutita Taweerut [1]

Abstract

This descriptive research aimed to examine health behavior levels, health perceptions, and associated factors among hypertensive patients at the Chronic Disease Clinic, Ban Bokpui Subdistrict Health Promoting Hospital, Phang Nga Province. A sample of 97 participants was systematically selected from 120 registered patients using Daniel's formula (2010). Data were collected via a three-part questionnaire and analyzed using descriptive statistics, chi-square, and Pearson's correlation coefficient at a significance level of 0.05.The majority of participants were female (77.32%), with a mean age ($\overline{X}$=58.84, S.D.=9.53) years. Most were married (73.30%), had primary education (67.01%), worked in agriculture (71.13%), had a mean monthly income ($\overline{X}$=8,900, S.D.=6,200) baht, a mean illness duration ($\overline{X}$=7, S.D.=5) years, and were primarily cared for by their spouse (41.24%). Overall health perception was at a high level (64.95%) ($\overline{X}$==2.65, S.D.=0.480). Among subscales, perceived benefits of prevention scored highest ($\overline{X}$=2.72, S.D.=0.515) and perceived barriers scored lowest ($\overline{X}$=1.53, S.D.=0.631). Overall health behaviors were also at a high level (75.26%) ($\overline{X}$=2.72, S.D.=0.515), with complication prevention behaviors scoring highest ($\overline{X}$=2.72, S.D.=0.515) and medication adherence and appointment-keeping scoring lowest ($\overline{X}$=2.48, S.D.=0.597).Correlation analysis revealed that overall health perception had a statistically significant positive relationship with health behaviors (r=0.318, P-value =0.002). Perceived susceptibility (r=0.390, P-value <0.001), perceived severity (r=0.476, P-value <0.001), and perceived benefits (r=0.486, P-value <0.001) showed significant positive associations, while perceived barriers showed a significant negative association (r=-0.418, P-value <0.001). The researcher recommends developing programs that strengthen perceived benefits and reduce perceived barriers to promote appropriate health behaviors and minimize long-term hypertensive complications.

Keywords: Health perception, Health behaviors, Hypertensive patients

[1] Banbokpuy Sub-district Health Promoting Hospital, Thaimaung District, Phangnga Province, E-mail: mutitah094@gmail.com

บทนำ

โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังที่ถือเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญระดับโลก เนื่องจากเป็นปัจจัยเสี่ยงหลักที่นำไปสู่การเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง ภาวะไตวาย และภาวะแทรกซ้อนร้ายแรงอื่น ๆ ซึ่งส่งผลกระทบโดยตรงต่อคุณภาพชีวิตและอัตราการเสียชีวิตของประชาชนในวงกว้าง องค์การอนามัยโลกรายงานว่าขณะนี้มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทั่วโลกกว่า 1,280 ล้านคน และคาดการณ์ว่าจำนวนดังกล่าวจะเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องหากขาดการจัดการที่มีประสิทธิภาพ (World Health Organization, 2023)

สำหรับสถานการณ์ในประเทศไทย พบว่าจำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องเช่นกัน โดยเฉพาะในพื้นที่จังหวัดพังงา จากรายงานฐานข้อมูลสุขภาพ (Health Data Center: HDC) ของจังหวัดพังงา พบว่าในปี พ.ศ. 2566 มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 37,263 คน คิดเป็นร้อยละ 17.00 และเพิ่มขึ้นเป็น 37,700 คน (ร้อยละ 17.42) ในปี พ.ศ. 2567 และ 38,957 คน (ร้อยละ 18.22) ในปี พ.ศ. 2568 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพังงา, 2569) เมื่อพิจารณาในระดับอำเภอท้ายเหมือง พบจำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในปี พ.ศ. 2566–2568 เท่ากับ 6,879, 6,875 และ 7,132 คน ตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 16.45, 16.77 และ 17.61 ของประชากรในพื้นที่ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพังงา, 2569) ในระดับพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านบกปุย ตำบลลำภี อำเภอท้ายเหมือง จังหวัดพังงา สถานการณ์ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเช่นเดียวกัน โดยในปี พ.ศ. 2566–2568 มีจำนวนผู้ป่วยเท่ากับ 462, 596 และ 486 คน ตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 13.43, 19.56 และ 17.28 โดยมีอัตราป่วยรายใหม่ต่อแสนประชากรเท่ากับ 1,742.16, 1,709.70 และ 1,896.07 ตามลำดับ นอกจากนี้ ในปี พ.ศ. 2568 จังหวัดพังงาพบอัตราการเสียชีวิตจากโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 597 คน คิดเป็นร้อยละ 1.29 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพังงา, 2569) ปัญหาสำคัญที่พบในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในพื้นที่ส่วนใหญ่เกิดจากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ทั้งการรับประทานอาหารที่มีรสเค็มจัด การขาดการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ การดื่มสุรา การสูบบุหรี่ และการไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาอย่างต่อเนื่อง พฤติกรรมเหล่านี้ส่งผลให้ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ และเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนในระยะยาว (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2564) โดยพฤติกรรมสุขภาพในงานวิจัยนี้ครอบคลุม 3 อ 2 ส ได้แก่ อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ การเลิกสูบบุหรี่และสุรา ร่วมกับการจัดการความเครียด การรับประทานยา การพบแพทย์ตามนัด และการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ปัจจัยสำคัญประการหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย คือ การรับรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งอธิบายได้ด้วยทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Rosenstock (1974) ประกอบด้วยการรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกัน และการ

รับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติ โดยบุคคลที่มีการรับรู้ด้านสุขภาพในระดับที่ดีย่อมมีแนวโน้มแสดงพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมและลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้มากขึ้น (Rosenstock, 1974) จากสถานการณ์ปัญหาดังกล่าว ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการในคลินิกผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านบกปุย ตำบลลำภี อำเภอท้ายเหมือง จังหวัดพังงา ทั้งนี้เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปใช้ในการพัฒนาโปรแกรมและรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงให้มีความเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ อันจะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ การควบคุมระดับความดันโลหิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ และลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนในระยะยาว

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่รับบริการในคลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านบกปุย ตำบลลำภี อำเภอท้ายเหมือง จังหวัดพังงา

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research study) ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนมกราคม พ.ศ.2569 – มิถุนายน พ.ศ.2569 โดยกำหนดกรอบแนวคิด ประกอบด้วย ตัวแปรอิสระ คือ 1) คุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง 2) การรับรู้ด้านสุขภาพ ตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่รับบริการใน คลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านบกปุย ตำบลลำภี อำเภอท้ายเหมือง จังหวัดพังงา

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มประชากรที่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนรับบริการที่คลินิกโรคเรื้อรังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านบกปุย ตำบลลำภี อำเภอท้ายเหมือง จังหวัดพังงา ปีงบประมาณ พ.ศ.2569 จำนวน 120 คน กำหนดเกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง อาศัยอยู่ในพื้นที่จริงอย่างน้อย 6 เดือนขึ้นไป ที่ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน สื่อสารภาษาไทย อ่านออกเขียนได้เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ ไม่สมัครใจตอบแบบสอบถาม เจ็บป่วยในช่วงเก็บข้อมูลจนไม่สามารถให้ข้อมูลไดh มีประวัติบกพร่องด้านความจำ ผู้ป่วยที่ไม่มีโรคอื่นร่วม คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ทราบจำนวนประชากรที่แน่นอนโดยใช้สูตร Daniel (2010) กำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ 95% ค่าความคลาดเคลื่อนสามารถยอมรับได้เท่ากับ 0.05 ได้กลุ่มตัวอย่าง เท่ากับ 120 คน

การสุ่มตัวอย่าง

การสุ่มตัวอย่างใช้วิธีการสุ่มแบบมีระบบ (Systematic Random Sampling) เพื่อเลือกรายชื่อจากทะเบียนรายชื่อของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ตามเกณฑ์คัดเข้า โดยนำรายชื่อจำนวนโรคความดันโลหิตสูง ในคลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านบกปุย มาเรียงลำดับรายชื่อตามตัวอักษร ก ถึง ฮ แล้วคำนวณค่าระยะห่างของการสุ่ม เท่ากับ 2 หลังจากนั้นเริ่มสุ่มหยิบรายชื่อกลุ่มตัวอย่างคนแรกแล้วหยิบรายชื่อกลุ่มตัวอย่างลำดับถัดไปโดยเว้นระยะห่างของรายชื่อเท่ากับ 2 สุ่มหยิบรายชื่อกลุ่มตัวอย่างไปจนครบ จำนวน 120 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย 3 ส่วน

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วยเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา การประกอบอาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน โรคร่วม ระยะเวลาการป่วยเป็นโรคระดับความดันโลหิต ผู้ที่ทำหน้าที่หลักในการดูแล

ส่วนที่ 2 การรับรู้ด้านสุขภาพ โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีของโรเซนสตอค (Rosenstock, 1974) ประกอบด้วย การรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันภาวะแทรกซ้อน การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบตามระดับความคิดเห็น 5 ระดับคือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ส่วนที่3 พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่รับบริการในคลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านบกปุย ตามหลัก 3อ 2ส. ประกอบด้วย การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์ การไม่ดื่มสุรา การไม่สูบบุหรี่ การจัดการความเครียด การรับประทานยาพบแพทย์ตามนัด การป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคความดันโลหิตสูง 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) หลังจากนั้นนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีคุณสมบัติเหมือนกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน

วิเคราะห์หาความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach, 1997) เท่ากับ 0.881

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติสถิติเชิงพรรณนาและการทดสอบสมมุติฐานวิจัยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment correlation coefficient) ที่ระดับความเชื่อมั่น 0.05

การศึกษาวิจัยฉบับนี้ได้ผ่านการรับรองให้ทำวิจัยจากโดยคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยนอร์ทเทิร์น เอกสารรับรองเลขที่ NREC 0061 /2569 รับรองวันที่ 26 มกราคม 2569

ผลการศึกษาวิจัย

คุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (77.32 %) มีอายุระหว่าง 50-65 ปี (60.82%) ($\overline{X}$=58.84, S.D.=9.53, Max=82, Min=30) มีสถานภาพส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ แต่งงาน/อยู่ด้วยกัน (73.30%) ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (67.01%) ด้านอาชีพ พบว่า ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม (71.13 %) ด้านรายได้เฉลี่ยต่อเดือน พบว่า ส่วนใหญ่มีรายได้อยู่ในช่วง 3,500–16,000 บาท (76.30%) ($\overline{X}$=8,900, S.D.=6,200) ด้านโรคร่วม พบว่า มีภาวะไขมันในเลือดสูง (30.90%) ด้านระยะเวลาการป่วย พบว่า ส่วนใหญ่มีระยะเวลาการป่วยอยู่ในช่วง 1.5–12 ปี (74.20%) ($\overline{X}$=7, S.D.=5) ด้านระดับความดันโลหิต พบว่า ส่วนใหญ่มีความดันโลหิตตัวบนอยู่ในช่วง 120–140 mmHg (67.01%) ($\overline{X}$=130.40, S.D.=9.88) และความดันโลหิตตัวล่างอยู่ในช่วง 65–85 mmHg (69.07%) ($\overline{X}$=75.66, S.D.=8.99) ด้านผู้ดูแลสุขภาพในครอบครัว พบว่า ส่วนใหญ่มีสามี/ภรรยาเป็นผู้ดูแล (41.24%)

การรับรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย การรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง รับรู้ประโยชน์ของการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง ในภาพรวมการรับรู้ด้านสุขภาพมีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง (64.95%) ($\overline{X}$=2.65, S.D.=0.480) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการรับรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (n=97)

ด้านการรับรู้	ระดับ						Mean	S.D.
	สูง		ปานกลาง		ต่ำ			
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ		
1. การรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง	70	72.16	24	24.74	3	3.09	2.69	0.526
2. การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง	65	67.01	28	28.87	4	4.12	2.63	0.565
3.รับรู้ประโยชน์ของการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง	73	75.26	21	21.65	3	3.09	2.72	0.515
4.การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง	7	7.22	37	38.14	53	54.64	1.53	0.631
รวม การรับรู้ด้านสุขภาพ	**63**	**64.95**	**34**	**35.05**	**-**	**-**	**2.65**	**0.480**

พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย พฤติกรรม 3 อ 2 ส และการจัดการความเครียด พฤติกรรมการรับประทานยาและพบแพทย์ตามนัด การป้องกันภาวะแทรกซ้อน ในภาพรวมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนอยู่ในระดับสูง (75.26%) ($\overline{X}$=2.72, S.D.=0.515) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง(n=97)

พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง	ระดับ						Mean	S.D.
	สูง		ปานกลาง		ต่ำ			
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ		
1. พฤติกรรม 3 อ 2 ส และการจัดการความเครียด	58	59.79	36	37.11	3	3.09	2.57	0.557
2. พฤติกรรมการรับประทานยาและพบแพทย์ตามนัด	52	53.61	40	41.24	5	5.15	2.48	0.597
3. การป้องกันภาวะแทรกซ้อน	73	75.26	21	21.65	3	3.09	2.72	0.515
รวมพฤติกรรมสุขภาพ	**73**	**75.26**	**21**	**21.65**	**3**	**3.09**	**2.72**	**0.515**

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่า การรับรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการในคลินิก โรคเรื้อรัง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านบกปุย ตำบลลำภี อำเภอท้ายเหมือง จังหวัดพังงาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r=0.318, P-value=0.002) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ระหว่างการรับรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการในคลินิก โรคเรื้อรัง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านบกปุย ตำบลลำภี อำเภอท้ายเหมือง จังหวัดพังงา

ปัจจัย	พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง		
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (r)	P-value	ระดับความสัมพันธ์
การรับรู้ด้านสุขภาพโดยรวม	.318	0.002**	มีความสัมพันธ์ทางบวก
- การรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน	.390	0.000**	มีความสัมพันธ์ทางบวก
- การรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อน	.476	0.000**	มีความสัมพันธ์ทางบวก
- การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกัน	.486	0.000**	มีความสัมพันธ์ทางบวก

ปัจจัย	พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง		
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (r)	P-value	ระดับความสัมพันธ์
- การรับรู้อุปสรรคของการป้องกัน	-.418	0.000**	มีความสัมพันธ์ทางลบ

หมายเหตุ ** ค่าระดับนัยสำคัญน้อยกว่า 0.01

การอภิปรายผล

การรับรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย การรับรู้ความเสี่ยงต่อโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค และการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรค การรับรู้ด้านสุขภาพโดยรวมมีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 64.95) จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า การรับรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value=0.002) สามารถอธิบายได้ว่า การรับรู้ด้านสุขภาพเป็นการรับรู้ของบุคคลที่บ่งชี้ถึงพฤติกรรมโดยบุคคลจะแสดงพฤติกรรมสุขภาพเมื่อรับรู้ว่าตนเองมีความเสี่ยง รับรู้ถึงความรุนแรงของโรค และเชื่อว่าการปฏิบัตินั้นก่อให้เกิดผลดี รวมทั้งจะมีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงออกจากสิ่งที่ตนไม่ปรารถนา เช่น การหลีกเลี่ยงภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง บุคคลนั้นจะต้องมีความเชื่อว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค โรคที่เกิดขึ้นมีความรุนแรงและมีผลกระทบต่อชีวิตประจำวัน และการปฏิบัติกิจกรรมเฉพาะเจาะจงมีประโยชน์เพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค เนื่องจากการรับรู้เป็นกระบวนการทางความคิดและจิตใจของมนุษย์ที่แสดงออกถึงความรู้สึกนึกคิด ความเข้าใจต่อสิ่งเร้าที่ผ่านเข้ามาทางประสาทสัมผัสทั้ง 5 แล้วมีการแสดงพฤติกรรมออกมาอย่างมีจุดมุ่งหมาย โดยมีแรงผลักดันจากความรู้และประสบการณ์เดิม (Rosenstock, 1974) ผลการวิจัยสอดคล้องกับการศึกษาของ จิราภรณ์ อริยสิทธิ์ (2566) นลินี หนูห่วง (2566) และการทบทวนวรรณกรรมของ Islam และคณะ (2025) ที่รวบรวมงานวิจัย 24 ฉบับ กลุ่มตัวอย่าง 6,106 คน ซึ่งยืนยันว่าการประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมีประสิทธิผลในการปรับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญ

การรับรู้ความเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่รับบริการในคลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านบกปุย (P-value<0.001) สามารถอธิบายได้ว่า เมื่อบุคคลรับรู้ว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อโรคและตระหนักถึงความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนจะเกิดแรงผลักดันให้แสดงพฤติกรรมป้องกันมากยิ่งขึ้น (Rosenstock, 1974) โดยข้อคำถามที่ส่งเสริมให้เกิดความสัมพันธ์ดังกล่าว ได้แก่ การรับรู้ว่าหากไม่ดูแลตนเองโรคความดันโลหิตสูงอาจทำให้เกิดอัมพาตหรือโรค

ร้ายแรงอื่น ๆ ได้ การรับรู้ว่าการเป็นโรคความดันโลหิตสูงนาน ๆ โดยไม่ได้รับการรักษามีโอกาสเกิดเส้นเลือดในสมองแตก และการรับรู้ว่าหากรับประทานยาไม่สม่ำเสมอระดับความดันโลหิตจะสูงขึ้น ซึ่งการรับรู้ต่อผลลัพธ์ที่รุนแรงและเป็นรูปธรรมเหล่านี้เป็นแรงกระตุ้นสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยใส่ใจดูแลสุขภาพตนเองมากขึ้น ผลการวิจัยสอดคล้องกับการศึกษาของ วิรีรัตน์ เวโยบุตร และ อพิณยา วงศ์พิริยะโยธาร (2568) และการทบทวนวรรณกรรมของ Islam และคณะ (2025)

การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่รับบริการในคลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านบกปุย (P-value<0.001) และมีความสัมพันธ์ในระดับที่สูงกว่าการรับรู้ความเสี่ยง สามารถอธิบายได้ว่า เมื่อผู้ป่วยอยู่ในภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังจะมีระดับการรับรู้ต่อความรุนแรงสูงขึ้น ทำให้รู้สึกว่าตนมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนมากขึ้นและมีแรงจูงใจในการปรับพฤติกรรมสุขภาพตามมา (Becker, 1974; Janz & Becker, 1984) โดยข้อคำถามที่ส่งเสริมให้เกิดความสัมพันธ์ดังกล่าว ได้แก่ การรับรู้ว่ามีโอกาสพิการหรือเสียชีวิตด้วยภาวะแทรกซ้อนของความดันโลหิตสูง การรับรู้ว่าภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงเป็นเรื่องร้ายแรงต่อสุขภาพ และการรับรู้ว่าอาการของโรคจะรุนแรงขึ้นเมื่อขาดการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งการตระหนักถึงโอกาสพิการหรือเสียชีวิตนั้นเป็นแรงกระตุ้นที่ทรงพลังในการปรับพฤติกรรมสุขภาพ ผลการวิจัยสอดคล้องกับการศึกษาของ วิรีรัตน์ เวโยบุตร และ อพิณยา วงศ์พิริยะโยธาร (2568) และการทบทวนวรรณกรรมของ Islam และคณะ (2025) ที่ยืนยันว่าการรับรู้ความรุนแรงเป็นปัจจัยบวกสำคัญที่เอื้อให้ผู้ป่วยปรับพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างต่อเนื่อง

การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่รับบริการในคลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านบกปุย (P-value<0.001) และมีความสัมพันธ์สูงสุดในบรรดาการรับรู้ทุกด้าน สามารถอธิบายได้ว่า บุคคลจะตัดสินใจแสดงพฤติกรรมสุขภาพเมื่อเชื่อว่าการปฏิบัตินั้นก่อให้เกิดผลดีมากกว่าผลเสีย การส่งเสริมให้ผู้ป่วยรับรู้ประโยชน์ของการดูแลตนเองอย่างชัดเจนจึงเป็นกลไกสำคัญในการกระตุ้นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Rosenstock, 1974) โดยข้อคำถามที่ส่งเสริมให้เกิดความสัมพันธ์ดังกล่าว ได้แก่ การรับรู้ว่าการเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสม เช่น ลดเค็ม ลดมัน มีส่วนช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ว่าการควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติช่วยลดโอกาสเกิดโรคแทรกซ้อนได้ และการรับรู้ว่าการรับประทานยาความดันอย่างสม่ำเสมอช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อน ซึ่งความเชื่อที่ชัดเจนและเป็นรูปธรรมเหล่านี้เป็นฐานสำคัญที่ผลักดันให้ผู้ป่วยปรับพฤติกรรมได้อย่างต่อเนื่อง ผลการวิจัยสอดคล้องกับการศึกษาของ เจษฎากร โนอิน และ นิรัชรา ลิลละฮ์กุล

(2567) วิรีรัตน์ เวโยบุตร และ อพิณยา วงศ์พิริยะโยธาร (2568) และการทบทวนวรรณกรรมของ Islam และคณะ (2025) ที่ยืนยันบทบาทของการรับรู้ประโยชน์ในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง

การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่รับบริการในคลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านบกปุย (P-value<0.001) สามารถอธิบายได้ว่า ยิ่งบุคคลรับรู้อุปสรรคสูงเท่าใด ความร่วมมือในการรักษาก็จะลดลงเท่านั้น เนื่องจากการรับรู้อุปสรรคเป็นปัจจัยที่ขัดขวางการแสดงพฤติกรรมสุขภาพโดยตรง (Rosenstock, 1974) โดยข้อคำถามที่สะท้อนอุปสรรคและส่งผลให้พฤติกรรมสุขภาพลดลง ได้แก่ การรับรู้ว่าการควบคุมอาหารเค็มหรืออาหารมันเป็นเรื่องที่ทำได้ยากในชีวิตประจำวัน การรับรู้ว่าค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพเป็นอุปสรรคในการดูแลตนเอง และการรับรู้ว่าการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอเป็นเรื่องลำบากหรือไม่มีเวลาเพียงพอ ซึ่งสอดคล้องกับบริบทของกลุ่มตัวอย่างที่ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรมและมีรายได้ค่อนข้างน้อย ทำให้มีข้อจำกัดทั้งด้านเศรษฐกิจและวิถีชีวิตที่ส่งผลโดยตรงต่อการปรับพฤติกรรมสุขภาพ ผลการวิจัยสอดคล้องกับการศึกษาของ วิรีรัตน์ เวโยบุตร และอพิณยา วงศ์พิริยะโยธาร (2568) เจษฎากร โนอิน และนิรัชรา ลิลละฮ์กุล (2567) ที่พบว่ารายได้ที่เพียงพอมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญ และการทบทวนวรรณกรรมของ Islam และคณะ (2025) ที่ยืนยันว่าการรับรู้อุปสรรคเป็นปัจจัยลบหลักที่ขัดขวางความสม่ำเสมอในการรับประทานยาและการปรับพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในประเทศกำลังพัฒนา

ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยพบว่าการรับรู้ประโยชน์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพสูงสุด (r=0.486) ในขณะที่การรับรู้อุปสรรคมีความสัมพันธ์ทางลบ (r=-0.418) บุคลากรสาธารณสุขจึงควรพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพที่เน้นการสื่อสารประโยชน์ของการปรับพฤติกรรมให้เห็นเป็นรูปธรรม ควบคู่กับการลดการรับรู้อุปสรรคด้านการควบคุมอาหารและค่าใช้จ่าย โดยคำนึงถึงบริบทของชุมชนเกษตรกรรมที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษาและมีรายได้ปานกลาง รวมทั้งควรส่งเสริมการมีส่วนร่วมของคู่สมรสซึ่งเป็นผู้ดูแลหลักในกระบวนการดูแลสุขภาพ และพัฒนาระบบติดตามผู้ป่วยเชิงรุกเพื่อเพิ่มความสม่ำเสมอในการรับประทานยาและพบแพทย์ตามนัด สำหรับการวิจัยในอนาคตควรศึกษาปัจจัยเพิ่มเติม เช่น ความรอบรู้ด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และพัฒนาโปรแกรมแทรกแซงที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่ยั่งยืนในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในระยะยาว

เอกสารอ้างอิง

กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2565). แนวทางการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ในระดับปฐมภูมิ. กระทรวงสาธารณสุข.

กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2566). แนวทางการป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูง. กระทรวงสาธารณสุข.

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2564). แนวทางการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรัง. กระทรวงสาธารณสุข.

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2566). รายงานสถานการณ์โรคความดันโลหิตสูงในประเทศไทย. กระทรวงสาธารณสุข.

จันทร์เพ็ญ พวงดอกไม้. (2567). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ ในคลินิกโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพญาแมน อำเภอพิชัย จังหวัดอุตรดิตถ์. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีนอร์ทเทิร์น, 5(4). https://he03.tci-thaijo.org/index.php/scintc/article/view/3760

จิราภรณ์ อริยสิทธิ์. (2566). ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. Region 3 Medical and Public Health Journal, 20(3), 117–123. https://thaidj.org/index.php/smj/article/view/13180

เจษฎากร โนอิน, และ นิรัชรา ลิลละฮ์กุล. (2567). ความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ และการรับรู้กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง. วารสารสหเวชศาสตร์และสุขภาพชุมชน, 1(2). https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JAHSCH/article/view/274553

ณิชาภัทร วัดบุญเลี้ยง. (2561). โรคความดันโลหิตสูง: การพยาบาลและการดูแลตนเอง. สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยมหิดล.

เทพพนม เมืองแมน, และ สวิง สุวรรณ. (2540). พฤติกรรมองค์การ (พิมพ์ครั้งที่ 2 ฉบับปรับปรุงใหม่). ไทยวัฒนาพานิช.

เนตร์พัณณา ยาวิราช. (2547). การจัดการสมัยใหม่ (พิมพ์ครั้งที่ 3). เซ็นทรัลเอ็กซเพรส.

นลินี หนูห่วง. (2566). ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ, 8(4). https://so06.tci-thaijo.org/index.php/hej/article/view/268805

ไพบูลย์ เทวรักษ์. (2537). จิตวิทยา: ศึกษาพฤติกรรมภายนอกและภายใน. เอส.ดี.เพรส.

วิรีรัตน์ เวโยบุตร, และ อพิณยา วงศ์พิริยะโยธาร. (2568). The relationships between health beliefs, perceived self-efficacy, and coronary artery disease prevention behaviors among patients with uncontrolled hypertension. Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council, 40(2). https://doi.org/10.60099/jtnmc.v40i02.271781

สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. (2558). แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2558. สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย.

สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. (2562). แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2562. สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย.

สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. (2565). แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2565. สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย.

สิทธิโชค วรานุสันติกูล. (2546). จิตวิทยาสังคม: ทฤษฎีและการประยุกต์. ซีเอ็ดยูเคชั่น.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพังงา. (2569). รายงานข้อมูลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จังหวัดพังงา ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566–2568. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพังงา.ระบบ Health Data Center (HDC). สืบค้น เมื่อ 10 พฤษภาคม 2569 เข้าจาก https://hdc.moph.go.th/pna/public/standard-report-detail/29eec762c9591d1f8092da14c7462361?subcatalogId=b2b59e64c4e6c92d4b1ec16a599d882b

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพังงา. (2569). อัตราการป่วยตายด้วยโรคความดันโลหิตสูง. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพังงา.ระบบ Health Data Center (HDC). สืบค้น เมื่อ 10 พฤษภาคม 2569 เข้าจาก https://hdc.moph.go.th/pna/public/standard-report-detail/e46c73b57c9eeb2f07759a9e9bc50fb3?subcatalogId=6a1fdf282fd28180eed7d1cfe0155e11

สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2562). แนวทางการดูแลรักษาโรคความดันโลหิตสูง. กระทรวงสาธารณสุข.

Bandura, A. (1986). Social foundations of thought and action: A social cognitive theory. Prentice-Hall.

Becker, M. H. (1974). The health belief model and personal health behavior. Health Education Monographs, 2(4), 324–473.

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

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

Islam, M. R., Hossain, M. S., Molla, M. M., Zahan, T., Shill, L. K., & Islam, M. A. (2025). Role of the health belief model in the management of hypertension: A systematic review. Cureus, 17(1), e94139. https://doi.org/10.7759/cureus.94139

Joint National Committee. (2003). The seventh report of the Joint National Committee on prevention, detection, evaluation, and treatment of high blood pressure (JNC 7). National Institutes of Health. https://www.nhlbi.nih.gov/files/docs/guidelines/jnc7full.pdf

Nestel, P. J. (2019). Dietary fat and blood pressure. Current Hypertension Reports, 21(2), 17. https://doi.org/10.1007/s11906-019-0918-y

Rosenstock, I. M. (1974). Historical origins of the health belief model. Health Education Monographs, 2(4), 354–386.

World Health Organization. (2023). Hypertension. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hypertension

World Health Organization. (2024). Ageing and health. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health

Received: 9 Jul 2026 ; **Revised:** 24 Jul 2026
Accepted: 31 Jul 2026

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เขตตำบลลำภี อำเภอท้ายเหมือง จังหวัดพังงา

นางพึงใจ ชัยสุวรรณ [1]

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กันในผู้ป่วยป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เขตตำบลลำภี อำเภอท้ายเหมือง จังหวัดพังงา ปี พ.ศ.2569 จำนวน 358 คน โดยสูตรการคำนวนขนาดกลุ่มตัวอย่างของ Daniel เท่ากับ 195 คน ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบมีระบบ เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่ คุณลักษณะส่วนบุคคล การรับรู้ด้านสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมสุขภาพ แบบสอบถามผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน และนำไปทดลองใช้วิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟ่าครอนบาค เท่ากับ 0.898 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันที่ระดับความเชื่อมั่น 0.05 ผลการวิเคราะห์พบว่า การรับรู้ด้านสุขภาพมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง (66.67%) ($\overline{x}$=2.66, S.D.=0.497) แรงสนับสนุนทางสังคมมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง (59.49%) ($\overline{x}$=2.38, S.D.=0.508) พฤติกรรมสุขภาพมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง (90.77%) ($\overline{x}$=2.90, S.D.=0.336) ตามลำดับ ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ตำบลลำภี อำเภอท้ายเหมือง จังหวัดพังงา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ การรับรู้ด้านสุขภาพ (r=0.374, P-value<0.001) แรงสนับสนุนทางสังคม (r=0.232, P-value=0.001) ตามลำดับ

คำสำคัญ: การรับรู้ด้านสุขภาพ, แรงสนับสนุนทางสังคม, พฤติกรรมสุขภาพ, โรคเบาหวานชนิดที่2

[1] โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลลำภี อำเภอท้ายเหมือง จังหวัดพังงา, E-mail: Phungjai49266@gmail.com

Factor associated with health behavior among Type 2 Diabetes Mellitus patients in Lumpee Sub-district, Thai Mueang District, Phangnga Province.

Phungjai Chaisuwan [1]

Abstract

This descriptive research aimed to investigate factors related to health behaviors among patients with Type 2 Diabetes Mellitus in Lumpee Subdistrict, Thai Mueang District, Phangnga Province, in 2026. The population consisted of 358 patients with Type 2 Diabetes Mellitus. The sample size was calculated using Daniel's formula, yielding 195 participants. Systematic random sampling was employed. Data were collected using a questionnaire consisting of four parts: personal characteristics, health perception, social support, and health behaviors. The questionnaire was validated for content validity by three experts and tested for reliability using Cronbach's alpha coefficient, which was 0.898. Data were analyzed using Pearson's correlation coefficient at a significance level of 0.05.The results showed that health perception was at a high level (66.67%) ($\bar{X}$ = 2.66, S.D. = 0.497), social support was at a moderate level (59.49%) ($\bar{X}$ = 2.38, S.D. = 0.508), and health behaviors were at a high level (90.77%) ($\bar{X}$ = 2.90,S.D. = 0.336), respectively.The correlation analysis revealed that factors positively associated with health behaviors among patients with Type 2 Diabetes Mellitus in Lumpee Subdistrict, Thai Mueang District, Phangnga Province, at the statistical significance level of 0.05 were health perception (r = 0.374, p-value < 0.001) and social support (r = 0.232, p-value = 0.001), respectively.

Keywords : Health perception, Social support, Health behavior, Type 2 diabetes

[1] Lumpee Subdistrict Health Promoting Hospital, Thai Mueang District, Phangnga Province, E-mail: Phungjai49266@gmail.com

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของทั่วโลกและมีแนวโน้มผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง สาเหตุเกิดจากการดำเนินชีวิตและปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนไป ข้อมูลจาก IDF Diabetes Atlas พบว่า 1 ใน 10 คน ทั่วโลกป่วยด้วยโรคเบาหวานมากถึง 537 ล้านคน และเสียชีวิตมากกว่า 4 ล้านคนต่อปี คาดว่าภายในปี 2573 จะเพิ่มขึ้นเป็น 643 ล้านคน และภายในปี 2588 จะเพิ่มมากถึง 783 ล้านคน ผู้ป่วยโรคเบาหวานมากกว่า 90% เป็นโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 และเกือบครึ่งหนึ่งยังไม่ได้รับการวินิจฉัย สำหรับประเทศไทยพบว่า 1 ใน 10 คน ป่วยด้วยโรคเบาหวาน 6.5 ล้านคน โดยส่วนใหญ่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2(กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค,2566)

สถานการณ์ผู้ป่วยโรคเบาหวานจังหวัดพังงา พบว่า มีจำนวนเพิ่มมากขึ้น โดยปี 2566-2568 พบผู้ป่วยเบาหวาน 6.19 ,7.84 และ 6.86 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ ในอำเภอท้ายเหมือง มีผู้ป่วยเบาหวานเป็นอันดับหนึ่งของจังหวัดพังงา ปี 2566-2568 มีผู้ป่วยเบาหวาน 67,760.57, 81,892.03 และ 76,056.65 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ ในเขตตำบลลำภี ปี 2566- 2568 พบ ผู้ป่วยเบาหวาน 68,979.03, 73,438.44, 75,317.07 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพังงา,2568)

จากการประเมินผู้ป่วยในพื้นที่ พบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานมีภาวะแทรกซ้อนเพิ่มมากขึ้น โดยพบภาวะแทรกซ้อนโรคไต (ร้อยละ 2.23) แผลเบาหวานที่เท้า (ร้อยละ1.12) โรคหลอดเลือดสมอง (ร้อยละ 0.84) และโรคจอประสาทตาเสื่อมจากเบาหวาน(ร้อยละ 0.28)โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลลำภีและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบกปุย,2568) ซึ่งส่วนใหญ่เป็นปัญหาที่มีสาเหตุมาจากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ตั้งแต่การรับประทานอาหาร ขาดการออกกำลังกาย การขจัดความเครียด การดื่มสุรา การสูบบุหรี่ การรักษา และการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เขตตำบลลำภี อำเภอท้ายเหมือง จังหวัดพังงา อาทิ ปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้ด้านสุขภาพ และแรงสนับสนุนทางสังคม เพื่อหาแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวาน ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน ซึ่งผลการศึกษาสามารถนำองค์ความรู้ไปเป็นพื้นฐานในการพัฒนาระบบการให้บริการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมในการควบคุมป้องกันโรค และให้การสนับสนุนการดำเนินงานทั้งภาครัฐและภาค ประชาชนให้สอดคล้องกับบริบทของชุมชน อันจะนำไปสู่การพัฒนารูปแบบพฤติกรรมสุขภาพที่ดีของผู้ป่วยเบาหวาน เพื่อให้สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุข มีคุณภาพชีวิตที่ดี ไม่เป็นภาระต่อครอบครัวและสังคมต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานในเขตตำบลลำภี อำเภอท้ายเหมือง จังหวัดพังงา

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research study) โดยกำหนดตัวแปรอิสระได้แก่ ตัวแปรอิสระ คือ 1) คุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคเบาหวาน 2) การรับรู้ด้านสุขภาพ ((Rosenstock,1974) 3) แรงสนับสนุนทางสังคม (House, 1981) ตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือน มกราคม พ.ศ.2569 – มิถุนายน พ.ศ.2569

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือ ที่ผู้ป่วยเบาหวานที่ขึ้นทะเบียนเป็นผู้ป่วยในเขตตำบลลำภี อำเภอท้ายเหมือง จังหวัดพังงา ปีงบประมาณ พ.ศ.2569 จำนวน 358 คน กำหนดเกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อาศัยอยู่ในพื้นที่จริงอย่างน้อย 6 เดือนขึ้นไป ที่ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน สื่อสารภาษาไทยอ่านออกเขียนได้ เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ ไม่สมัครใจตอบแบบสอบถาม เจ็บป่วยในช่วงเก็บข้อมูลจนไม่สามารถให้ข้อมูลได้ มีประวัติบกพร่องด้านความจำ คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตร Daniel (2010) กำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ 95% ค่าความคลาดเคลื่อนสามารถยอมรับได้เท่ากับ 0.05 ได้กลุ่มตัวอย่าง เท่ากับ 195 คน ใช้วิธีการสุ่มแบบมีระบบ (Systematic Random Sampling) เพื่อเลือกรายชื่อผู้ป่วยเบาหวานเป็นกลุ่มตัวอย่าง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย 4 ส่วน

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ประกอบด้วยเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา การประกอบอาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ระยะเวลาการป่วยเป็นโรค ระดับน้ำตาลสะสม (HbA1C) ประวัติญาติสายตรงป่วยเป็นโรคเบาหวาน ผู้ที่ทำหน้าที่หลักในการดูแล

ส่วนที่ 2 การรับรู้ด้านสุขภาพ ประกอบด้วย การรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันภาวะแทรกซ้อน การรับรู้อุปสรรค

ของการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ลักษณะข้อคำถามแบบประมาณค่า 5 ระดับคือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ส่วนที่3 แรงสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วย แรงสนับสนุนภายในครอบครัว แรงสนับสนุนจากชุมชน และแรงสนับสนุนจากบุคลากรสาธารณสุข ลักษณะข้อคำถามแบบประมาณค่า 5 ระดับคือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ส่วนที่4 พฤติกรรมสุขภาพพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ตามหลัก 3อ 2ส. ประกอบด้วย การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การไม่ดื่มสุรา/การไม่สูบบุหรี่ การใช้ยา การพบแพทย์ตามนัด การป้องกันภาวะแทรกซ้อน ลักษณะข้อคำถามแบบประมาณค่า 5 ระดับคือ ปฏิบัติมากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด

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)

แบบสอบถามนี้สร้างขึ้นจากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง และนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา นำแบบสอบถามไปทดลองใช้คำนวนค่าความเที่ยง (Reliability) ด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach, 1997) เท่ากับ 0.898

การวิเคราะห์ข้อมูล

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

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้ดำเนินการขอความเห็นชอบจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยนอร์ทเทิร์น เอกสารรับรองเลขที่ NREC 0059 /2569 รับรองวันที่ 26 มกราคม 2569

ผลการศึกษาวิจัย

จากการวิเคราะห์ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 195 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (59.00 %) ช่วงอายุอยู่ระหว่าง 60-75 ปี (51.28%) ($\bar{X}$=67.22 ,S.D.=12.581,Min=30, Max= 84) สถานภาพสมรส (77.44%) ระดับการศึกษาประถมศึกษา (83.08%) ส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกรรม (46.67%) มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนอยู่ในช่วง 7,000 – 13,000 บาท (65.64%) ($\bar{X}$=10961.5,S.D.=6639.254,Min=3,000, Max= 60,000) ระยะป่วยส่วนใหญ่ประมาณ 2 -10 ปี (66.15%)

($\overline{X}$=7.28,S.D.=5.525,Min=1, Max=20) มีระดับน้ำตาลสะสม (HbA1C) อยู่ในช่วง 6.5-7.5 (57.95%) ($\overline{X}$=7.12,S.D.=0.891,Min=6, Max=11) โรคร่วมที่พบมากที่สุดคือไขมันในหลอดเลือด (38.97%) มีประวัติญาติสายตรงป่วยส่วนใหญ่เป็นพี่น้องร่วมบิดามารดา (37.95%) และมีสามี/ภรรยาเป็นผู้ดูแล (71.28%)

การรับรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ภาพรวมมีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง (66.67%) ($\overline{X}$=2.66, S.D.=0.497) แรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง (59.49%) ($\overline{X}$ =2.38, S.D.=0.508) และพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ภาพรวมอยู่ในระดับสูง (90.77%) ($\overline{X}$ =2.90, S.D.=0.336) (ตามตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการรับรู้ด้านสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานตำบลลำภี (n=195)

ตัวแปรอิสระ	ระดับ						Mean	S.D.
	สูง		ปานกลาง		ต่ำ			
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ		
การรับรู้ด้านสุขภาพ	130	66.67	63	32.31	2	1.03	2.66	0.497
1.การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรก...	193	98.97	-	-	2	1.03	2.98	0.202
2.การรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดภาวะ...	126	64.62	67	34.36	2	1.03	2.64	0.503
3.การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันภาวะ...	182	93.33	11	5.64	2	1.03	2.92	0.303
4.การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันภาวะ...	48	24.62	145	74.36	2	1.03	2.24	0.449
แรงสนับสนุนทางสังคม	77	39.49	116	59.49	2	1.03	2.38	0.508
1.แรงสนับสนุนจากครอบครัว	86	44.10	107	54.87	2	1.03	2.43	0.517
2.แรงสนับสนุนจากชุมชน	70	35.90	123	63.08	2	1.03	2.35	0.498
3.แรงสนับสนุนจากบุคลากรสาธารณสุข	84	43.08	109	55.90	2	1.03	2.42	0.513

ตัวแปรอิสระ	ระดับ						Mean	S.D.
	สูง		ปานกลาง		ต่ำ			
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ		
พฤติกรรมสุขภาพ	177	90.77	16	8.21	2	1.03	2.90	0.336
1.การรับประทานอาหาร	178	91.28	15	7.69	2	1.03	2.90	0.330
2.การออกกำลังกาย	65	33.33	128	65.64	2	1.03	2.32	0.490
3.การจัดการด้านอารมณ์	183	93.85	10	5.13	2	1.03	2.93	0.296
4.การไม่ดื่มสุรา/การไม่สูบบุหรี่	186	95.38	7	3.59	2	1.03	2.94	0.272
5.การรับประทานยา	79	40.51	108	55.38	8	4.10	2.36	0.561
6.การพบแพทย์ตามนัด	45	23.08	147	75.38	3	1.54-	2.22	0.448
7.การป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน	119	61.03	70	35.90	6	3.08	2.58	0.554

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ตามตารางที่2 ผลการวิเคราะห์ตัวแปรอิสระที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ การรับรู้ด้านสุขภาพ (r=0.374, P-value<0.001) แรงสนับสนุนทางสังคม (r=0.232, P-value<0.001) ตามลำดับ

ตารางที่ 4 สัมประสิทธ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ระหว่างการรับรู้ด้านสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน เขตตำบลลำภี อำเภอท้ายเหมือง จังหวัดพังงา

ปัจจัย	พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2		
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (r)	P-value	ระดับความสัมพันธ์
การรับรู้ด้านสุขภาพ ตามหลัก3อ2ส	0.374	<0.001	มีความสัมพันธ์ทางบวก
- การรับรู้โอกาสเสี่ยง	0.576	<0.001	มีความสัมพันธ์ทางบวก
- การรับรู้ความรุนแรง	0.357	<0.001	มีความสัมพันธ์ทางบวก
- การรับรู้ประโยชน์	0.377	<0.001	มีความสัมพันธ์ทางบวก

ปัจจัย	พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2		
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (r)	P-value	ระดับความสัมพันธ์
- การรับรู้อุปสรรค	0.195	0.006	ความสัมพันธ์ทางบวก
แรงสนับสนุนทางสังคม	0.232	<0.001	มีความสัมพันธ์ทางบวก
- แรงสนับสนุนจากครอบครัว	0.255	<0.001	มีความสัมพันธ์ทางบวก
- แรงสนับสนุนจากชุมชน	0.214	0.003	มีความสัมพันธ์ทางบวก
- แรงสนับสนุนจากบุคลากร	0.250	<0.001	มีความสัมพันธ์ทางบวก

การอภิปรายผล

การรับรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เขตตำบลลำภี อำเภอท้ายเหมือง จังหวัดพังงา (P-value<0.001) ผลการศึกษาดังกล่าวสามารถอธิบายได้ตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model: HBM) ของ Rosenstock (1974) ซึ่งเสนอว่าการที่บุคคลจะตัดสินใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพนั้น ขึ้นอยู่กับการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงในการเกิดโรคหรือภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค การรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม และการรับรู้ถึงอุปสรรคในการปฏิบัติ หากบุคคลตระหนักว่าการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอย่างเหมาะสมจะช่วยลดความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนได้ และจะมีแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพตนเองมาก ผลการศึกษาครั้งนี้จึงสนับสนุนแนวคิดของ Rosenstock (1974) และสอดคล้องกับการศึกษาของวราภรณ์ และคณะ (2567) รวมทั้ง Alshammari et al. (2023) ที่ศึกษาว่าการรับรู้ถึงความเสี่ยงและความรุนแรงของโรค รวมถึงการตระหนักถึงประโยชน์ของการดูแลตนเอง เป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพและการป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้ ผลการศึกษายังสะท้อนให้เห็นว่าการส่งเสริมการเพื่อป้องกันผลกระทบด้านสุขภาพผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุวิพรรณ มาปู่ และคณะ (2568) พบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนอยู่ในระดับสูง

การรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวาน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 (r=0.357, P-value<0.001) ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่า เมื่อผู้ป่วยตระหนักถึงความรุนแรงของโรคและผลกระทบที่อาจเกิดขึ้น ไม่ว่าจะเป็นภาวะแทรกซ้อน ความพิการ หรือการเสียชีวิต จะมีแนวโน้มปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมมากขึ้น ซึ่งจากการศึกษาพบว่า ภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานอาจทำให้สูญเสียอวัยวะหรือพิการได้ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ของ Rosenstock

(1974) และ Becker (1974) ที่อธิบายว่าการรับรู้ความรุนแรงรับรู้ด้านสุขภาพผ่านการให้ความรู้และการสื่อสารสุขภาพอย่างเหมาะสมในระดับชุมชนและสถานบริการสาธารณสุข อาจเป็นกลยุทธ์สำคัญในการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพและยกระดับผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานในระยะยาว เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า

การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพมากที่สุด (r=0.576, P-value<0.001) อธิบายได้ว่า ผู้ป่วยตระหนักถึงความเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน เช่น โรคไต โรคหัวใจ ภาวะจอประสาทตาเสื่อม หรือแผลที่เท้า จะมีแนวโน้มในการดูแลสุขภาพตนเองและปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมมากขึ้น ทั้งในด้านการรับประทานยา การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการติดตามการรักษา เช่น การรับประทานยาเบาหวานให้ถูกต้องตามแพทย์สั่งสามารถทำให้คุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Rosenstock (1974) ตามทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ที่อธิบายว่าการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหรือภาวะแทรกซ้อนเป็นปัจจัยสำคัญที่กระตุ้นให้บุคคลเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของโรค ผลการศึกษานี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของศิริ ทวิชศรี (2567) ซึ่งพบว่าการรับรู้ความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$ = 4.34, S.D. = 0.47) และเป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยอธิบายว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานตระหนักถึงความเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนจะมีแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพของตนเองมากขึ้น

การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน พบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพ (r=0.377, P-value<0.001) แสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยที่ตระหนักถึงประโยชน์ของการดูแลสุขภาพ เช่น การพบแพทย์ตามนัด และรับประทานยาตามแผนการรักษา จะช่วยป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ สะท้อนให้เห็นว่าการมองเห็นผลลัพธ์เชิงบวกของการดูแลตนเองเป็นแรงจูงใจสำคัญที่ส่งเสริมการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน ผลการศึกษาดังกล่าวสอดคล้องกับแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model: HBM) ของ Rosenstock (1974) ที่อธิบายว่า การรับรู้ประโยชน์ (perceived benefits) เป็นองค์ประกอบสำคัญที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจแสดงพฤติกรรมสุขภาพ ดังนั้น การส่งเสริมให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงประโยชน์ของการควบคุมโรคเบาหวานอย่างต่อเนื่องจึงเป็นกลไกสำคัญในการกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม และยังสอดคล้องกับการศึกษาของวิรยุทธ สนธิเมือง (2565) ที่พบว่าการรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติมีความสัมพันธ์ในทิศทางเดียวกันกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานในกลุ่มชาวเลอูรักลาโว้ย อำเภอเกาะลันตา จังหวัดกระบี่ โดยผู้ที่เห็นคุณค่าของการดูแลสุขภาพมีแนวโน้มปฏิบัติตนตามคำแนะนำด้านสุขภาพได้ดีกว่า และสอดคล้องกับการศึกษาของ Ağralı และคณะ (2022) ที่รายงานว่าการรับรู้ประโยชน์เป็นองค์ประกอบสำคัญที่ช่วยส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย

โรคเบาหวาน รวมถึงการศึกษาของ Park และคณะ (2025) ที่พบว่าการรับรู้ประโยชน์ของการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่องในผู้ป่วยโรคเบาหวาน

การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน พบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพเช่นกัน (r=0.195, P-value=0.006)แม้ว่าความสัมพันธ์จะอยู่ในระดับต่ำ แต่มีนัยสำคัญทางสถิติ สะท้อนให้เห็นว่าเมื่อผู้ป่วยสามารถรับรู้ เข้าใจ และจัดการกับอุปสรรคที่เกิดขึ้นในการดูแลสุขภาพ เช่น ผู้ป่วยเบาหวานต้องตรวจเลือดเพื่อติดตามการทำงานของค่าไตทุกปี ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ ศตวรรษ บัวจร (2568) ที่พบว่าการรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง และการรับรู้การดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 แสดงให้เห็นว่าการรับรู้ด้านต่าง ๆ ตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) มีบทบาทสำคัญต่อการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองและการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน เมื่อพิจารณารายข้อของการรับรู้เกี่ยวกับการป้องกันภาวะแทรกซ้อน พบว่ากลุ่มตัวอย่างให้ความสำคัญกับการตรวจติดตามภาวะแทรกซ้อนประจำปี โดยเฉพาะการตรวจการทำงานของไตและการตรวจตา ซึ่งสะท้อนว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ตระหนักถึงความจำเป็นของการคัดกรองภาวะแทรกซ้อนอย่างสม่ำเสมอ ข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุดคือ “การรับประทานยารักษาโรคเบาหวานไม่ตรงเวลา จะทำให้ควบคุมเบาหวานได้ยาก”

แรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยเบาหวาน ประกอบด้วย แรงสนับสนุนจากครอบครัว แรงสนับสนุนจากชุมชน และแรงสนับสนุนจากบุคลากรสาธารณสุข ในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง (59.49%) จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยโรคเบาหวานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r=0.232, P-value=0.001) แสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว ชุมชน และบุคลากรสาธารณสุข จะมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีมากขึ้น สอดคล้องกับแนวคิดแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support Theory) ที่อธิบายว่า การได้รับกำลังใจ คำแนะนำ ความช่วยเหลือ และการดูแลจากบุคคลรอบข้าง จะช่วยส่งเสริมให้บุคคลสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Hasan และคณะ (2024) ที่รายงานว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2(r = 0.370, p = 0.001) และการทบทวนวรรณกรรมของ Almubaid (2024) ที่สรุปว่าการสนับสนุนจากครอบครัว บุคลากรสาธารณสุข และเครือข่ายทางสังคมมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมการควบคุมโรค

แรงสนับสนุนจากครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 (r=0.255, P-value<0.001) ซึ่งอธิบายได้ว่า ครอบครัวเป็นบุคคลใกล้ชิดที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วย เช่น ด้านการจัดอาหาร การเตือนรับประทานยา การพาไปพบแพทย์ และการให้กำลังใจ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีแรงจูงใจใน

การดูแลสุขภาพตนเองมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ สุจิตรา บุญประสิทธิ์ และคณะ (2563) ศึกษา ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการจัดการตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ พบว่า การได้รับคำแนะนำและแรงสนับสนุนจากครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.01$) และสอดคล้องกับการศึกษาของ ธานี นามม่วง (2566) ทีระบุ ถึงความสำคัญของการได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวโดยระบุว่าผู้ป่วยที่มีแรงสนับสนุนจากคนใกล้ชิด ทั้งด้านอารมณ์ และการช่วยเหลือในชีวิตประจำวัน จะมีกำลังใจและความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองที่ดีขึ้น และสอดคล้องกับการศึกษาของ Boonruangsak และคณะ (2025) ที่พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคม โดยเฉพาะจากครอบครัว มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

แรงสนับสนุนจากชุมชน พบว่า มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ($r=0.214$, P-value=0.003) แสดงให้เห็นว่าเมื่อผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนจากบุคคลหรือกลไกในชุมชน เช่น การเยี่ยมบ้าน การติดตามโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) การจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ หรือการมีเครือข่ายช่วยเหลือในพื้นที่ จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีแรงจูงใจและความต่อเนื่องในการดูแลตนเองมากขึ้น ทั้งในด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยา และการติดตามระดับน้ำตาลในเลือด สะท้อนให้เห็นถึงบทบาทของชุมชนในฐานะแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่ช่วยเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม เมื่อผู้ป่วยเบาหวานมีปัญหาเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ ผลการศึกษาดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของสุธี พรหมรักษา (2567) ที่พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 และการศึกษาของขันธรักษาและคณะ (2564) ซึ่งรายงานว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีส่วนช่วยส่งเสริมพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

แรงสนับสนุนจากบุคลากรสาธารณสุข มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ($r=0.250$, P-value<0.001) แสดงให้เห็นว่าเมื่อผู้ป่วยได้รับข้อมูลข่าวสาร คำแนะนำ การให้คำปรึกษาและการติดตามดูแลจากบุคลากรสาธารณสุขอย่างต่อเนื่อง จะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการดูแลตนเอง ส่งผลให้สามารถปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างเหมาะสม ทั้งในด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยา และการติดตามระดับน้ำตาลในเลือด ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาของ นริศรา เบ้าพิลา และคณะ (2564) ที่พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมและการเข้าถึงบริการสุขภาพมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่2 พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลเชิงบวกต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง โดยผู้ป่วยที่ได้รับการสนับสนุนจากบุคลากรสุขภาพ ครอบครัว และบุคคลใกล้ชิด

ข้อเสนอแนะ

หน่วยงานและบุคลากรสาธารณสุขควรร่วมกันส่งเสริมการรับรู้และพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างต่อเนื่อง เช่น การให้ความรู้ การจัดโปรแกรมตามหลัก 3อ2ส การให้คำปรึกษาและติดตามเชิงรุก ควบคู่กับการสนับสนุนจากครอบครัว ชุมชน และอาสาสมัครสาธารณสุข เพื่อช่วยเสริมแรงจูงใจในการดูแลตนเอง ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและลดความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนของโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ

เอกสารอ้างอิง

กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. (2566). สถานการณ์โรคเบาหวานในประเทศไทย. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.

ขันธรักษา, อ., ธีระวิวัฒน์, ม., & อิมามี, น. (2564). ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ความสามารถตนเองกับพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. วารสารสุขศึกษา, 44(2), 156–170.

ธานี นามม่วง. (2566). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด จังหวัดสุรินทร์. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน, 9(1), 170–180.

นฤมล โสรัจจ์ และคณะ. (2568). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดชัยภูมิ. วารสารวิชาการพยาบาลและสุขภาพ, 1(1), 1–18.

นริศรา เบ้าพิลา, ฉวีวรรณ บุญสุยา, & คัติยา อีวาโนวิช. (2564). พฤติกรรมการดูแลตนเองและการใช้ยาในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการที่ศูนย์บริการสาธารณสุขเขตกรุงธนใต้. วารสารโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์, 17(2), 74–89.

วราภรณ์ ศรีจันทร์พาล และคณะ. (2567). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน จังหวัดพะเยา.

วิรยุทธ สนธิเมือง. (2565). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานในกลุ่มชาวเลอูรักลาโว้ย อำเภอเกาะลันตา จังหวัดกระบี่. มหาราชนครศรีธรรมราชเวชสาร, 5(2), 68–78.

วิรีรัตน์ เวโยบุตร, & อพิณยา วงศ์พิริยะโยธาร. (2568). The relationships between health beliefs, perceived self-efficacy, 40(2). https://doi.org/10.60099/jtnmc.v40i02.271781

ศตวรรษ บัวจร. (2568). ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานในคลินิกหมอครอบครัวหนองตูม อำเภอกงไกรลาศ จังหวัดสุโขทัย [วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิตไม่ได้ตีพิมพ์].

ศิริ ทวิชศรี. (2567). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลปากน้ำหลังสวน จังหวัดชุมพร. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน, 10(2), 55–68.

ศิริรัตน์ ศิริจันทร์. (2564). พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่มาใช้บริการโรงพยาบาลดอนตูม จังหวัดนครปฐม. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน, 6(2), 1–13.

สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย. (2565). แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2565. ส

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพังงา. (2568). รายงานสถานการณ์ผู้ป่วยโรคเบาหวานจังหวัดพังงา ปี 2566–2568.

สุจิตรา บุญประสิทธิ์, และคณะ. (2563). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการจัดการตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้. วารสารพยาบาลทหารบก, 21(2

สุธี พรหมรักษา. (2565). การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ และแรงสนับสนุนทางสังคมกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ตำบลสำโรง อำเภอหนองสองห้อง จังหวัดขอนแก่น. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น, 4(1), 35–52. https://he02.tci-thaijo.org/index.php/jkkpho/article/view/256994

สุวิพรรณ มาปู่. (2568). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในหน่วยบริการปฐมภูมิโรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราช องค์ที่ 17 อำเภอสองพี่น้อง จังหวัดสุพรรณบุรี. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี, 8(1), 100–116.

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลลำภี/บกปุย. (2568). รายงานภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคเบาหวานในพื้นที่ตำบลลำภี. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลลำภี/บกปุย.

Received: 9 Jul 2026 ; **Revised:** 24 Jul 2026
Accepted: 31 Jul 2026

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมในชมรมผู้สูงอายุ เขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลลำแก่น อำเภอท้ายเหมือง จังหวัดพังงา

สุวรรณี ชัยกิจ [1]

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนามีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมในชมรมผู้สูงอายุเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลลำแก่นอำเภอท้ายเหมืองจังหวัดพังงา กลุ่มประชากรคือ ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมในชมรมผู้สูงอายุ เขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลลำแก่น อำเภอ ท้ายเหมืองจังหวัดพังงา จำนวน 126 คน โดยใช้สูตรการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างของ Daniel เท่ากับ 101 ราย ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบมีระบบ เก็บข้อมูลโดยใช้ แบบสอบถามประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ คุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมของผู้สูงอายุ แบบสอบถามผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน และนำไปทดลองใช้เพื่อวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟ่าครอนบาค เท่ากับ 0.757 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันที่ระดับความเชื่อมั่น 0.05 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง (97.03%) ($\bar{X}$=2.98, S.D.=0.141) พฤติกรรมสุขภาพมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง (88.12%) ($\bar{X}$=2.88, S.D.=0.325) ตามลำดับ ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลลำแก่น อำเภอท้ายเหมือง จังหวัดพังงา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 ได้แก่ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (r=0.296, P-value=0.003)

คำสำคัญ : ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, พฤติกรรม, ผู้สูงอายุติดสังคม

[1] **โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลลำแก่น อำเภอท้ายเหมือง จังหวัดพังงา, E-mail: suwanneec84@gmail.com**

Factor associated with health behavior among Active Aging. in Elderly club, Lamkaen Sub-district Health Promoting Hospital, Thai Mueang District, Phangnga Province.

Suwannee Chaikit [1]

Abstract

This descriptive research aimed to study factors associated with health behaviors of Active Aging. in Elderly club, Lumkaen Sub-district Health Promoting Hospital, Thai Mueang District, Phangnga Province. The population consisted of 126 Active Aging. in Elderly club, Lumkaen Sub-district Health Promoting Hospital, Thai Mueang District, Phangnga Province. A sample size of 101 individuals was calculated using Daniel's formula. Systematic sampling was employed. Data was collected using a questionnaire comprising three parts: personal characteristics of the elderly, health literacy, and health behaviors. The questionnaire underwent content validity testing by three experts and was pilot-tested for reliability using Cronbach's alpha coefficient, yielding a value of 0.757. Data were analyzed using Pearson's correlation coefficient at a confidence level of 0.05. The results of the data analysis revealed that Health literacy scores were high on average (97.03%) ($\overline{x}$ =2.98, S.D.=0.141), and health behavior scores were also high on average (88.12%) ($\overline{x}$ 2.88, S.D.=0.325), respectively. Correlation analysis revealed that health literacy (r=0.296, P-value=0.003) was significantly positively correlated with health behavior among elderly individuals in the Lam Kaen Sub-district Health Promotion Hospital area, Thai Mueang District, Phang Nga Province ($p < 0.05$).

Keywords: Health Literacy, Health behavior, Active Aging Elderly

[1] Lumkan Sub-district Health Promoting Hospital Thai Mueang District, Phangnga Province, E-mail: suwanneec84@gmail.com

บทนำ

จากการเปลี่ยนโครงสร้างประชากรวัยสูงอายุในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา สถานการณ์ปัจจุบันพบว่าจำนวนผู้สูงอายุมีเพิ่มขึ้นทั้งในระดับโลกและประเทศ สำหรับประเทศไทย ปี 2569 พบว่ามีประชากรทั้งหมดประมาณ 65.8 ล้านคน คน เป็นผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีอายุ60ปีขึ้นไปจำนวนประมาณ 14.3 ล้านคน หรือคิดเป็นอัตรา 22.07% (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2569) อันเป็นผลมาจากความก้าวหน้าทางการแพทย์และการสาธารณสุขทำให้ประชากรมีอายุยืนยาวขึ้น (สำนักงานสถิติแห่งชาติ,2566) สถานการณ์จำนวนผู้สูงอายุจังหวัดพังงา พบว่า ผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยปี พ.ศ.2566-2568 มีจำนวนผู้สูงอายุเท่ากับ 44,110, 45,396 และ 47,225 คน ตามลำดับ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพังงา, 2569) เมื่อพิจารณาในระดับอำเภอท้ายเหมือง พบว่า มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเช่นกัน โดยในปี พ.ศ.2566-2568 มีจำนวนผู้สูงอายุเท่ากับ 8,318, 8,477 และ 8,800 คน คิดเป็นร้อยละ 19.88,20.67 และ 21.72 ตามลำดับ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพังงา, 2569) นอกจากนี้ จากรายงานข้อมูลผลการประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ หรือ ADL (Activities of Daily Living) ในปีพ.ศ 2566-2568 สามารถดำเนินการประเมิน ADL ให้แก่ผู้สูงอายุในเขตตำบลลำแก่นได้ครอบคลุมร้อยละ 87.30, 94.59 และ 95.63 ตามลำดับ โดยสามารถแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุออกเป็น 3 กลุ่มดังนี้ กลุ่ม 1 ผู้สูงอายุติดสังคม จำนวน 771, 895 และ 922 คน กลุ่ม 2 ผู้สูงอายุติดบ้าน จำนวน 7, 11 และ 18 คน และกลุ่ม 3 ผู้สูงอายุ ติดเตียง จำนวน4 , 1และ 0คน ตามลำดับ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพังงา, 2569)

ปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุมีผลให้การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง จึงมีผู้สูงอายุติดบ้านและติดเตียงมากขึ้น จากผลการตรวจคัดกรองปัญหาสุขภาพ ปี พ.ศ. 2568 พบว่าผู้สูงอายุมีโรคประจำตัวและปัญหาสุขภาพส่วนใหญ่ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน และปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุเขตจังหวัดพังงาพบว่าเป็นปัญหาซึ่งมีสาเหตุมาจากพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด (ร้อยละ 1.70) โรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 55.74 โรคเบาหวาน (ร้อยละ 23.36) ตามลำดับ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพังงา, 2569)

ด้วยแนวโน้มของผู้สูงอายุที่เพิ่มมากขึ้น จึงนำมาซึ่งภาวะเสี่ยงและปัญหาด้านสุขภาพของ ผู้สูงอายุที่เพิ่มมากขึ้นเช่นกัน เนื่องจากผู้สูงอายุเป็นวัยแห่งความเสื่อมถอยในทุกๆด้าน ทำให้เกิดอาการเจ็บป่วยตามวัย ผลจากการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในผู้สูงอายุทั้งทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และสังคมจะส่งผลกระทบถึงกันและกันไม่รู้จบ มีผลให้คุณภาพชีวิต ของผู้สูงอายุลดน้อยลง (พรปวรณ์ ทรัพย์แก้ว, 2559) ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ในชมรมผู้สูงอายุเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลลำแก่น อำเภอท้ายเหมืองจังหวัดพังงา เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปเป็นแนวทางในการวางแผนและพัฒนารูปแบบ

การดูแลและส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ได้ตรงกับปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุ ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี สุขภาพดีและมีความสุข

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมในชมรมผู้สูงอายุเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลลำแก่น อำเภอท้ายเหมือง จังหวัดพังงา

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research study) โดยกำหนดตัวแปรอิสระ ได้แก่ 1) คุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ 2) ความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยใช้แนวคิดของ Nubean (2000) 3) พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ตัวแปรตาม ได้แก่ พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมในชมรมผู้สูงอายุ ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือน มกราคม-มิถุนายน 2569

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือ ผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกของชมรมผู้สูงอายุเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลลำแก่น จังหวัดพังงา ปีพ.ศ 2568 จำนวน 126 คน เกณฑ์คัดเข้า คือ ผู้สูงอายุ 60 -76 ปี ที่ขึ้นทะเบียนเป็นสมาชิกชมรมไม่น้อยกว่า 6 เดือน เป็นผู้สูงอายุติดสังคมที่มีสุขภาพร่างกายแข็งแรง โดยใช้ผลการประเมิน ADL เกณฑ์การคัดออก คือ ผู้ที่ไม่สมัครใจตอบคำถามและเจ็บป่วยในช่วงเก็บข้อมูลจนไม่สามารถให้ข้อมูลได้ คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ทราบจำนวนประชากรที่แน่นอนโดยใช้สูตร Daniel (2010) กำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ 95% ค่าความคลาดเคลื่อนสามารถยอมรับได้เท่ากับ 0.05 ได้กลุ่มตัวอย่าง 101 คน ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบมีระบบ (Systematic Random Sampling)เพื่อเลือกรายชื่อผู้สูงอายุเป็นกลุ่มตัวอย่าง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย 3 ส่วน

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา การประกอบอาชีพ รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน ค่าดัชนีมวลกาย ผู้ดูแลหลัก โรคประจำตัว

ส่วนที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ประกอบด้วย ความรู้ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพ การเข้าถึงข้อมูลบริการสุขภาพ การสื่อสารสุขภาพ การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง และการจัดการตนเองให้ปลอดภัย ลักษณะข้อคำถามแบบประมาณค่า 5 ระดับคือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย การรับประทานอาหาร การจัดการความเครียด การออกกำลังกาย การไม่ดื่มแอลกอฮอล์/ไม่สูบบุหรี่และการตรวจสุขภาพ ลักษณะคำถามแบบประมาณค่า 5 ระดับคือ ปฏิบัติมากที่สุด มาก ปานกลาง เล็กน้อย ไม่ปฏิบัติเลย

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)

แบบสอบถามนี้สร้างขึ้นจากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา นำแบบสอบถามไปทดลองใช้คำนวณค่าความเที่ยง(Reliability) ด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาค (Cronbach, 1997) เท่ากับ 0.757

สถิติวิเคราะห์

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

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้ดำเนินการขอความเห็นชอบจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ของ วิทยาลัยนอร์ทเทิร์น เอกสารรับรองเลขที่ NREC0063/2569 ลงวันที่ 26 มกราคม 2569

ผลการศึกษาวิจัย

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (73.27%)ช่วงอายุอยู่ระหว่าง 63-70 ปี (50.50%) ($\bar{X}$=67.28, S.D.=4.501, Min=60,Max=76) มีสถานภาพสมรสคู่ แต่งงาน/อยู่ด้วยกัน (74.26%) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา(82.18%) ประกอบอาชีพเกษตรกรรม เท่ากับ อาชีพค้าขาย/เจ้าของกิจการ (27.72%) รายได้ส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 4,000 -30,000 บาท(69.31%)($\bar{X}$=14195 ,S.D.= 12.102,Min=600,Max=75,000) มีดัชนีมวลกาย(BMI)เกินปกติ(75.25%)มีผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นสามีภรรยา(53.47%) ประวัติการมีโรคประจำตัว (67.33%) โดยเป็นโรคความดันโลหิตสูง(82.35%)รองลงมาเป็นโรคเบาหวาน (17.65%)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ในภาพรวมมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง (97.03%) ($\bar{X}$=2.98, S.D.=0.141) และพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ในภาพรวมมีคะแนนเฉลี่ยในระดับสูง (88.12%) ($\bar{X}$=2.88, S.D.=0.325) ตามลำดับ (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ กลุ่มติดสังคมในชมรมผู้สูงอายุเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลลำแก่น อำเภอท้ายเหมืองจังหวัดพังงา (n=101)

ตัวแปรอิสระ	ระดับคะแนน						Mean	S.D.
	สูง		ปานกลาง		ต่ำ			
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ		
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	**98**	**97.03**	**2**	**1.98**	-	-	**2.98**	**0.141**
1.ความรู้ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพตาม3อ2ส	92	91.09	9	8.91	-	-	2.91	0.286
2.การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ	83	82.18	18	17.82	-	-	2.82	0.385
3.การสื่อสารเพิ่มความเชี่ยวชาญ	96	95.05	5	4.95	-	-	2.95	0.218
4.การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ	92	91.09	9	8.91	-	-	2.91	0.286
5.การตัดสินใจเลือกปฏิบัติ	76	75.25	25	24.75	-	-	2.75	0.434
6.การจัดการตนเอง	95	94.06	6	5.94	-	-	2.94	0.238
พฤติกรรมสุขภาพ	**89**	**88.12**	**11.88**	**12**	-	-	**2.88**	**0.325**
1.การรับประทานอาหาร	70	69.31	31	30.69	-	-	2.69	0.464
2.การจัดการความเครียด	28	27.72	73	72.28	-	-	2.28	0.450
3.การออกกำลังกาย	46	45.54	55	54.46	-	-	2.46	0.500
4.การไม่ดื่มแอลกอฮอล์/ไม่สูบบุหรี่	95	94.06	6	5.94	-	-	2.94	0.238
5.การตรวจสุขภาพ	82	81.19	19	18.8	-	-	2.81	0.393

ผลการวิเคราะห์ตัวแปรอิสระที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมในชมรมผู้สูงอายุ เขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลลำแก่นอำเภอท้ายเหมืองจังหวัดพังงา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (r=0.296, P-value=0.003) (ตาราง2)

ตารางที่ 2 สัมประสิทธ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมในชมรมผู้สูงอายุเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลลำแก่น อำเภอท้ายเหมืองจังหวัดพังงา

ตัวแปรอิสระ	พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ		
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (r)	P-value	ระดับความสัมพันธ์
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	0.296	0.003	มีความสัมพันธ์ทางบวก
-ความรู้ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพ	0.422	<0.001	มีความสัมพันธ์ทางบวก
-การเข้าถึงข้อมูลบริการสุขภาพ	0.229	0.021	มีความสัมพันธ์ทางบวก
-การสื่อสารทางเพิ่มความเชี่ยวชาญ	0.198	0.047	มีความสัมพันธ์ทางบวก
-การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ	0.315	0.001	มีความสัมพันธ์ทางบวก
-การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง	0.286	0.004	มีความสัมพันธ์ทางบวก
-การจัดการตนเองให้ปลอดภัย	0.296	0.003	มีความสัมพันธ์ทางบวก

การอภิปรายผล

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ประกอบด้วยความรู้ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพ การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ การสื่อสารเพิ่มความเชี่ยวชาญ การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องและการจัดการตนเองให้ปลอดภัย ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุมีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง (97.03%) จากผลการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่าความรอบรู้ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมในชมรมผู้สูงอายุเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลลำแก่น อำเภอท้ายเหมืองจังหวัดพังงาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r=0.296, P-value=0.003) สามารถอธิบายเหตุผลได้ว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพสูง จะมีพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมตามหลัก 3อ. 2ส.ซึ่งเป็นแนวคิดสำคัญในการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อของกระทรวงสาธารณสุข มีความเข้าใจที่ถูกต้องในการปฏิบัติต่อสุขภาพ สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพ ประเมิน วิเคราะห์ สื่อสาร และใช้ข้อมูลด้านสุขภาพในการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม ส่งผลให้เกิด

พฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องตามหลัก 3อ.2ส. ได้แก่ การรับประทานอาหารที่เหมาะสม การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การหลีกเลี่ยงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และบุหรี่ รวมถึงการตรวจสุขภาพประจำปี ซึ่งสอดคล้องกับ (Nutbeam, 2000) กล่าวว่า ความรู้ ความเข้าใจและทักษะทางสังคมที่กำหนดแรงจูงใจและความสามารถเฉพาะบุคคลในการเข้าถึง ทำความเข้าใจและใช้ข้อมูลเพื่อให้เกิดสุขภาพที่ดี รวมทั้งการพัฒนาความรู้และทำความเข้าใจในบริบทด้านสุขภาพ การเปลี่ยนแปลงทัศนคติและแรงจูงใจเพื่อก่อให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมด้วยตนเอง สมรรถนะของบุคคลที่สามารถเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน ใช้ความรู้และสื่อสารเกี่ยวกับสารสนเทศด้านสุขภาพตามต้องการเพื่อส่งเสริมและรักษาสุขภาพที่ดีตลอดชีวิต (ปี ค.ศ.2008) ทักษะทางสังคมและการคิดวิเคราะห์ที่กำหนดแรงจูงใจและความสามารถของบุคคลในการเข้าถึงข้อมูล เข้าใจและใช้ข้อมูลเพื่อส่งเสริมและรักษาสุขภาพ นอกจากนี้ ยังสอดคล้องกับแนวคิดของกองสุขศึกษากล่าวว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นความสามารถและทักษะในการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพ ความรู้ ความเข้าใจเพื่อวิเคราะห์ประเมินและจัดการตนเองรวมทั้งสามารถชี้แนะเรื่องสุขภาพแก่บุคคล ครอบครัว และชุมชนได้ (กองสุขศึกษา, 2559)ผลการศึกษายังสอดคล้องกับงานวิจัยของ พัชรินทร์ มณีพงศ์ และคณะ (2564) พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ.2ส. ของประชาชนจังหวัดสุพรรณบุรี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ0.05 รวมทั้งทุกองค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพในทิศทางเดียวกัน อีกทั้งยังสอดคล้องกับงานวิจัยของ สมใจ อ่อนละเอียด (2564) ศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุพฤฒพลัง จังหวัดนครปฐม พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุพฤฒพลัง จังหวัดนครปฐม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r=0.315, P-value<0.001) และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ ศศิประภา จั่นเพชร และประจบ จิตกล้า (2566) ศึกษาความสัมพันธ์ของความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ตำบลวังลึก อำเภอศรีสาโรง จังหวัดสุโขทัย พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3 อ.2ส. มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r=0.599, p-value <0. 0.05) สอดคล้องกับงานวิจัยนางสุรางค์ ใจเกื้อ ศึกษาการศึกษาความรอบรู้และพฤติกรรมสุขภาพ 3อ2ส ของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรัง ตำบลบางเตย อำเภอสามโคก จังหวัดปทุมธานีพบว่าพบว่า มีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับสูง (r = 0.858, p-value<0.05)

ความรอบรู้ด้านความรู้ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส (Cognitive skill) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมในชมรมผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r=0.422, P-value<0.001) ซึ่งเป็นด้านที่มีความสัมพันธ์สูงที่สุด สามารถอธิบายได้ว่าความรู้ความเข้าใจเป็นความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับแนวทางปฏิบัติทางด้านสุขภาพ (Nutbeam,2000) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้สูงอายุที่มีความรู้ความ

เข้าใจเกี่ยวกับหลักการดูแลสุขภาพตามแนวทาง 3อ.2ส. จึงสามารถนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ในการดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างเหมาะสม ส่งผลให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี สอดคล้องกับงานวิจัยของ อนันต์ อิฟติคาร และศวิตา ศรีสวัสดิ์ (2565) ศึกษาปัจจัยความรอบรู้ทางสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ จังหวัดสกลนคร พบว่า ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value<0.005) รวมทั้งสอดคล้องกับงานวิจัยของ สมใจ อ่อนละเอียด (2564) ศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุพฤฒพลัง จังหวัดนครปฐม พบว่า ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญที่สามารถทำนายพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุได้ (P-value<0.001)

ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ (Access skill)มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมในชมรมผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r=0.229, P-value=0.021) อธิบายเหตุผลได้ว่า ผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพจากสื่อต่างๆเช่น โทรทัศน์ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อสม.และเข้าถึงบริการสุขภาพได้สะดวกเนื่องจากชุมชนตำบลลำแก่นเป็นชุมชนกึ่งเมืองการเดินทางค่อนข้างสะดวก ผู้สูงอายุกลุ่มนี้สามารถเดินทางได้ด้วยตนเองเป็นส่วนใหญ่ นอกจากนี้การเข้าร่วมชมรมผู้สูงอายุ มีโอกาสในการเข้าร่วมประชุมอบรมเพิ่มพูนความรู้ จึงได้รับข้อมูลที่ถูกต้องและทันสมัย ส่งผลให้สามารถปฏิบัติตนด้านสุขภาพได้อย่างเหมาะสม สอดคล้องกับงานวิจัยของ ดวงเนตร ธรรมกุล และธณิดา พุ่มท่าอิฐ (2564) ศึกษาปัจจัยความรอบรู้ทางสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการของผู้สูงอายุเขตบางพลัด กรุงเทพมหานครพบว่าการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ (P-value<0.001)

ด้านการสื่อสารเพิ่มความเชี่ยวชาญ (communication skill) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมในชมรมผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r=0.198, P-value=0.047) อธิบายเหตุผลได้ว่า ผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างมีทักษะการสื่อสารที่ดี สามารถ อ่าน สอบถาม แลกเปลี่ยนข้อมูลกับกลุ่มในชมรมหรือผู้รู้และทำความเข้าใจคำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์หรือสาธารณสุขได้อย่างถูกต้อง ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมสอดคล้องกับงานวิจัยของ เพ็ญนิดา ปัตถานังและปณิธาณ กระสังข์ (2567) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ตำบลวังดาล อำเภอกบินทร์บุรี จังหวัดปราจีนบุรี พบว่า พบว่าการสื่อสารเพิ่มความเชี่ยวชาญมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value=0.001)

ด้านการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ (Media Literacy skill) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมในชมรมผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r=0.315, P-value=0.001) ทั้งนี้เนื่องมาจาก

ผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างสามารถวิเคราะห์และประเมินข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพได้ สามารถเลือกใช้ข้อมูลที่ถูกต้องและหลีกเลี่ยงข้อมูลที่ผิดพลาดหรือหลอกลวงได้ ทำให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม สอดคล้องกับงานวิจัยของ สมใจ อ่อนละเอียด (2564) ศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุพฤฒพลัง จังหวัดนครปฐม พบว่า การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value=0.001)

ด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง (Decision skill) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมในชมรมผู้สูงอายุเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลลำแก่นอำเภอท้ายเหมืองจังหวัดพังงาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r=0.286, P-value=0.004) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างสามารถตัดสินใจเลือกแนวทางการดูแลสุขภาพที่เหมาะสม จึงมีแนวโน้มในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องมากขึ้น สอดคล้องกับงานวิจัยของ สมใจ อ่อนละเอียด (2564) ศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุพฤฒพลัง จังหวัดนครปฐม พบว่า การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุพฤฒพลัง (P-value<0.001) และสอดคล้องกับงานวิจัยของผกามาศ เพ็งศรี ศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ตำบลจรเข้ร้อง อำเภอไชโย จังหวัดอ่างทองพบว่า การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการเสริมสร้างสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง (r=0.586, p<0.01)

ด้านการจัดการตนเองให้มีความปลอดภัย(self management skill) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมในชมรมผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ(r=0.296, P-value=0.003) อธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุที่สามารถกำหนดทางเลือก/หลีกเลี่ยงการปฏิบัติและจัดการพฤติกรรมสุขภาพของตนเองได้จะมีความสามารถในการป้องกันความเสี่ยงและส่งเสริมสุขภาพของตนเองได้ดียิ่งขึ้น ส่งผลให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมสอดคล้องกับงานวิจัยของ ดวงเนตร ธรรมกุล และธณิดา พุ่มท่าอิฐ (2564) ศึกษาปัจจัยความรอบรู้ทางสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการของผู้สูงอายุเขตบางพลัด กรุงเทพมหานครพบว่าการจัดการตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ (P-value<0.001)

ข้อเสนอแนะจากงานวิจัย

1.จากข้อมูลระดับความรอบรู้ด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องมีน้อยที่สุด หน่วยงานสาธารณสุขหรือชมรมผู้สูงอายุจึงควรจัดกิจกรรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยเน้นการฝึกทักษะการตัดสินใจในการบริโภค

อาหาร การเลือกสื่อสุขภาพและการจัดการตนเองในการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง เพื่อเพิ่มระดับความรอบรู้และส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่เหมาะสม เช่น การออกกำลังกาย การเลือกรับประทานอาหาร

2. จากข้อมูลระดับพฤติกรรมการจัดการความเครียดมีระดับต่ำสุดจึง.ควรจัดกิจกรรมฝึกทักษะการจัดการความเครียดสำหรับผู้สูงอายุอย่างสม่ำเสมอ เช่น การฝึกสมาธิ การฝึกการหายใจเพื่อผ่อนคลายและการส่งเสริมการปรึกษาหารือในกลุ่มสมาชิกชมรม

3. ควรนำข้อมูลที่ได้จากการวิจัยนี้ ไปใช้เป็นฐานข้อมูลในการทำวิจัยกึ่งทดลองเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคเรื้อรังต่อไป

เอกสารอ้างอิง

กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2569). สถิติผู้สูงอายุของประเทศไทย. สืบค้นจาก https://www.dop.go.th

ดวงเนตร ธรรมกุล และธณิดา พุ่มท่าอิฐ. (2564). ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ทางสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุเขตบางพลัด กรุงเทพมหานคร. วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ, 15(1), 106–118.

ผกามาศ เพ็งศรี. (2568). ความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ตำบลจรเข้ร้อง อำเภอไชโย จังหวัดอ่างทอง. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอ่างทอง.

พัชรินทร์ มณีพงศ์, วลัยพร สิงห์จุ้ย, สัญญา สุขขำ, และเพชรน้อย ศรีผุดผ่อง. (2564). ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพ 3อ2ส ของประชาชนจังหวัดสุพรรณบุรี. The Journal of Boromarjonani College of Nursing Suphanburi, 4(1), 84–93.

เพ็ญนิดา ปัตถานัง และปณิธาน กระสังข์. (2567). ความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในพื้นที่ตำบลวังดาล อำเภอกบินทร์บุรี จังหวัดปราจีนบุรี. AEE-T Journal of Environmental Education, 15(2), 1–16.

ศศิประภา จั่นเพชร และประจบ จิตกล้า. (2565). ความสัมพันธ์ของความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ตำบลวังลึก อำเภอศรีสำโรง จังหวัดสุโขทัย. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวังลึก อำเภอศรีสำโรง จังหวัดสุโขทัย.

สมใจ อ่อนละเอียด. (2564). ความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ พฤฒพลัง จังหวัดนครปฐม. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ, 14(3), 333–345.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพังงา. (2569).รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุและข้อมูลสุขภาพจังหวัดพังงา. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพังงา.

สุรางค์ ใจเกื้อ. (2568). การศึกษาความรอบรู้และพฤติกรรมสุขภาพ 3อ2ส ของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรัง ตำบลบางเตย อำเภอสามโคก จังหวัดปทุมธานี [รายงานการวิจัย]. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปทุมธานี. เผยแพร่ 6 พฤษภาคม 2568.

อนันต์ อิฟติคาร และศวิตา ศรีสวัสดิ์. (2566). ปัจจัยความรอบรู้ทางสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ จังหวัดสกลนคร. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 16(2), 31–40.

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

Cronbach, L. J. (1951). Essentials of psychological testing (3rd ed.). Harper.

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 the 21st century. Health Promotion International, 15(3), 259–267.

Received: 12 Jul 2026 ; Revised: 26 Jul 2026
Accepted: 2 Aug 2026

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ เขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาเตย อำเภอท้ายเหมือง จังหวัดพังงา

พิมพิกุล แสงไสย [1]

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนามีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ ประชากรคือ ผู้สูงอายุเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาเตย อำเภอท้ายเหมือง จังหวัดพังงา จำนวน 954 คน โดยใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างของ Daniel เท่ากับ 288 ราย ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบมีระบบ เก็บข้อมูลโดยใช้ แบบสอบถามประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ คุณลักษณะส่วนบุคคล ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ แบบสอบถามผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน และนำไปทดลองใช้เพื่อวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟ่าครอนบาค เท่ากับ 0.927 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันที่ระดับความเชื่อมั่น 0.05 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุมีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง (98.96%) ($\overline{X}$=2.98, S.D.=0.101) พฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุมีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง (98.96%) ($\overline{X}$=2.98, S.D.=0.101) ตามลำดับ ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ เขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาเตย อำเภอท้ายเหมือง จังหวัดพังงา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (r=0.772, P-value< 0.001)

คำสำคัญ : ความรอบรู้ด้านสุขภาพ,พฤติกรรม, การพลัดตกหกล้ม, ผู้สูงอายุ

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาเตย อำเภอท้ายเหมือง จังหวัดพังงา, E-mail: phimphikul818@gmail.com

Factor associated with behavior of fall prevention among Elderly, Natoey Sub- district Health Promoting Hospital, Thai Mueang District, Phangnga Province.

Phimphikul Saengsai [1]

Abstract

Descriptive research aimed to study association between health literacy and behavior of fall prevention among Elderly. Population was 954 Elderly in Natoey Sub- district Health Promoting Hospital, Thai Mueang District , Phangnga Province , in 2026 fiscal year and the sample size calculating used Daniel formula for 288 cases, and systematic random sampling was determining. Data collected by questionnaires composed of; characteristic, health 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 0.836, an association analysis used Pearson product moment correlation coefficient. The resulted found that health literacy classified in high level (98.96%) ($\bar{X}$=2.98, S.D.=0.101) health behavior of fall prevention classified in high level (98.96%) ($\bar{X}$=2.98, S.D.=0.498), respectively. An association found that health literacy was positively associated with behavior of fall prevention among Elderly in Natoey Sub- district Health Promoting Hospital, Thai Mueang District , Phangnga Province with statistic significant (r=0.772, P-value <0.001)

Keywords: Health literacy, behavior of fall prevention, Elderly

[1] Registered Nurse, Professional Level Natoey Sub- district Health Promoting Hospital, Thai Mueang District, Phangnga Province.
E-mail: phimphikul818@gmail.com

บทนำ

ประเทศไทยกำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ โดยมีสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง อันเป็นผลมาจากความก้าวหน้าทางการแพทย์และการสาธารณสุข ซึ่งส่งผลให้ประชากรมีอายุยืนยาวขึ้น (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2566) อย่างไรก็ตาม การเพิ่มขึ้นของอายุยังมาพร้อมกับการเสื่อมถอยของระบบร่างกายหลายด้าน เช่น ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก ระบบประสาท การมองเห็น และการทรงตัว ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่ก่อให้เกิดการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ (World Health Organization 2018) การพลัดตกหกล้มถือเป็นหนึ่งในสาเหตุหลักของการบาดเจ็บ การสูญเสียความสามารถในการดำรงชีวิตประจำวัน ความพิการ และการเสียชีวิตในผู้สูงอายุ (Centers for Disease Control and Prevention [CDC], 2020) จากรายงานการพยากรณ์การพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ พ.ศ.2560-2564 พบความชุกของการพลัดตกหกล้มภายใน 6 เดือน คิดเป็นร้อยละ 18.5 ผลจากการพลัดตกหกล้มพบว่าเกิดการบาดเจ็บของสมองหรือผิวหนังได้รับความบอบช้ำ อย่างรุนแรง ประมาณ ร้อยละ 5-10 และประมาณ ร้อยละ 3.5-6 คือ เกิดภาวะกระดูกหัก ในระยะเวลา 1 ปีหลังจากพลัดตกหกล้ม พบว่ามีการสูญเสียความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวัน ประมาณร้อยละ 50 และมีอัตราเสียชีวิตถึงร้อยละ 20-30 ทำให้เกิดกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจำนวนมากขึ้น ส่งผลกระทบทางด้านสุขภาพจิต ผู้สูงอายุที่เคยหกล้มจะเกิดความกังวล ตลอดจนสูญเสียความมั่นใจในการเดินและกลัวการพลัดตกหกล้มซ้ำ จนทำให้สูญเสียความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง

สถานการณ์จำนวนผู้สูงอายุในเขตจังหวัดพังงา พบว่ามีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น โดยปี พ.ศ.2566-2568 มีจำนวนผู้สูงอายุเท่ากับ 44,110, 45,396 และ 47,225 คน ตามลำดับข้อมูลผลการประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ หรือ ADL (Activities of Daily Living) สามารถแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุออกเป็น 3 กลุ่มดังนี้ กลุ่ม 1 ผู้สูงอายุติดสังคม จำนวน 39,467, 41,479และ 40,498 คน ตามลำดับ กลุ่ม 2 ผู้สูงอายุติดบ้าน จำนวน 559, 573 และ 611 คน ตามลำดับ ส่วนกลุ่ม 3 ผู้สูงอายุติดเตียง มีจำนวน 201, 212 และ 184 คน ตามลำดับ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพังงา, 2569)

อำเภอท้ายเหมือง จังหวัดพังงา มีจำนวนผู้สูงอายุ ปี พ.ศ.2568 จำนวน 8,800 คน จากประชากรทั้งหมด คิดเป็น ร้อยละ 19.32 เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aging Society) ในพื้นที่ตำบลนาเตย มีจำนวนผู้สูงอายุ 1,832 จากประชากรทั้งหมดจำนวน 9,415 คน คิดเป็นร้อยละ 19.46 ยังคงเป็นระดับการก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aging Society) จากการคัดกรองการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ โดยมีกลุ่มติดเตียง 23 คน คิดเป็นร้อยละ 1.26 ติดบ้าน 30 คน ร้อยละ 1.64 และติดสังคม 1,768 คน ร้อยละ 96.51 จากผลการคัดกรองความเสื่อม (Geriatric

Syndromes) ใน พ.ศ. 2566-2568 พบว่ามีเสี่ยงภาวะพลัดหกล้มสูงขึ้น จำนวน 131, 156 และ195 คน ตามลำดับ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพังงา, 2569)

พฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุได้รับอิทธิพลจากหลายปัจจัย ทั้งปัจจัยส่วนบุคคล เช่น อายุ เพศ ภาวะสุขภาพ ประสบการณ์การพลัดตกหกล้ม ความรู้ และทัศนคติ ปัจจัยด้านจิตสังคม เช่น การรับรู้ความเสี่ยง ความเชื่อด้านสุขภาพ และการสนับสนุนจากครอบครัว รวมถึงปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม เช่น สภาพที่อยู่อาศัย ความปลอดภัยของพื้นที่ และสิ่งอำนวยความสะดวก (Rubenstein & Josephson, 2006; Gillespie et al., 2012) ปัจจัยเหล่านี้ล้วนมีความสัมพันธ์และส่งผลต่อการตัดสินใจและการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในชีวิตประจำ

จากความสำคัญดังกล่าว ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ เขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาเตย อำเภอท้ายเหมือง จังหวัดพังงา เพื่อนำข้อมูลมาพัฒนาเป็นโปรแกรมการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ เขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาเตย อำเภอท้ายเหมือง จังหวัดพังงา

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ เขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาเตย อำเภอท้ายเหมือง จังหวัดพังงา

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research Study) โดยกำหนด ตัวแปรอิสระ ได้แก่ 1) คุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ 2) ความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยใช้แนวคิดของ Nutbeam (2000) ตัวแปรตาม ได้แก่ พฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้สูงอายุที่มีรายชื่อตามทะเบียนบ้าน ในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล นาเตย ปีงบประมาณ พ.ศ.2569 ที่มีอายุ 60-69 ปี จำนวน 954 คน เป็นผู้สูงอายุติดสังคม ผู้ที่มีสุขภาพร่างกายแข็งแรง โดยใช้ผลการประเมิน ADL จะต้องไม่ติดบ้าน ไม่ติดเตียง ไม่เคยมีประวัติพลัดตกหกล้ม เกณฑ์คัดออก คือ ผู้ที่ไม่สมัครใจตอบแบบสอบถามและ เจ็บป่วยในช่วงเก็บข้อมูลจนไม่สามารถให้ข้อมูลได้ เคยพลัดตกหกล้มอย่างรุนแรงจนต้องนอนพักรักษาในโรงพยาบาล คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตร Daniel (2010) กำหนดระดับความ

เชื่อมั่นที่ 95% ค่าความคลาดเคลื่อนสามารถยอมรับได้เท่ากับ 0.05 ได้กลุ่มตัวอย่าง เท่ากับ 288 คนใช้วิธีการสุ่มแบบมีระบบ(Systematic Random Sampling) เพื่อเลือกรายชื่อผู้สูงอายุ เป็นกลุ่มตัวอย่าง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลคือ แบบสอบถาม ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา การประกอบอาชีพ รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน โรคประจำตัว ผู้ที่ทำหน้าที่หลักในการดูแล

ส่วนที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ประกอบด้วย ความรู้ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพ, การเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพและบริการสุขภาพ, การสื่อสารเพิ่มความเชี่ยวชาญทางสุขภาพ, การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ, การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง ,การจัดการตนเองให้มีความปลอดภัย ลักษณะข้อคำถามแบบประมาณค่า 5 ระดับคือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย การออกกำลังกายและยืดเหยียดกล้ามเนื้อ โรคประจำตัว การรับประทานอาหาร ด้านสิ่งแวดล้อม 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 ท่าน ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา นำแบบสอบถามไปทดลองใช้คำนวณค่าความเที่ยง (Reliability) ด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach, 1997) เท่ากับ 0.927

สถิติวิเคราะห์

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

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้ดำเนินการขอความเห็นชอบจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยนอร์ทเทิร์น เอกสารรับรองเลขที่ NREC 0058/2569 ลงวันที่ 26 มกราคม 2569

ผลการศึกษาวิจัย

ผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (63.58%) ช่วงอายุระหว่าง 61-67 ปี (60.42%) ($\bar{X}$=63.99, S.D.=2.624, Min=60 Max=69) มีสถานภาพสมรสคู่/แต่งงาน/อยู่ด้วยกัน (68.75%) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (71.88%) ประกอบอาชีพเกษตรกรรม (41.67%) มีเพียง 1.39 % เป็นข้าราชการบำนาญทำให้มีเงินเดือนในการใช้จ่าย รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน 5,000-20,000บาท (72.22%) ($\bar{X}$=10876.04, S.D.=7,528.08, Min=800 Max=45,000) ค่าดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์สมส่วน (80.56%) รองลงมาคือภาวะผอม (10.76%) และภาวะอ้วน (8.68%) สำหรับผู้ที่ทำหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุเป็นหลักคือ สามีและ/หรือภรรยา (52.43%) รองลงมาคือบุตรของผู้สูงอายุ (42.36%) ประวัติการมีโรคประจำตัวของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว (47.22%) โรคประจำตัวที่ผู้สูงอายุป่วยเป็นอันดับแรก คือโรคไขมันในเลือดสูง (24.65%) โรคความดันโลหิตสูง (20.83%) โรคเบาหวาน (4.17%) และโรคเก๊าท์ (1.04%) ตามลำดับ

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ภาพรวมมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง (98.96%) ($\bar{X}$=2.98, S.D.=0.101) เมื่อพิจารณาความรอบรู้ด้านสุขภาพ จำแนกรายด้านที่มีคะแนนในระดับสูง ได้แก่ ด้านความรู้ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพ ($\bar{X}$=2.98, S.D.=0.130) ด้านการเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพและบริการสุขภาพ ($\bar{X}$=2.98, S.D.=0.101) ด้านการสื่อสารเพิ่มความเชี่ยวชาญทางสุขภาพ ($\bar{X}$=2.98, S.D.=0.101) ด้านการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ ($\bar{X}$=2.98, S.D.=0.130) ด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง ($\bar{X}$=2.99, S.D.=0.831) ด้านการจัดการตนเองให้มีความปลอดภัย ($\bar{X}$=2.99, S.D.=0.831) ตามลำดับ (ตามตารางที่ 1)

พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ภาพรวมมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง (98.96%) ($\bar{X}$=2.98, S.D.=0.101) เมื่อพิจารณาพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ จำแนกรายด้านที่มีคะแนนในระดับสูง ได้แก่ การออกกำลังกายและยืดเหยียดกล้ามเนื้อ ($\bar{X}$=2.98, S.D.=0.117) โรคประจำตัว ($\bar{X}$=2.97, S.D.=0.143) การรับประทานอาหาร ($\bar{X}$=2.99, S.D.=0.083) ด้านสิ่งแวดล้อม ($\bar{X}$=2.98, S.D.=0.101) ตามลำดับ (ตามตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลนาเตย (n=288)

ตัวแปรอิสระ	ระดับคะแนน						Mean	S.D.
	สูง		ปานกลาง		ต่ำ			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	**285**	**98.96**	**3**	**1.04**	**-**	**-**	**2.98**	**0.101**
1. ด้านความรู้ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพ	283	98.26	5	1.74	-	-	2.98	0.130
2. ด้านการเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพ	285	98.96	3	1.04	-	-	2.98	0.101
3. ด้านการสื่อสารเพิ่มความเชี่ยวชาญทางสุขภาพ	285	98.96	3	1.04	-	-	2.98	0.101
4. ด้านการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ	283	98.26	5	1.74	-	-	2.98	0.130
5. ด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง	286	99.31	2	0.69	-	-	2.99	0.831
6. ด้านการจัดการตนเองให้มีความปลอดภัย	286	99.31	2	0.69	-	-	2.99	0.831
พฤติกรรมสุขภาพ	**285**	**98.96**	**3**	**1.04**	**-**	**-**	**2.98**	**0.101**
1. การออกกำลังกายและยืดเหยียดกล้ามเนื้อ	284	98.61	4	1.39	-	-	2.98	0.117
2. โรคประจำตัว	282	97.92	6	2.08	-	-	2.97	0.143
3. การรับประทานอาหาร	286	99.31	2	0.69	-	-	2.99	0.083
4. ด้านสิ่งแวดล้อม	285	98.96	3	1.04	-	-	2.98	0.101

จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ตามตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ตัวแปรอิสระที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาเตย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (r=0.772, P-value <0.001)

ตารางที่ 2 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ระหว่าง ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาเตย อำเภอท้ายเหมือง จังหวัดพังงา

ตัวแปรอิสระ	พฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ		
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (r)	P-value	ระดับความสัมพันธ์
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	0.772	**<0.001**	**มีความสัมพันธ์ทางบวก**
- ความรู้ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพ	0.621	<0.001	มีความสัมพันธ์ทางบวก
- การเข้าถึงข้อมูลบริการสุขภาพ	0.772	<0.001	มีความสัมพันธ์ทางบวก
- การสื่อสารเพิ่มความเชี่ยวชาญทางสุขภาพ	0.510	<0.001	มีความสัมพันธ์ทางบวก
- การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ	0.796	<0.001	มีความสัมพันธ์ทางบวก
- การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง	0.629	<0.001	มีความสัมพันธ์ทางบวก
- การจัดการตนเองให้มีความปลอดภัย	0.629	<0.001	มีความสัมพันธ์ทางบวก

การอภิปรายผลและสรุปผล

ปัจจัยความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย ความรู้ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพ, การเข้าถึงข้อมูลบริการสุขภาพ, การสื่อสารเพิ่มความเชี่ยวชาญทางสุขภาพ, การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ, การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง, การจัดการตนเองให้มีความปลอดภัย ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาเตย อำเภอท้ายเหมือง จังหวัดพังงา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value <0.001) สามารถอธิบายตามแนวคิดของ Nutbeam กล่าวว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง 1) ความรู้ ความเข้าใจ และทักษะทางสังคมที่กำหนดแรงจูงใจและความสามารถเฉพาะบุคคลในการเข้าถึง ทำความเข้าใจและใช้ข้อมูลเพื่อให้เกิดสุขภาพที่ดี รวมทั้งการพัฒนาความรู้และทำความเข้าใจในบริบทด้านสุขภาพการเปลี่ยนแปลงทัศนคติและแรงจูงใจเพื่อก่อให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมด้วยตนเอง 2) สมรรถนะของบุคคลที่สามารถเข้าถึงเข้าใจ ประเมินใช้ความรู้และสื่อสารเกี่ยวกับสารสนเทศด้านสุขภาพตามต้องการ เพื่อส่งเสริมและรักษาสุขภาพที่ดีตลอดชีวิต 3) ทักษะทางสังคมและการคิดวิเคราะห์ที่กำหนดแรงจูงใจและความสามารถเของบุคคลในการเข้าถึงข้อมูล เข้าใจและใช้ข้อมูลเพื่อส่งเสริมและรักษาสุขภาพแสดงว่าบุคคลที่มี ความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับสูงจะส่งผลต่อพฤติกรรมการปฏิบัติตนในเรื่องการดูแลสุขภาพ เนื่องจากมีการเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร มีทักษะในการสื่อสารที่ดี การรู้เท่าทัน

สื่อสามารถวิเคราะห์ประเมินเนื้อหาจากสื่อ ตัดสินใจเลือกแนวทางปฏิบัติที่ถูกต้องในการป้องกันและควบคุมโรค และสามารถจัดการตนเองเพื่อป้องกันการเกิดโรคได้ดี มีการสร้างความตระหนักในการช่วยป้องกันและควบคุมโรค ให้แก่คนในครอบครัว เพื่อนบ้านและชุมชนได้ขึ้น (Nutbeam, 2000) และสอดคล้องกับแนวคิดของกองสุขศึกษา กล่าวว่า การรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นความสามารถและทักษะในการเข้าถึงข้อมูล ความรู้ความเข้าใจเพื่อ วิเคราะห์ แปลความหมาย ประเมินข้อมูลข่าวสารและบริการทางสุขภาพที่ได้รับการถ่ายทอดและเรียนรู้ จากสิ่งแวดล้อม ซึ่ง ทำให้บุคคลนั้นเกิดการจูงใจตนเองให้มีการตัดสินใจเลือกวิถีทางในการดูแลตนเอง การจัดการสุขภาพของตนเอง เพื่อป้องกันและคงรักษาสุขภาพที่ดีของตนเองไว้เสมอ รวมทั้งชี้แนะเรื่องสุขภาพส่วนบุคคล ครอบครัวและชุมชน เพื่อให้บุคคลมีสุขภาพที่ดี (กองสุขศึกษา,2554) ผลการวิจัยสอดคล้องกับการวิจัยของ ณัฐชยา พวงทอง และ อรวรรณ กีรติสิโรจน์ (2565) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ อำเภอทัพ ทัน จังหวัดอุทัยธานี ซึ่งพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการพลัดตกหกล้มเป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพล ต่อพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ กล่าวคือ ผู้สูงอายุที่มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพสูง จะมี พฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มที่เหมาะสมมากขึ้น และสอดคล้องกับตวงรัตน์ อัคนาน และคณะ (2564) พบว่า การรับรู้เกี่ยวกับการพลัดตกหกล้มมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ ไทยในชุมชน อำเภอเดิมบางนางบวช จังหวัดสุพรรณบุรีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 โดยผู้สูงอายุที่มี ความรู้และความเข้าใจด้านสุขภาพที่ดี จะสามารถปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการหกล้มได้อย่างเหมาะสมมากกว่าผู้ที่มี ระดับความรู้ด้านสุขภาพต่ำ

ความรู้ความเข้าใจในทาง สุขภาพ (Cognitive skill) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันการ พลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.772$, P-value <0.001) สามารถอธิบายเหตุผลได้ว่า ความรู้ความเข้าใจเป็นความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับแนวทางปฏิบัติทางด้านสุขภาพ (Nutbeam, 2000) ซึ่ง ตรงกับกับแนวคิดของ Green Kreuter (1991) กล่าวว่า ความรู้เป็นปัจจัยที่สำคัญที่จะส่งผลต่อการแสดง พฤติกรรมหรือการกระทำอย่างใดอย่างหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพของแต่ละบุคคล ซึ่งความรู้เป็นปัจจัยที่ เกิดจากการเรียนรู้หรือประสบการณ์ได้จากการเรียนรู้ของแต่ละบุคคล จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลวิจัยพบว่า มี ระดับความรู้ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง (98.26%) โดยมีความเข้าใจเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยง ของการพลัดตกหกล้ม เช่น โรคประจำตัว สภาพแวดล้อมภายในบ้าน และความสำคัญของการตรวจสุขภาพ ประจำปี อย่างไรก็ตาม ยังพบว่าผู้สูงอายุบางส่วนมีความรู้เกี่ยวกับบทบาทของการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ และการเลือกสวมรองเท้าที่เหมาะสมในการป้องกันการหกล้มในระดับต่ำกว่าประเด็นอื่น ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่ายังมี ช่องว่างด้านความรู้ที่ควรได้รับการส่งเสริมเพิ่มเติม

การเข้าถึงข้อมูลบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ (Access skill) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r=0.621, P-value <0.001) สามารถอธิบายเหตุผลได้ว่า ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการป้องกันการพลัดตกหกล้มจากบุคลากรสาธารณสุข อสม. สื่อโทรทัศน์ และคนในครอบครัวได้ในระดับดี ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความรู้และสามารถดูแลตนเองได้เหมาะสมกับแนวคิดของ (Nutbeam, 2000) จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลวิจัยพบว่า มีระดับการเข้าถึงข้อมูลบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง(98.96%) โดยสามารถเข้าถึงข้อมูลผ่านโทรศัพท์มือถือ สื่อออนไลน์ โทรทัศน์ และวิทยุได้เป็นอย่างดี อย่างไรก็ตาม ยังพบข้อจำกัดในการนำข้อมูลที่ได้รับไปปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และการค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับการป้องกันการพลัดตกหกล้มด้วยตนเอง ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าการเข้าถึงข้อมูลเพียงอย่างเดียวอาจยังไม่เพียงพอ หากผู้สูงอายุยังขาดทักษะในการประยุกต์ใช้ข้อมูลในชีวิตประจำวัน ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยของกมลรัตน์ กิตติพิมพันธ์ และผจงจิต ไกรถาวร (2564) ที่พบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการหกล้มมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน

ด้านการสื่อสารทางสุขภาพ (Communication skill) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r=0.510,P-value <0.001) สามารถอธิบายเหตุผลได้ว่า ผู้สูงอายุสามารถสามารถซักถาม พูดคุย และขอคำแนะนำจากบุคลากรทางสาธารณสุขหรือคนใกล้ชิดเมื่อมีปัญหาสุขภาพได้ ส่งผลให้เกิดความเข้าใจในการป้องกันการหกล้มมากขึ้น ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับแนวคิดของ Nutbeam ที่กล่าวว่า การสื่อสารเป็นองค์ประกอบสำคัญของความรอบรู้ด้านสุขภาพเชิงปฏิสัมพันธ์ (Interactive Health Literacy) ซึ่งช่วยให้บุคคลสามารถแลกเปลี่ยนข้อมูลและนำข้อมูลไปใช้ได้อย่างเหมาะสม จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุเขตมีระดับการสื่อสารทางสุขภาพส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง (98.96%) โดยสามารถเลือกวิธีการสื่อสารที่เหมาะสม รับฟังคำแนะนำจากบุคลากรสาธารณสุขและชมรมผู้สูงอายุ รวมทั้งชักชวนผู้อื่นให้ดูแลสุขภาพได้ อย่างไรก็ตาม ผู้สูงอายุบางส่วนยังมีข้อจำกัดในการอธิบายข้อมูลสุขภาพและการถ่ายทอดวิธีป้องกันการพลัดตกหกล้มให้ผู้อื่นเข้าใจ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าควรมีการพัฒนาทักษะการสื่อสารและการถ่ายทอดความรู้ด้านสุขภาพเพิ่มเติม เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถแลกเปลี่ยนเรียนรู้และนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ในการป้องกันการพลัดตกหกล้มได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

ด้านการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ (Media Literacy skill) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้ม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r= 0.796, P-value<0.001) สามารถอธิบายเหตุผลได้ว่า ผู้สูงอายุสามารถพิจารณาความน่าเชื่อถือของข้อมูลสุขภาพ และเลือกใช้ข้อมูลที่ถูกต้องในการดูแลสุขภาพของตนเอง สอดคล้องกับแนวคิดของ Nutbeam บุคคลต้องสามารถวิเคราะห์ ประเมิน และใช้ข้อมูลสุขภาพอย่างมี

วิจารณญาณ เพื่อการตัดสินใจด้านสุขภาพที่ถูกต้องจากผลการวิเคราะห์ข้อมูลวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุเมีระดับการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง (98.26%) โดยสามารถตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล เปรียบเทียบข้อมูลจากหลายแหล่ง และหลีกเลี่ยงการปฏิบัติตามข้อมูลที่ไม่น่าเชื่อถือได้ อย่างไรก็ตาม ยังพบข้อจำกัดในการตรวจสอบข้อมูลกับผู้เชี่ยวชาญและการนำข้อมูลที่ถูกต้องไปเผยแพร่หรือแนะนำผู้อื่น จึงควรส่งเสริมทักษะการประเมินข้อมูลและการใช้ข้อมูลสุขภาพอย่างรอบคอบต่อไป

ด้านการตัดสินใจ (Decision skill) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r= 0.629,P-value<0.001) สามารถอธิบายเหตุผลได้ว่า ผู้สูงอายุสามารถเลือกวิธีปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการหกล้มได้เหมาะสม เช่น การใช้ราวจับ การลุกเปลี่ยนอิริยาบถอย่างช้า ๆ และหลีกเลี่ยงพื้นที่เสี่ยง ความสามารถเฉพาะบุคคลในการเข้าถึง เข้าใจและใช้ข้อมูลทางสุขภาพเพื่อทำให้เกิดการตัดสินใจทางสุขภาพได้อย่างเหมาะสม สอดคล้องกับแนวคิดของ Nutbeam (2000) ที่อธิบายว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นความสามารถของบุคคลในการเข้าถึง ทำความเข้าใจ ประเมิน และใช้ข้อมูลด้านสุขภาพเพื่อการตัดสินใจที่เหมาะสมในการดูแลสุขภาพของตนเอง ซึ่งจะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและการป้องกันปัญหาสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุมีระดับการตัดสินใจส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง (99.31%) โดยให้ความสำคัญกับความปลอดภัยในการทำกิจกรรมประจำวัน การเลือกการออกกำลังกายที่เหมาะสม และการเลือกวิธีป้องกันการหกล้มที่สอดคล้องกับสภาพของตนเอง อย่างไรก็ตาม ผู้สูงอายุบางส่วนยังมีข้อจำกัดในการตัดสินใจหยุดกิจกรรมเมื่อเกิดอาการผิดปกติ และการเลือกใช้ข้อมูลที่น่าเชื่อถือเมื่อได้รับข้อมูลจากหลายแหล่ง จึงควรพัฒนาทักษะการประเมินสถานการณ์และการตัดสินใจด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่อง

ด้านการจัดการตนเอง (Self-management skill) ให้มีความปลอดภัยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r= 0.629, P-value<0.001) สะท้อนให้เห็นว่าผู้สูงอายุที่สามารถนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ในการดูแลสุขภาพและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเอง เช่น การออกกำลังกาย การจัดสภาพแวดล้อมภายในบ้าน และการปฏิบัติตามคำแนะนำของบุคลากรสาธารณสุข จะสามารถลดความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Nutbeam (2000) ที่มองว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพครอบคลุมถึงความสามารถในการจัดการสุขภาพของตนเอง และสอดคล้องกับผลการศึกษาของกมลรัตน์ กิตติพิมพันธ์ และผจงจิต ไกรถาวร (2564) รวมทั้งณัฐชยา พวงทอง และอรวรรณ กีรติสิโรจน์ (2565) ที่พบว่าทักษะการจัดการตนเองและความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากผลการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มี

ระดับการจัดการตนเองอยู่ในระดับสูง (99.31%) แต่ยังควรส่งเสริมการรับประทานอาหารที่เหมาะสมและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้สามารถดูแลตนเองและป้องกันการพลัดตกหกล้มได้อย่างยั่งยืน

ข้อเสนอแนะจากงานวิจัย

หน่วยงานสาธารณสุขควรจัดกิจกรรมให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการพลัดตกหกล้มแก่ผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง เพื่อเพิ่มระดับความรอบรู้และส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่เหมาะสม เช่น การออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและการทรงตัว

ข้อเสนอแนะ

1. หน่วยงานสาธารสุขควรจัดกิจกรรมให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการพลัดตกหกล้มแก่ผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง เพื่อเพิ่มระดับความรอบรู้และส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่เหมาะสม เช่นการออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและการทรงตัว

2. สำหรับการวิจัยครั้งต่อไป ควรศึกษาปัจจัยอื่นเพิ่มเติมที่อาจมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้ม เช่น การสนับสนุนทางสังคม ภาวะสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตนเอง หรือสภาพแวดล้อมในชุมชน เพื่อให้สามารถอธิบายพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุได้ครอบคลุมมากยิ่งขึ้น

3. ควรนำมีการศึกษาวิจัยในพื้นที่หรือกลุ่มประชากรที่แตกต่างกัน เพื่อเปรียบเทียบระดับการจัดการตนเองและพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ รวมทั้งอาจใช้การวิจัยเชิงทดลอง

เอกสารอ้างอิง

กรมการแพทย์. (2563). แนวทางการดูแลผู้สูงอายุเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้ม. นนทบุรี: กรมการแพทย์.

กรมอนามัย. (2564). คู่มือการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ. นนทบุรี: กรมอนามัย.

กมลรัตน์ กิตติพิมพานนท์, และผจงจิต ไกรถาวร. (2564). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ภาวะสุขภาพและความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการหกล้มกับพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน. รามาธิบดีพยาบาลสาร, 27(3), 331–342.

ณัฐชยา พวงทอง, และอรวรรณ กีรติสิโรจน์. (2565). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ อำเภอทัพทัน จังหวัดอุทัยธานี. วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล, 38(1), 73–85.

ตวงรัตน์ อัคนาน, กันธิมา ศรีหมากสุก, ธงเทพ วงษ์ศรีสังข, ชวนพิศ ศิริไพบูลย์, อิทธิพล ดวงจินดา, และศศิ

กานต์ พิลาภรณ์. (2564). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุไทยในชุมชน อำเภอเดิมบางนางบวช จังหวัดสุพรรณบุรี. วารสารวิจัยสาธารณสุข มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 14(4), 72–89.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพังงา. (2569). ข้อมูลประชากรและสุขภาพ. : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพังงา.

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

Cronbach, L. J. (1951). Essentials of psychological testing (3rd ed.). New York, NY: Harper & Brothers.

Daniel, W. W. (2010). Biostatistics: Basic concepts and methodology for the health sciences (9th ed.). New York, NY: 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.

World Health Organization. (2007). WHO global report on falls prevention in older age. Geneva, Switzerland: World Health Organization.

Received: 12 Jul 2026 Revised: 26 Jul 2026
Accepted: 2 Aug 2026

ผลของการใช้โปรแกรมการให้ความรู้ STEMI & Stroke alert ต่อความรู้สัญญาณเตือนและการปฏิบัติในการเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินเมื่อเกิดอาการของโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันและโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน ของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด โรงพยาบาลแม่จัน จังหวัดเชียงราย

รัชนีวรรณ เนาว์ชมภู [1] และ ศิริลักษณ์ พรมมาเอ้ย [2]

บทคัดย่อ

งานวิจัยแบบกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้ STEMI & Stroke alert ต่อความรู้สัญญาณเตือนและการปฏิบัติในการเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินเมื่อเกิดอาการของโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน และโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน ของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด โรงพยาบาลแม่จัน จังหวัดเชียงราย กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด จำนวน 55 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาได้แก่ โปรแกรมการให้ความรู้ที่พัฒนา ตามกรอบแนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคมของแบนดูรา ประกอบด้วย การประเมินความรู้และการปฏิบัติ,การให้ความรู้โดยใช้โปสเตอร์ STEMI & Stroke alert, นามบัตร, สื่อวิดีทัศน์ ,ฝึกปฏิบัติสถานการณ์จำลอง เครื่องมือเก็บข้อมูลได้แก่ แบบประเมินความรู้,แบบประเมินทักษะการปฏิบัติ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา Paired t-test

ผลการศึกษาพบว่า หลังการใช้โปรแกรมฯคะแนนความรู้โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จาก 1.85±1.97 คะแนน เป็น 6.2±1.28 คะแนน ($p<0.001$) ความรู้โรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันเพิ่มขึ้นเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จาก 1.75±2.34 เป็น 7.45±1.29 คะแนน ($p<0.001$) ความรู้ในการเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน เพิ่มขึ้นเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จาก 0.6±0.85 คะแนนเป็น 1.91±0.29 คะแนน ($p<0.001$) คะแนนการปฏิบัติในการเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินเมื่อเกิดสัญญาณเตือนด้านโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จาก 2.40±3.02 คะแนนเป็น 6.85±0.49 คะแนน ($p<0.001$) ด้านโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันเพิ่มขึ้นเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จาก 2.25±2.91 คะแนนเป็น 6.82±0.47 คะแนน ($p<0.001$) ผลการวิจัย ชี้ให้เห็นว่าโปรแกรมการให้ความรู้ตามกรอบแนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคมของแบนดูรา มีประสิทธิภาพในการส่งเสริมความรู้และการปฏิบัติของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด ให้เข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินได้ทันเวลา

คำสำคัญ: โปรแกรมการให้ความรู้, โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน, โรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลแม่จัน, Email : Jaocake@gmail.com
[2] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลแม่จัน, Email : Noopeach11@gmail.com

The Effects of the STEMI & Stroke Alert Educational Program on Knowledge of Warning Signs and Actions for Accessing Emergency Medical Services in Acute Myocardial Infarction and Acute Stroke Among High-Risk Cardiovascular Patients at Mae Chan Hospital, Chiang Rai Province

Ratchaneewan Noachompoo [1] and Siriluk prommaoei [2]

Abstract

The objective of this quasi-experimental research was to examine the effect of a STEMI and Stroke Alert Educational Program on patients' knowledge of warning signs and actions for accessing emergency medical services in acute myocardial infarction and acute stroke. The sample comprised 55 high-risk patients with cardiovascular disease (CVD) at Mae Chan Hospital. The research instrument was an educational program developed based on Bandura's social cognitive theory, consisting of knowledge and action assessments, a STEMI & Stroke alert poster, a name card, video media, and simulation-based learning activities. A knowledge assessment form and a performance skills assessment form were used to collect data. Descriptive statistics and a paired t-test were utilized for data analysis.

The research results demonstrated a significant increase in post-test scores for knowledge of acute myocardial infarction (from 1.85±1.97 to 6.2±1.28, $p<0.001$), acute stroke (from 1.75±2.34 to 7.45±1.29, ($p<0.001$), access to emergency medical services (from 0.6±0.85 to 1.91±0.29, $p<0.001$), and actions to access emergency medical services under warning signs of myocardial infarction (from 2.40±3.02 to 6.85±0.49, $p<0.001$) and acute stroke (from 2.25±2.91 to 6.82±0.47, ($p<0.001$). The results indicate the effectiveness of the educational program grounded on Bandura's social cognitive theory in promoting knowledge and actions among high-risk CVD patients for timely access to emergency medical services.

Keywords: Educational program, Acute myocardial infarction, Acute stroke

[1] Registered Nurse Professional Level, Maechan Hospital, Email: Jaocake@gmail.com

[2] Registered Nurse Professional Level, Maechan Hospital, Email: Noopeach11@gmail.com

บทนำ

โรคหัวใจและหลอดเลือด (cardiovascular disease :CVD) เป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตทั่วโลก องค์การอนามัยโลก (2023) รายงานว่าในปี 2562 ประชากร 17.9 ล้านคนเสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือด โดยร้อยละ 85 เกิดจากอาการหัวใจวายและโรคหลอดเลือดสมอง คิดเป็น ร้อยละ 32 ของการเสียชีวิตทั่วโลก ในปี 2564 โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับหนึ่ง เสียชีวิตถึงร้อยละ 13 ของการเสียชีวิตทั้งหมดทั่วโลก โดยตั้งแต่ปี พ.ศ. 2543 จำนวนผู้เสียชีวิตจากโรคนี้เพิ่มขึ้นมากที่สุด โดยเพิ่มขึ้น 2.7 ล้านคนเป็น 9.1 ล้านคนในปีพ.ศ. 2564 และโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับสามของโลก คิดเป็นร้อยละ 10 รองจากโรคติดเชื้อโควิด-19 ซึ่งมีการแพร่ระบาดไปทั่วโลก ในประเทศไทยพบการเสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือดเพิ่มมากขึ้น จากสถิติสาธารณสุข (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข,2566) ในปี 2562 พบอัตราการเสียชีวิตของโรคหลอดเลือดสมอง 53 ต่อแสนประชากร ในปี 2566 เพิ่มเป็น 58.3 ต่อแสนประชากร โดยพบว่า โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับสอง รองจากโรคมะเร็งทุกชนิด และโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ในปี 2562 พบอัตราตาย 31.4 ต่อแสนประชากร ในปี 2566 เพิ่มขึ้นเป็น 33.5 ต่อแสนประชากร เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับสี่ ของสาเหตุการเสียชีวิตทั้งหมด

โรคหลอดเลือดสมองเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย ที่ทำให้เกิดความพิการในระยะยาว ส่งผลต่อการดำรงชีวิต เกิดการสูญเสียทางเศรษฐกิจของผู้ป่วย ครอบครัว สังคม และประเทศชาติ เป็นหนึ่งในสาเหตุการเสียชีวิตที่สำคัญทั่วโลก การรักษาโรคหลอดเลือดสมองตีบในปัจจุบัน คือการให้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ ในระยะเวลาไม่เกิน 4.5 ชั่วโมง หรือ 270 นาที หลังเริ่มมีอาการ และการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ หรืออุดตันระยะเฉียบพลัน ผ่านสายสวนหลอดเลือดสมอง (mechanical thrombectomy) คือการรักษาด้วยการใส่สายสวนหลอดเลือดในสมอง (endovascular treatment) ภายใต้การใช้เครื่องเอกซเรย์เพื่อนำเอาลิ่มเลือดที่อุดตันออก ในระยะเวลาไม่เกิน 6 ชั่วโมง หลังเริ่มมีอาการ ซึ่งเป็นการรักษาที่มีประสิทธิภาพและเป็นความก้าวหน้าของการรักษา (Worakijthamrongchai T,2519)

โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเป็นโรคที่มีความรุนแรง เนื่องจากเมื่อเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดทำให้กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันสามารถทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ในเวลาอันรวดเร็ว การรักษาด้วยวิธีเปิดหลอดเลือดเป็นสิ่งสำคัญ จากการศึกษาเปรียบเทียบการรักษาดวยวิธี primary PCI หรือ การใหยาละลายลิ่มเลือดภายใน 3 ชั่วโมงแรกหลังผู่ปวยมีอาการ พบวาผลการรักษาของทั้งสองวิธีไมตางกัน หลังจากไดยาละลายลิ่มเลือดแล่วผู่ปวยควรถูกสงไปยังโรงพยาบาลที่สามารถทำ PCI ได้ (สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์, 2563)

ปัจจุบันประเทศไทยมีการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินอย่างต่อเนื่อง ขยายบริการครอบคลุมทุกจังหวัด ทั่วประเทศ โดยประชาสัมพันธ์ผ่านหมายเลขโทรศัพท์ 1669 การบริการการแพทย์ฉุกเฉินมีความสำคัญต่อการดูแลผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินตั้งแต่ก่อนมาถึงพยาบาล เป็นปฏิบัติการที่ช่วยให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยเบื้องต้นที่จำเป็น ตอบสนองได้รวดเร็ว ทันการณ์ (Wangsri K,2013) ศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ มีทีมพร้อมรถพยาบาลฉุกเฉินออกปฏิบัติการอย่างเร่งด่วนไปยังจุดที่ได้รับแจ้ง เพื่อลำเลียง ผู้ป่วยไปยังสถานพยาบาลที่กำหนดไว้ มีระบบการสื่อสารจากทีม EMS ถึงแพทย์ผู้เชี่ยวชาญที่กำหนดไว้ล่วงหน้า ให้สามารถแปลผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจ รวมถึงการสั่งการให้ส่งต่อไปยังสถานพยาบาลที่สามารถให้ยาละลายลิ่มเลือดหรือสถานพยาบาลที่สามารถสวนหัวใจในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเพื่อเปิดหลอดเลือดหัวใจ (สมบัติ มุ่งทวีพงษา, 2564)

โรงพยาบาลแม่จัน เป็นโรงพยาบาลทุติยภูมิ หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ให้บริการตรวจรักษาผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ผู้ป่วยตรวจรักษาทั่วไป ตลอด 24 ชั่วโมง ได้มีการจัดระบบ STEMI fast track เป็นระบบช่องทางด่วน ในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด สามารถให้ยาละลายลิ่มเลือด streptokinase ได้ตั้งแต่ปี 2552 เป็นต้นมา จากการดำเนินงาน ปี 2565 - 2567 มีผู้ป่วยเข้าสู่ระบบ STEMI fast track จำนวน 16, 27 และ 20 ราย ตามลำดับ ผู้ป่วยได้รับยาละลายลิ่มเลือด ปี 2565 - 2567 จำนวน 10,13 และ 12 ราย ตามลำดับ ระยะเวลาตั้งแต่วินิจฉัยจนถึงได้รับยาละลายลิ่มเลือดภายใน30 นาที ปี 2565-2567 ร้อยละ 50,92.30 และ 91.67 ตามลำดับ และได้พัฒนาการให้บริการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน โดยมีการ จัดระบบ Stroke fast track ในการให้ยาละลายลิ่มเลือด (rt-PA) ได้ในปี 2564 ซึ่งพบว่ามีผู้ป่วยหลอดเลือดสมองทั้งหมด ปี 2565 – 2567 จำนวน 148, 234 และ 267 รายตามลำดับ โดยผู้ป่วยหลอดเลือดสมองอาการไม่เกิน 4.5 ชั่วโมง หรือ 270 นาที เข้าเกณฑ์ให้ยาละลายลิ่มเลือดปี 2565-2567 จำนวน 18,35 และ 25 ราย ตามลำดับ ระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยมาโรงพยาบาลจนถึงได้ยาละลายลิ่มเลือดภายใน 60 นาที ปี 2565 - 2567 ร้อยละ 84.62, 87.50 และ 96 ตามลำดับ ผู้ป่วยที่มาโรงพยาบาลในระยะเวลาไม่เกิน 4.5 ชั่วโมง หรือ 270 นาที หลังเริ่มมีอาการ ปี 2565 -2567 ร้อยละ 20.94, 37.60 และ 40.07 ตามลำดับ ของผู้ป่วยหลอดเลือดสมองทั้งหมด แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังมาโรงพยาบาลล่าช้า

จากการทบทวนวรรณกรรม พบการศึกษาของ พัชรินทร์ ชมเมืองมิ่ง (2564) ที่ศึกษาประสิทธิผลของการใช้ warning sign card ต่อความรู้สัญญาณเตือน และแนวทางการจัดการเมื่อเกิดอาการของโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน และสมองขาดเลือดเฉียบพลัน ของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง พบว่า การใช้ warning sign card ช่วยให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้สัญญาณเตือนและมีแนวทางปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเพิ่มขึ้นในการจัดการเมื่อเกิดอาการของโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันและโรคสมองขาดเลือดเฉียบพลัน โดยพบว่าร้อยละ 86.9 ของ 2 กลุ่มตัวอย่าง

จะโทรศัพท์แจ้งเหตุ 1669 ขณะที่ก่อนได้รับความรู้ส่วนใหญ่จะไปโรงพยาบาลใกล้บ้านคิดเป็นร้อยละ 77.2 และพบว่าคะแนนความรู้สัญญาณเตือนและแนวการปฏิบัติตัวในการจัดการเมื่อเกิดอาการของโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันและโรคสมองขาดเลือดเฉียบพลันหลังได้รับความรู้การใช้เครื่องมือ warning sign card มีค่าเฉลี่ยคะแนนสูงกว่าก่อนได้รับความรู้อย่างมีนัยสถิติ $P<0.05$ โดยสรุปการใช้ warning sign card มีประสิทธิผลต่อความรู้สัญญาณเตือน และแนวปฏิบัติในการจัดการเมื่อเกิดอาการของโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันและโรคสมองขาดเลือดเฉียบพลัน ช่วยให้กลุ่มเสี่ยง และผู้ดูแลมีความรู้ ตะหนักถึงอาการและรับรู้อาการที่เกิดขึ้นอย่างทันท่วงที รู้จักวิธีการจัดการเมื่อเกิดอาการของโรค และต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลทันที ทำให้ได้รับการดูแลในช่วงก่อนถึงโรงพยาบาลอย่างถูกต้อง เหมาะสม รวดเร็ว

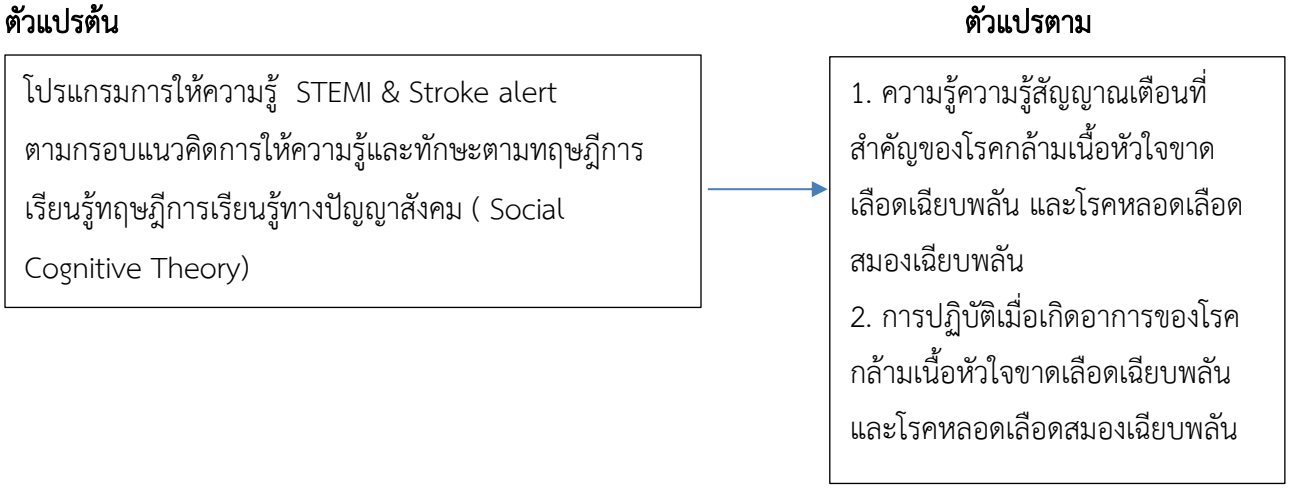
โรงพยาบาลแม่จัน ได้มีการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉิน จากสถิติการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน งานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช ปี 2565-2567 ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดมาโดยระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ร้อยละ 12.5, 3.7และ 20 ตามลำดับ และผู้ป่วยหลอดเลือดสมองมาโดยระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ปี 2565 - 2567 ร้อยละ 22.97, 12.82 และ 19.85 ตามลำดับ พบว่าผู้ป่วยมาโดยระบบการแพทย์ฉุกเฉินมีจำนวนน้อย และมาโรงพยาบาลล่าช้า ไม่ทันเวลา Golden period ซึ่งโรงพยาบาลแม่จันได้จัดทำระบบ EMS member club ในกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด จากการประเมินความรู้เรื่องกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โรคหลอดเลือดสมอง และระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน พบว่า ร้อยละ 70 ยังขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค ไม่ทราบสัญญาณเตือน อาการสำคัญที่ต้องมาโรงพยาบาล ไม่ทราบช่องทางการเรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน

จากบริบทและปัญหาดังกล่าว จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องพัฒนาโปรแกรมการให้ความรู้เรื่องสัญญาณเตือนและการปฏิบัติในการเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน เมื่อเกิดอาการของโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน และโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน ของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด ผู้วิจัยจึงมีความสนใจ ที่จะประยุกต์ทฤษฎีทฤษฎีปัญญาสังคม (Social cognitive theory) ของแบนดูรา โดยรุจิกาญจน์ สานนท์ (2021) ระบุว่า เป็นทฤษฎีที่อธิบายพฤติกรรมสุขภาพและการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินและระบบบริการช่องทางด่วนโรคหลอดเลือดสมองและโรคกล้ามเนื้อหัวใจอย่างรวดเร็ว สามารถสังเกตสัญญาณเตือน อาการผิดปกติของตนเองได้อย่างถูกต้อง เมื่อมีอาการเปลี่ยนแปลงที่ผิดปกติ สามารถเรียกใช้ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินได้ทันเวลา ผู้ป่วยได้รับการดูแลระหว่างนำส่งโรงพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงและสามารถลดอัตราตายได้ในที่สุด

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้ STEMI & Stroke alert ต่อความรู้สัญญาณเตือนและการปฏิบัติในการเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินเมื่อเกิดอาการของโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน และโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน ของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด

กรอบแนวคิดการวิจัย



วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) ศึกษาแบบหนึ่งกลุ่มวัดก่อนและ หลังการเข้าร่วมกิจกรรม (one-group, pretest-posttest designs)

ประชากร

ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดที่มีผลการประเมิน CVD risk score ความเสี่ยงอยู่ในระดับสูงมาก 30-<40 % และ ความเสี่ยงอยู่ในระดับสูงอันตราย ≥40 %

กลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดที่มีผลการประเมิน CVD risk score ความเสี่ยงอยู่ในระดับสูงมาก 30-<40 % และ ความเสี่ยงอยู่ในระดับสูงอันตราย ≥40 % ที่ได้รับการส่งตัวจากคลินิกโรคเรื้อรัง มาที่งาน

อุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช เพื่อขึ้นทะเบียนสมาชิกกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด (EMS Member club) ระหว่างเดือน พฤษภาคม 2568 ถึงเดือนมกราคม 2569 ด้วยความสมัครใจ โดยการสุ่มอย่างง่าย จำนวน 55 คน

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria)

1. ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคเบาหวานหรือโรคความดันโลหิตสูง ได้รับการขึ้นทะเบียนที่คลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลแม่จัน ทั้งเพศชายและเพศหญิง อายุ 35 ปีขึ้นไป มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านและพักอาศัยอยู่ใน อำเภอแม่จัน จังหวัดเชียงราย
2. ผลการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD risk score) ใน 10 ปีข้างหน้า อยู่ในระดับสูงมาก 30-<40 % (ระดับ 4) หรือ อยู่ในระดับสูงอันตราย ≥40 % (ระดับ 5) (ทบทวนตัวเลข 40 จะจัดอยู่กลุ่มใด)
3. สามารถพูด ฟัง อ่านและเขียนภาษาไทยได้
4. มีเบอร์โทรศัพท์สำหรับการติดต่อสื่อสาร
5. มีความสนใจเข้าร่วมโครงการวิจัย

เกณฑ์คัดออก (Exclusion Criteria)

1. ผู้ป่วยมีการย้ายถิ่นฐานระหว่างการดำเนินการศึกษาวิจัย
2. ผู้ป่วยที่ไม่สามารถเข้าร่วมจนสิ้นสุดโครงการวิจัย

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง

การกำหนดกลุ่มตัวอย่างใช้สูตร Estimated sample size for one-sample comparison of proportion to hypothesized value ใช้โปรแกรมวิเคราะห์ทางสถิติ STATA V12 ผู้วิจัยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง จากการทดสอบคะแนนความรู้ของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 คน ได้ค่าเฉลี่ย คะแนนความรู้แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มมีความรู้มาก คิดเป็นร้อยละ 0 ,กลุ่มมีความรู้ปานกลางคิดเป็นร้อยละ 30 และกลุ่มมีความรู้น้อย คิดเป็น ร้อยละ 70 ผู้วิจัยสนใจในกลุ่มที่มีความรู้น้อย ซึ่งมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ คิดเป็น ร้อยละ 70 คาดว่าหลังให้โปรแกรมให้ความรู้ สามารถเพิ่มคะแนนในกลุ่มที่มีความรู้ระดับน้อย เพิ่มขึ้น ร้อยละ 50 กำหนด power 80 % alpha 0.05 ได้กลุ่มตัวอย่าง 44 คน ทำการปรับขนาดกลุ่มตัวอย่าง เผื่อข้อมูลขาดหาย (missing data) เพิ่มอีก 20 % ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เท่ากับ 55 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

โปรแกรมการให้ความรู้ STEMI & Stroke alert ประกอบด้วย 1) โปสเตอร์ STEMI & Stroke alert 2) นามบัตร 3) สื่อวิดีทัศน์ให้ความรู้สัญญาณอันตรายที่สำคัญของโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน และการเรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน 3) สถานการณ์จำลองการจัดการเมื่อเกิดอาการที่เป็นสัญญาณเตือนของโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน และโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน 4) การติดตามประเมินการใช้งานโปสเตอร์ 2 สัปดาห์ หลังจากการให้ความรู้

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยจะทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง เมื่อพบว่ามีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัคร ผู้วิจัยจะแนะนำตนเองพร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการรวบรวมข้อมูลของการวิจัย การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างเพื่อขอความร่วมมือและขอความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างสนใจเข้าร่วมโครงการวิจัย ผู้วิจัยจะอาสาสมัครลงนามแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัย และทำการจับฉลากคัดเลือกเพื่อสุ่มกลุ่มทดลอง และทำการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. ประเมินความรู้โดยใช้แบบสอบถามเรื่องกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โรคหลอดเลือดสมอง และการปฏิบัติในการเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ก่อนดำเนินการวิจัย

2. ให้ความรู้เกี่ยวกับกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โรคหลอดเลือดสมอง และการปฏิบัติในการเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน โดยใช้สื่อวิดีทัศน์ดังนี้

2.1 สื่อวิดีทัศน์ให้ความรู้สัญญาณอันตรายที่สำคัญของโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

2.2 สื่อวิดีทัศน์ให้ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดหัวใจกับการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน

2.3 สื่อวิดีทัศน์ให้ความรู้สัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน

3. จำลองสถานการณ์ เพื่อทดสอบการรับรู้ การประเมินอาการ และการจัดการเมื่อเกิดอาการที่เป็นสัญญาณเตือนของโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน และโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันมี 2 เหตุการณ์ โดยเหตุการณ์ที่ 1 เป็นเหตุการณ์ขณะผู้ป่วยเดินอยู่มีอาการเจ็บหน้าอกด้านซ้าย ร้าวไปแขนซ้าย ใช้มือกุมหน้าอกด้านซ้ายตลอดเวลา จึงไปนั่งพัก และเรียกญาติมาดูอาการ เมื่อนั่งพักแล้วอาการเจ็บอกไม่ทุเลา ญาติจึงโทรศัพท์ 1669 เรียกบริการการแพทย์ฉุกเฉินมารับที่บ้าน และเหตุการณ์ที่ 2 ขณะเดินอยู่ มีอาการเวียนศีรษะ เดินเซ จึงไปนั่งพัก เรียกญาติมาดู ญาติพบว่าผู้ป่วยเริ่มพูดไม่ชัด ปากเบี้ยว จากนั้นผู้ป่วยมีอ่อนแรงแขนขา ด้านขวา ยกไม่ขึ้น ญาติจึงโทรศัพท์ 1669 เรียกบริการการแพทย์ฉุกเฉินมารับที่บ้าน

4. ทวนสอบซ้ำความรู้เรื่องกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โรคหลอดเลือดสมอง และระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน โดยใช้โปสเตอร์ STEMI & Stroke alert และมอบโปสเตอร์ให้กลุ่มทดลองนำกลับไปติดที่บ้านในบริเวรณที่มองเห็นได้ชัดเจน ซึ่งเป็นโปสเตอร์ขนาด A4 แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ครึ่งแรกเป็นสัญญาณเตือนอันตรายของโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน และอีกครึ่งหนึ่งเป็นสัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน พร้อมกับมีเบอร์โทรศัพท์ 1669 เพื่อการจัดการในเรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน

5. ลงทะเบียน EMS member club และแจกนามบัตร ขนาด 9X5.5 ซม.แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ครึ่งแรกเป็นสัญญาณเตือนที่สำคัญของโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน และอีกครึ่งหนึ่งเป็นสัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน พร้อมกับมีเบอร์โทรศัพท์ 1669 และทำการแสกน QR code เพิ่มเป็นเพื่อนกับห้องฉุกเฉินรพแม่จัน ใน application LINE official account เพื่อทำการติดตามการใช้แผ่นโปสเตอร์ และเพื่อส่งข่าวสารความรู้เรื่องกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โรคหลอดเลือดสมอง และระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

6. ให้ผู้ป่วยทำการประเมินความรู้ โดยใช้แบบสอบถามความรู้เรื่องสัญญาณเตือนของโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน โดยผู้ช่วยผู้วิจัยเป็นผู้แจกแบบสอบถามและประเมินผลการปฏิบัติการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน โดยใช้สถานการณ์จำลอง 2 เหตุการณ์

7. โทรศัพท์ติดตามการใช้งานโปสเตอร์ 2 สัปดาห์ หลังจากการให้ความรู้

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ผลการวิจัยด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างนำมาแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบ คะแนนความรู้สัญญาณเตือนและแนวการปฏิบัติตัวในการจัดการเมื่อเกิดอาการของโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันและโรคสมองขาดเลือดเฉียบพลัน ก่อนและหลังการให้ความรู้ด้วยโปรแกรม STEMI & Stroke alert ของกลุ่มตัวอย่างด้วยใช้สถิติ Paired t-test

การพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัย ในมนุษย์

การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย เลขที่ ชร 0033.019/3835 หมายเลขโครงการ CRPPHO 042/2568 เมื่อวันที่ 6 พฤษภาคม พ.ศ. 2568

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดทั้งหมด 55 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 58.18 ส่วนมากอยู่ในช่วงอายุ 71-80 ปี ร้อยละ 38.18 ส่วนใหญ่ได้รับการศึกษาระดับประถมศึกษาร้อยละ 67.27 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 96.36 ไม่ได้ทำงานร้อยละ 34.55 มีรายได้ต่ำกว่า 10,000 บาทร้อยละ 54.57 สถานภาพคู่ ร้อยละ 67.27 มีบุตร/หลานดูแลเมื่ออยู่ที่บ้าน ร้อยละ 72.73 และมีโรคประจำตัว คือ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 96.36 ทุกคนมีสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นสิทธิเบิกจ่ายในการรักษา ร้อยละ 100

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับสัญญาณเตือนอันตรายของโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดและโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการให้ความรู้ STEMI & Stroke alert (n=55)

ผลลัพธ์	ก่อนใช้โปรแกรม		หลังใช้โปรแกรม		p-value
	mean	±	mean	±	
คะแนนความรู้					
โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (7 คะแนน)	1.85	±1.97	6.2	±1.28	<0.001
โรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน (8 คะแนน)	1.75	±2.34	7.45	±1.29	<0.001
การใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน (2 คะแนน)	0.60	±0.85	1.91	±0.29	<0.001

- Pared T-Test

ภายหลังการใช้โปรแกรม ฯ พบว่าคะแนนความรู้ ด้านโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเพิ่มขึ้นจาก 1.85±1.97 คะแนน เป็น 6.2±1.28 คะแนน (p<0.001) และความรู้ด้านโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันเพิ่มขึ้นจาก 1.75±2.34 เป็น 7.45±1.29 คะแนน (p<0.001) และความรู้ด้านการเรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินเพิ่มขึ้นจาก 0.6±0.85 คะแนนเป็น 1.91±0.29 คะแนน (p<0.001)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบการจัดการเมื่อเกิดอาการโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเฉียบพลันและโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการให้ความรู้ STEMI & Stroke alert (n=55)

ผลลัพธ์	ก่อนใช้โปรแกรม		หลังใช้โปรแกรม		p-value
	mean	±	mean	±	
คะแนนการจัดการ					
การใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน MI (7 คะแนน)	2.40	±3.02	6.85	±0.49	<0.001

ผลลัพธ์	ก่อนใช้โปรแกรม		หลังใช้โปรแกรม		p-value
	mean	±	mean	±	
การใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน Stroke (7 คะแนน)	2.25	±2.91	6.82	±0.47	<0.001
คะแนนรวมการจัดการ (14 คะแนน)	4.65	±5.89	13.67	±0.90	<0.001

- Pared T-Test

การจัดการในการเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินเมื่อเกิดสัญญาณเตือน ด้านโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเพิ่มขึ้นจาก 2.40±3.02 คะแนนเป็น 6.85±0.49 คะแนน (p<0.001) ด้านโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันเพิ่มขึ้นจาก 2.25±2.91 คะแนนเป็น 6.82±0.47 คะแนน (p<0.001) และคะแนนรวมการจัดการในการเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินทั้ง 2 ด้าน เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญจาก 4.05 ±ถ5.89 คะแนน เป็น 13.67 ± 0.90 คะแนน (p<0.001)

อภิปรายผล

ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดทั้งหมด 55 ราย ที่เข้าร่วมโปรแกรมการให้ความรู้ STEMI & Stroke alert มีคะแนนความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติหลังการเข้าร่วมโปรแกรม โดยพบว่าคะแนนความรู้ ด้านโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จาก 1.85±1.97 คะแนน เป็น 6.2±1.28 คะแนน (p<0.001) และความรู้ด้านโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จาก 1.75±2.34 เป็น 7.45±1.29 คะแนน (p<0.001) และความรู้ในการเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินเพิ่มขึ้นเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จาก 0.6±0.85 คะแนนเป็น 1.91±0.29 คะแนน (p<0.001) ส่วนคะแนนการปฏิบัติในการเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินเมื่อเกิดสัญญาณเตือน ด้านโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเพิ่มขึ้นเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จาก 2.40±3.02 คะแนนเป็น 6.85±0.49 คะแนน (p<0.001) ด้านโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันเพิ่มขึ้นเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จาก 2.25±2.91 คะแนนเป็น 6.82±0.47 คะแนน (p<0.001) ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมการให้ความรู้ STEMI & Stroke Alert มีประสิทธิภาพในการส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับสัญญาณเตือนของโรค และเพิ่มศักยภาพในการตัดสินใจเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินได้อย่างเหมาะสมและทันท่วงทีการสอดคล้องกับการศึกษา ประสิทธิผลของการใช้ Warning Signs Card ต่อความรู้สัญญาณเตือน และแนวทางปฏิบัติในการจัดการเมื่อเกิดอาการของโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันและสมองขาดเลือดแบบเฉียบพลันของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง ของ พัชรินทร์ ชมเมืองมิ่ง (2564) ที่ศึกษาประชาชนใน ตำบลบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก โดยใช้ Warning Signs Card เตือนภัย พบว่า ทั้งคะแนนเฉลี่ยเรื่อง

ความรู้ สัญญาณเตือนและคะแนนการปฏิบัติตัวในการจัดการเมื่อมีอาการของโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันและ โรคสมองขาดเลือดเฉียบพลันของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและ หลังได้รับความรู้จากเครื่องมือ Warning Signs Card สูงกว่าก่อนได้รับความรู้ อย่างมีนัยสำาคัญทางสถิติ ($p<0.05$) และสอดคล้องกับ ผลของโปรแกรมการสื่อสารเตือนภัยต่อความรู้เรื่องหัวใจขาดเลือดและการจัดการอาการของลาวัลย์ เวทยา วงศ์ และคณะ (2560) ที่ศึกษาในประชาชนใน ตำบลปากหมาก จ.สุราษฎร์ธานี โดยใช้โปรแกรมสื่อสารเตือนภัย มีการจัด อบรมประชาสัมพันธ์ผ่านสื่อสาธารณะต่าง ๆ การติดป้าย เตือนภัย พบว่าประชาชนในตำบลปากหมาก มีความรู้ เกี่ยวกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดสูงขึ้นกว่าก่อน ดำเนินโปรแกรมสื่อสารเตือนภัย ด้วยเหตุนี้ การใช้ โปรแกรมการให้ความรู้ STEMI & Stroke Alert เป็นการให้ความรู้สัญญาณเตือนเชิงรุก แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล ในการเสริมสร้างความรู้ และทักษะในการตัดสินใจของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง ส่งผลผู้ป่วยเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินและระบบบริการช่องทางด่วนโรคหลอดเลือดสมองและโรคกล้ามเนื้อหัวใจอย่างรวดเร็ว สามารถสังเกตสัญญาณเตือน อาการผิดปกติของตนเองได้อย่างถูกต้อง เมื่อมีอาการเปลี่ยนแปลงที่ผิดปกติ สามารถเรียกใช้ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินได้ทันเวลา ผู้ป่วยได้รับการดูแลระหว่างนำส่งโรงพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงและสามารถลดอัตราตายได้ในที่สุด

ข้อเสนอแนะ

1. การออกแบบสื่อส่งเสริมสุขภาพ: ควรผลิตแผ่นภาพสัญญาณเตือน (B-FAST/STEMI) โดยใช้ "ภาษาท้องถิ่น" และขนาดตัวอักษรที่ใหญ่พอสำหรับผู้สูงอายุ รวมถึงการใช้สีที่สะดุดตา (เช่น แดง-เหลือง) เพื่อกระตุ้นการรับรู้ตามทฤษฎี SCT
2. การมีส่วนร่วมของครอบครัว: จากผลการวิจัย ควรเน้นการให้ความรู้แก่สมาชิกในครัวเรือน (Caregivers) ไม่ใช่แค่ตัวผู้ป่วย เพราะในสถานการณ์จริงผู้ป่วยมักมีอาการสับสนหรืออ่อนแรงจนไม่สามารถโทร 1669 ได้ด้วยตนเอง
3. การติดตั้งสื่อในจุดยุทธศาสตร์: เสนอแนะให้ สนับสนุนการติดแผ่นภาพในจุดที่เห็นชัดที่สุดในบ้าน เช่น ประตูห้องหรือตู้เย็น มากกว่าการแจกเป็นแผ่นพับที่มักจะถูกเก็บใส่ลิ้นชัก

บรรณานุกรม

กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข. (2568). สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2566. https://spd.moph.go.th/wp-content/uploads/2025/01/รายงานสถิติสาธารณสุข-ประจำปี2566.pdf

พัชรินทร์ ชมเมืองมิ่ง. (2564). ประสิทธิผลของการใช้ warning signs card ต่อความรู้สัญญาณเตือนและแนวทางปฏิบัติเมื่อเกิดอาการของโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันและสมองขาดเลือดเฉียบพลันของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง ตำบลบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก. วารสารการแพทย์ฉุกเฉินแห่งประเทศไทย, 1(1), 23–33. https://he03.tci-thaijo.org/index.php/Jemst-01JHS/article/view/131

รุจิกาญจน์ สานนท์. (2563). การประยุกต์ใช้ทฤษฎีปัญญาสังคมในการอธิบายพฤติกรรมสุขภาพ. วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเลย, 1(1), 23–33. https://so01.tci-thaijo.org/index.php/husolru/article/view/249057

ลาวัลย์ เวทยาวงศ์. (2560). ผลของโปรแกรมการสื่อสารเตือนภัยต่อความรู้เรื่องหัวใจขาดเลือดและการจัดการอาการของประชาชน ตำบลปากหมาก จังหวัดสุราษฎร์ธานี. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้, *1*, 86–101. https://he01.tci-thaijo.org/index.php/scnet /article /view/74861

สมบัติ มุ่งทวีพงษา. (2564). โรคหลอดเลือดสมองและประสาทวิทยาวิกฤติ. สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. https://digital.library.tu.ac.th/tu_dc/frontend/Info/item/dc:275478

สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์. (2563). แนวเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (พิมพ์ครั้งที่ 1). เนคสเตป ดีไซน์

Wangsri, K. (2013). The EMS system in Thailand. *Srinagarind Medical Journal, 28*(4), 69–73. https://li01.tcithaijo.org/index.php/SRIMEDJ/article/view/14763

Worakijthamrongchai, T. (2019). Endovascular treatment in acute ischemic stroke. Journal of Thai Stroke Society, 16(3), 5–13. https://he01.tcithaijo.org/index.php/jtss/article/view/172097

World Health Organization. (n.d.). *Cardiovascular diseases overview*. https://www.who.int/health-topics/cardiovascular-diseases#tab=tab_1

World Health Organization. (n.d.). *The top 10 causes of death* https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death

Received: 15 Jul 2026 Revised: 29 Jul 2026
Accepted: 6 Aug 2026

ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลเวียง อำเภอเชียงแสน จังหวัดเชียงราย

ราวดี ศรีวงค์วรรณ [1]

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลเวียง อำเภอเชียงแสน จังหวัดเชียงราย ประชากรคือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลเวียง อำเภอเชียงแสน จังหวัดเชียงราย จำนวน 185 คน โดยใช้สูตรการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างของ Daniel เท่ากับ 106 คน ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบมีระบบ เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามประกอบด้วย 5 ส่วน ได้แก่ คุณลักษณะส่วนบุคคล ปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก ทัศนคติต่อการป้องกันควบคุมโรค ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ ความเพียงพอของทรัพยากร การมีทักษะในการใช้ทรัพยากร ปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับการสนับสนุนและแรงจูงใจ พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก แบบสอบถามผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน และนำไปทดลองใช้เพื่อวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟ่าครอนบาค เท่ากับ 0.775 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ผลการวิจัยพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ประกอบด้วย ความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก ($r=0.207$, P-value<0.033) ทัศนคติต่อการป้องกันควบคุมโรค ($r=0.199$, P-value<0.041) ความเพียงพอของทรัพยากร ($r=0.351$, P-value<0.042) การมีทักษะในการใช้ทรัพยากร ($r=0.202$, P-value<0.038) การได้รับการสนับสนุนและแรงจูงใจ ($r=0.208$, P-value<0.031) ตามลำดับ

คำสำคัญ: พฤติกรรม, โรคไข้เลือดออก, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

[1] โรงพยาบาลเชียงแสน จังหวัดเชียงราย, E-mail: Aomcup_1991@hotmail.com

Factors Affecting the Prevention and Control Behavior of Dengue Hemorrhagic Fever of Village Health Volunteers in Wiang Sub-district, Chiang Saen District, Chiang Rai

Rawadee sriwongwan [1]

Abstract

This descriptive research aimed to study either selected Factors Affecting the Prevention and Control Behavior of Dengue Hemorrhagic Fever of Village Health Volunteers in Wiang Sub-district, Chiang Saen District, Chiang Rai Province. The population consisted of 185 village health volunteers in Wiang Sub-district, Chiang Saen District, Chiang Rai Province the sample size was calculated using Daniel's formula, for 106 cases, and was selected through systematic random sampling. Data were collected using a questionnaire consisting of 5 parts including, personal characteristics, predisposing factors, including knowledge of dengue fever and attitudes toward its prevention and control; enabling factors, including resource adequacy and resource utilization skills, reinforcing factors, including support and motivation; and dengue fever prevention behaviors. The questionnaire was validated for content validity by 3 experts and was pilot tested to assess reliability using Cronbach's alpha coefficient, which was 0.775. Data were analyzed using Pearson's correlation coefficient. The results showed that Factors Affecting the Prevention and Control Behavior of Dengue Hemorrhagic including knowledge of dengue fever ($r=0.207$, P-value<0.033), attitudes toward its prevention and control ($r=0.199$, P-value<0.041), including resource adequacy ($r=0.351$, P-value<0.04), resource utilization skills ($r=0.202$, P-value<0.038), including support and motivation and dengue fever prevention behaviors ($r=0.208$, P-value<0.031) respectively.

Keywords : Behavior, Dengue Hemorrhagic Fever, Health Volunteers

[1] Chiang Saen Hospital, Chiang Rai Province, E-mail: Aomcup_1991@hotmail.com

บทนำ

โรคไข้เลือดออกเป็นโรคติดเชื้อไวรัสเดงกีที่มียุงลายเป็นแมลงนำโรคในเดือนเมษายน 2024 องค์การอนามัยโลกได้รายงานผู้ป่วยไข้เลือดออกมากกว่า 7.6 ล้านราย และมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา เมื่อพิจารณาระดับโลกยังคงได้รับการประเมินว่าสูง ดังนั้นโรคไข้เลือดออกจึงยังคงเป็นภัยคุกคามระดับโลกต่อสุขภาพของประชาชน (World Health Organization,2024) สำหรับประเทศไทยโดยข้อมูลระบบเฝ้าระวังโรคดิจิทัล(DDS) พบว่าผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกตั้งแต่ปี พ.ศ. 2565 - 2567 จำนวนผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกเท่ากับ 45,145, 158,620 และ 105,250 ราย ตามลำดับ โดยปี พ.ศ. 2567 มีอัตราป่วยสะสมสูงสุดใน 5 อันดับแรกคือ ภูเก็ต เชียงราย แม่ฮ่องสอน ลำพูน และพัทลุง ตามลำดับ (กองโรคติดต่อนำโดยแมลง กรมควบคุมโรค ,2567)

จังหวัดเชียงรายมีอัตราป่วยไข้เลือดออกสะสมสูงสุด 5 อันดับแรกของประเทศ จากข้อมูลการรายงานเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา(รง.506) สถานการณ์โรคไข้เลือดออกตั้งแต่ปี พ.ศ. 2565 - 2567 พบจำนวนผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกเท่ากับ 360, 7,756 และ 10,383 ราย ตามลำดับ และมีอัตราป่วยต่อแสนประชากรเท่ากับ 33.65, 724.96 และ 971.34 ตามลำดับ(งานควบคุมโรคติดต่อสสจ.เชียงราย,2567) และในระดับพื้นที่อำเภอเชียงแสน จากข้อมูลการรายงานเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา(รง.506) สถานการณ์โรคไข้เลือดออกตั้งแต่ปี พ.ศ. 2565 - 2567 มีจำนวนผู้ป่วยเท่ากับ 4, 411 และ 694 ราย ตามลำดับ พบอัตราป่วยต่อแสนประชากรเท่ากับ 7.70 , 771.64 และ 1,335.46 ตามลำดับ(งานควบคุมโรคติดต่อรพ.เชียงแสน,2567) และพบว่ามีอุบัติการณ์โรคสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องโดยเฉพาะตำบลเวียง อำเภอเชียงแสน สถานการณ์โรคไข้เลือดออกตั้งแต่ปี พ.ศ. 2565 - 2567 มีจำนวนผู้ป่วยเท่ากับ 3, 110 และ 86 ตามลำดับ และมีอัตราป่วยต่อแสนประชากรเท่ากับ 29.91, 1,096.60 และ 617.77 ตามลำดับ ซึ่งพบว่าในแต่ละปีจำนวนจะลดลงบ้างแต่ยังคงอยู่ในระดับที่น่ากังวลและมีแนวโน้มแพร่ระบาดซ้ำได้ทุกปี

การควบคุมโรคไข้เลือดออกให้มีประสิทธิภาพจำเป็นต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของภาคประชาชน โดยมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เป็นกลไกหลักในการขับเคลื่อนอย่างไรก็ตามการดำเนินงานในพื้นที่ตำบลเวียง อำเภอเชียงแสน ยังพบความแตกต่างด้านประสิทธิภาพการควบคุมโรคในแต่ละชุมชน ซึ่งอาจมีสาเหตุมาจากปัจจัยที่แตกต่างกัน อาทิ ระดับความรู้ ทัศนคติ ทักษะการจัดการทรัพยากร รวมถึงแรงจูงใจและการสนับสนุน ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลเวียง อำเภอเชียงแสน จังหวัดเชียงราย เพื่อนำผลการศึกษามาใช้เป็นแนวทางใน

การพัฒนาศักยภาพและเสริมสร้างสมรรถนะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านให้สามารถดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลเวียง อำเภอเชียงแสน จังหวัดเชียงราย

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research Study) โดยกำหนดตัวแปรอิสระ ได้แก่ 1) คุณลักษณะส่วนบุคคลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 2) ปัจจัยนำประกอบด้วย ด้านความรู้ เรื่องโรคไข้เลือดออก,ด้านทัศนคติต่อการป้องกันโรคไข้เลือดออก 3)ปัจจัยเอื้อประกอบด้วย ด้านความเพียงพอของทรัพยากรในการควบคุมโรค, ด้านการมีทักษะในการใช้ทรัพยากรป้องกันโรคไข้เลือดออก 4) ปัจจัยเสริมประกอบด้วย การได้รับการสนับสนุนและแรงจูงใจจากบุคลากรสาธารณสุข เพื่อน ชุมชน ครอบครัว และตัวแปรตาม ได้แก่ พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลเวียง อำเภอเชียงแสน จังหวัดเชียงราย จำนวน 185 คน เกณฑ์การคัดคือ เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลเวียง อำเภอเชียงแสน เป็น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่ปฏิบัติงานไม่น้อยกว่า 1 ปี และเป็นผู้ที่มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถติดต่อสื่อสารด้วยวิธีการอ่านและเขียนภาษาไทยได้ เกณฑ์การการคัดออกคือ ผู้ที่ไม่สมัครใจตอบแบบสอบถาม เสียชีวิต เจ็บป่วยกะทันหันจนไม่สามารถเข้าร่วมงานวิจัยได้ และไม่อยู่ที่บ้านในช่วงที่ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูล คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตร Daniel (2010) กำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ 95% ค่าความคลาดเคลื่อนสามารถยอมรับได้เท่ากับ 0.05 ได้กลุ่มตัวอย่าง 106 คน ใช้วิธีการสุ่มแบบมีระบบ (Systematic Random Sampling) เพื่อเลือกรายชื่ออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นกลุ่มตัวอย่าง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลคือ แบบสอบถาม ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้ต่อเดือน ครัวเรือนในความรับผิดชอบ ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน ระยะเวลาในการได้รับการอบรม การได้รับข้อมูลข่าวสาร

ส่วนที่ 2 ปัจจัยนำ ประกอบด้วย ด้านความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออก ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบถูกหรือผิด ใช้เกณฑ์การแปลผลตามแนวคิดของ (นพคณ แทนผักแว่น ,2562) แบ่งเป็น 3 ระดับมีความรู้มาก (8 คะแนนขึ้นไป) ระดับความรู้ปานกลาง (6-7 คะแนน) ระดับความรู้ต่ำ (0-5 คะแนน) และด้าน ทัศนคติต่อการป้องกันโรค ลักษณะคำถามแบบประมาณค่า 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง 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)

ส่วนที่ 3 ปัจจัยเอื้อ ประกอบด้วย ด้านความเพียงพอของทรัพยากรในการควบคุมโรค ลักษณะคำถามแบบประมาณค่า 4 ระดับ คือ เพียงพอมาก เพียงพอปานกลาง เพียงพอน้อย ไม่เพียงพอ ใช้เกณฑ์การแปลผลตามแนวคิดของ Best John W. (1977) ระดับสูง (11-15) ระดับปานกลาง (6-10) ระดับต่ำ (1-5) ระดับไม่เพียงพอ (0) และด้านการมีทักษะในการใช้ทรัพยากรป้องกันโรคไข้เลือดออก เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ ทำได้ ไม่แน่ใจ ทำไม่ได้ ใช้เกณฑ์การแปลผลตามแนวคิดของ Best John W. (1977) ระดับสูง (≥6.66) ระดับปานกลาง (3.33 – 6.66) ระดับต่ำ (0.33-3.33)

ส่วนที่ 4 ปัจจัยเสริมแรงสนับสนุนและแรงจูงใจ ลักษณะคำถามแบบประมาณค่า 5 ระดับ มากที่สุด มาก ปานกลาง เล็กน้อย ไม่เลย ใช้เกณฑ์การแปลผลตามแนวคิดของ Best John W. (1977) ระดับสูง (3.67 -5.00) ระดับปานกลาง (2.34 – 3.66) ระดับต่ำ (1.00 -2.33)

ส่วนที่ 5 พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก ลักษณะคำถามแบบประมาณค่า 5 ระดับ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด ใช้เกณฑ์การแปลผลตามแนวคิดของ Best John W. (1977) ระดับสูง (3.67 -5.00) ระดับปานกลาง (2.34 – 3.66) ระดับต่ำ (1.00 -2.33)

แบบสอบถามนี้สร้างขึ้นจากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่านตรวจสอบความตรงของเนื้อหา นำแบบสอบถามไปทดลองใช้คำนวณค่าความเที่ยง (Reliability) ด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาค (Cronbach, 1951) เท่ากับ 0.775

สถิติวิเคราะห์

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment correlation coefficient)

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้ดำเนินการขอความเห็นชอบจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย เอกสารรับรองเลขที่ CRPPHO 046/2568 ลงวันที่ 4 เมษายน 2568

ผลการศึกษาวิจัย

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (62.26%) ช่วงอายุอยู่ระหว่าง 45 – 60 ปี (58.49%) ($\bar{X}$ =52.67, S.D. =9.56, Min =23, Max =75) มีสถานภาพสมรสคู่/แต่งงาน/อยู่ด้วยกัน (66.04%) และสถานภาพโสด (17.92%) จบประถมศึกษา (45.28%) และมัธยมศึกษา/ปวช (40.57%) ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป (35.85%) และอาชีพค้าขาย/เจ้าของกิจการ (29.25%) ส่วนใหญ่ อสม.มีรายได้อยู่ระหว่าง 6,000 - 15,000 บาท (58.49%) ($\bar{X}$=12,806.60, S.D.=9,619.61, Min=2,000, Max= 60,000) ได้หลังคาเรือนที่รับผิดชอบ 15 - 20 หลังคา (52.83%) และน้อยกว่า 15 หลังคา (42.53%) ($\bar{X}$=18.43, S.D.=3.94, Min=5, Max=32) และพบระยะเวลาในการปฏิบัติงานเป็น อสม.ส่วนใหญ่ อยู่ระหว่าง 15 – 20 ปี (52.83%) น้อยกว่า 15 ปี (24.53%) ($\bar{X}$=13.07, S.D.=9.3, Min=1, Max=37) เคยได้อบรมเรื่องโรคไข้เลือดออกอยู่ระหว่าง 2 – 5 ครั้ง (40.57%) ($\bar{X}$=4.61, S.D.=3.18, Min=0, Max=12) อสม.ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการป้องกันโรคไข้เลือดออกจากสื่อออนไลน์ Facebook, Line (79.25%) และผ่านเสียงตามสาย (67.92%)

ปัจจัยนำภาพรวมมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง(65.09%) ($\bar{X}$ =2.34,S.D.=0.47) เมื่อพิจารณาจำแนกรายด้านที่มีคะแนนระดับสูงได้แก่ ด้านทัศนคติต่อการป้องกันโรคไข้เลือดออก ($\bar{X}$ =2.22, S.D.=0.42) ด้านความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออก ($\bar{X}$ =2.09, S.D.=0.29) ตามลำดับ (ตามตารางที่ 1)

ปัจจัยเอื้อภาพรวมมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง (84.74%) ($\bar{X}$ =2.84, S.D.=0.35) จำแนกรายด้านที่มีคะแนนระดับสูงได้แก่ ด้านการมีทักษะในการใช้ทรัพยากร ($\bar{X}$ =2.87, S.D.=0.32) ด้านความเพียงพอของทรัพยากร ($\bar{X}$ =2.67, S.D.=0.46) (ตามตารางที่ 1)

ปัจจัยเสริมการได้รับการสนับสนุนและแรงจูงใจภาพรวม มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง (65.09%) ($\bar{X}$=2.34, S.D.=0.47)

พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกภาพรวมมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง(70.75%) ($\bar{X}$=2.70, S.D.=0.45)

ตารางที่ 1 ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม และพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (n=106)

ตัวแปรอิสระ	ระดับคะแนน						Mean	S.D.
	สูง		ปานกลาง		ต่ำ			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ปัจจัยนำ	**37**	**34.91**	**68**	**65.09**	**0**	**0.00**	**2.34**	**0.47**
1. ความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออก	10	9.42	96	90.57	0	0.00	2.09	0.29
2. ทัศนคติต่อการป้องกันโรคไข้เลือดออก	24	22.64	82	77.36	0	0.00	2.22	0.42
ปัจจัยเอื้อ	**90**	**84.74**	**16**	**15.09**	**0**	**0.00**	**2.84**	**0.35**
1.ความเพียงพอของทรัพยากร	72	67.92	34	32.08	0	0.00	2.67	0.46
2.การมีทักษะในการใช้ทรัพยากร	93	87.74	13	12.26	0	0.00	2.87	0.32
ปัจจัยเสริม การได้รับการสนับสนุนและแรงจูงใจ	37	34.91	69	65.09	0	0.00	2.34	0.47
พฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรค	75	70.75	31	29.25	0	0.00	2.70	0.45

จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ตามตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ตัวแปรอิสระที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อย่างมีนัย สำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก (r=0.207,P-value=0.033) ทัศนคติต่อการป้องกันควบคุมโรค (r=0.199,P-value=0.041) ความเพียงพอของทรัพยากร (r=0.351,P-value=0.042) การมีทักษะในการใช้ทรัพยากร (r=0.202,P-value=0.038) การได้รับการสนับสนุนและแรงจูงใจจากบุคลากรสาธารณสุข เพื่อนชุมชน และครอบครัว (r= 0.208,P-value=<0.031) ตามลำดับ

ตารางที่ 2 สัมประสิทธ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม ที่มีความสัมพันธ์พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ตัวแปรอิสระ	พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน		
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (r)	P-value	ระดับความสัมพันธ์
ปัจจัยนำ	0.208	<0.032*	มีความสัมพันธ์ทางบวก
- ความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก	0.207	<0.033*	มีความสัมพันธ์ทางบวก
- ทัศนคติต่อการป้องกันควบคุมโรค	0.199	<0.041*	มีความสัมพันธ์ทางบวก
ปัจจัยเอื้อ	0.192	<0.048*	มีความสัมพันธ์ทางบวก
- ความเพียงพอของทรัพยากร	0.351	<0.042*	มีความสัมพันธ์ทางบวก
- การมีทักษะในการใช้ทรัพยากร	0.202	<0.038*	มีความสัมพันธ์ทางบวก
ปัจจัยเสริม			
-การได้รับการสนับสนุนและแรงจูงใจ	0.208	<0.031*	มีความสัมพันธ์ทางบวก

การอภิปรายผลและสรุปผล

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเชียงแสน จังหวัดเชียงราย ประกอบด้วย ความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก, ทัศนคติต่อการป้องกันควบคุมโรค, ความเพียงพอของทรัพยากร, การมีทักษะในการใช้ทรัพยากร, การได้รับการสนับสนุนและแรงจูงใจอภิปรายผลการวิจัย ดังนี้

ความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r=0.207,P-value=<0.033) อธิบายได้ว่า เมื่ออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความรู้เกี่ยวกับโรค อาการ วงจรชีวิตของยุง และหลักการควบคุมแหล่งเพาะพันธุ์ จะส่งผลให้เกิดความเชี่ยวชาญและมั่นใจในการปฏิบัติหน้าที่ด้านการคัดกรอง การเฝ้าระวังโรครวมถึงการถ่ายทอดองค์ความรู้สู่ชุมชนอย่างมีประสิทธิภาพสอดคล้องกับแนวคิดของ Green& Kreuter (1991) กล่าวว่า ความรู้เป็นปัจจัยที่สำคัญ ที่จะส่งผลต่อการแสดงพฤติกรรมหรือการกระทำอย่างใดอย่างหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพของแต่ละบุคคล และนอกจากนี้ยังสอดคล้องกับงานวิจัยของ พุทธิพงศ์ บุญชู (2563) พบว่า

ความรู้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนในหมู่บ้านปลอดโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 แตกต่างจากการศึกษาของ อุดร พร้อมมูล (2567) พบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชน (r=0.041, p=0.840)

ทัศนคติต่อการป้องกันควบคุมโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (r=0.199, P-value=0.041) อธิบายได้ว่า การปฏิบัติงานของ อสม. ต้องอาศัยทัศนคติที่ตระหนักถึงความรุนแรงของโรคควบคู่กับทักษะ โดย อสม. ควรเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงในการปรับมุมมองชุมชนให้เห็นว่าการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุง เป็นความรับผิดชอบร่วมกันไม่ใช่เพียงภาระของเจ้าหน้าที่ ซึ่งตรงกับแนวคิดพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล (PRECEDE-PROCEED Model) ที่อธิบายว่าความรู้ เจตคติการรับรู้ เป็นปัจจัยนำที่เกิดจากภายในตัวบุคคลที่ก่อให้เกิดแรงจูงใจในการสนับสนุนหรือยับยั้งการแสดงพฤติกรรมของบุคคล และสอดคล้องกับงานวิจัยของ พรศักดิ์ ทองประไพ (2567) พบว่า ทัศนคติมีความสัมพันธ์กับการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกของ อสม. ตำบลยางคราม อำเภอดอยหล่อ จังหวัดเชียงใหม่ (r=0.18, P-value=0.003) แตกต่างจากการศึกษาของ อลงกฎ ดอนละ (2562) พบว่า ทัศนคติในการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติกับการปฏิบัติตัวในเรื่องการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออก ($p < 0.05$)

ความเพียงพอของทรัพยากรมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (r=0.351, P-value=0.042) อธิบายได้ว่า หาก อสม. ได้รับการสนับสนุนงบประมาณและวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็นจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เช่น เครื่องพ่นหมอกควัน และสารเคมีที่เพียงพอพร้อมใช้งานเป็นส่วนที่ส่งเสริมความเชื่อมั่นในป้องกันการควบคุมโรค และเป็นส่วนสร้างแรงจูงใจให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านลงพื้นที่ควบคุมโรคกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ได้อย่างต่อเนื่องและส่งผลให้การควบคุมโรคในพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับแนวคิดของ Green และ Kreuter (2005) ที่ระบุว่า ปัจจัยเอื้อเป็นเงื่อนไขสำคัญต่อการแสดงพฤติกรรมสุขภาพหากขาดแคลนทรัพยากรพื้นฐานแม้จะมีความรู้หรือทัศนคติที่ดีก็ไม่อาจปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพนอกจากนี้ผลวิจัยยังสอดคล้องกับงานวิจัยของ รัตติกาล พุ่มไพรขจร (2567) พบว่า ปัจจัยเอื้อด้านความพอเพียงของทรัพยากรการป้องกันโรคมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชน ตำบลวาเล่ย์ อำเภอพบพระ จังหวัดตาก (P-value=0.002) และไม่สอดคล้องกับสุรพล สิริปิยานนท์ (2563) ที่พบว่า ปัจจัยเอื้อด้านความเพียงพอไม่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของ อสม. (P-value=0.579)

การมีทักษะในการใช้ทรัพยากรมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (r=0.202, P-value=0.038) อธิบายได้ว่า อสม.มีทักษะสามารถนำทรัพยากรในชุมชนมาประยุกต์ใช้ในการควบคุมโรค ในกรณีที่ทรายอะเบทขาดแคลนสามารถแนะนำให้ประชาชนใช้สิ่งของใกล้ตัว เช่น เกลือ ผงซักฟอก หรือน้ำส้มสายชู เพื่อใช้กำจัดลูกน้ำ ซึ่งเป็นวิธีที่ประหยัดและสามารถทำได้ นอกจากนี้ อสม. ยังมีความเชี่ยวชาญและเข้าใจวิธีควบคุมโรคอย่างถูกต้อง เช่น รู้สัดส่วนการใช้ทรายอะเบท วิธีฉีดพ่นสารเคมีที่ถูกวิธี ซึ่งทักษะเหล่านี้ช่วยควบคุมโรคในพื้นที่ได้ ผลวิจัยเรื่องนี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ ปรีชา สุวรรณทองพร้อมคณะ (2566) ที่พบว่า ปัจจัยด้านการมีทักษะในการใช้ทรัพยากรในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของ อสม. ในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเสม็ด อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี (r=-0.365, P-value=0.001) และไม่สอดคล้องกับไม่สอดคล้องกับงานวิจัยสุรพล สิริปิยานนท์(2563) ที่พบว่า ปัจจัยเอื้อด้านทักษะในการใช้ทรัพยากรไม่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของ อสม. (P-value=0.982)

การได้รับการสนับสนุนและแรงจูงใจ พบว่า ปัจจัยเสริมมีความความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r=0.208, P-value = 0.031) อธิบายเหตุผลได้ว่า การปฏิบัติหน้าที่ของ อสม. ในการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกให้มีประสิทธิภาพนั้น ไม่ได้ขึ้นอยู่กับความรู้เพียงอย่างเดียว แต่ต้องอาศัยการสนับสนุนจากคนรอบข้างเป็นสำคัญ สอดคล้องกับแนวคิดของ Green&Kreuter(2005) ที่ระบุว่า การสนับสนุนเชิงระบบเป็นปัจจัยเสริมที่เปลี่ยนความรู้ให้เป็นการปฏิบัติได้อย่างเป็นรูปธรรม หาก อสม. ได้รับการสบับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้คำแนะนำทางวิชาการอย่างต่อเนื่อง พร้อมทั้งชื่นชมการทำงาน ซึ่งเป็นกลไกสำคัญในการสร้างขวัญและกำลังใจ กระบวนการนี้จะทำให้ อสม. รู้สึกถึงคุณค่าในตนเองและปฏิบัติงานอย่างมีประสิทธิภาพ รวมไปถึงการยอมรับและความร่วมมือจากชุมชน เมื่อประชาชนในพื้นที่ให้ความเชื่อถือและปฏิบัติตามคำแนะนำ ความไว้วางใจนี้ทำให้เห็นถึงความสำเร็จในการทำงาน เมื่อ อสม. เห็นว่าตนเองสามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของชาวบ้านได้จริงย่อมเกิดแรงจูงใจการขับเคลื่อนการป้องกันและควบคุมโรคในพื้นที่ได้ ผลวิจัยเรื่องนี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ สุรพล สิริปิยานนท์ (2563) ที่พบว่า ปัจจัยเสริมการได้รับการสนับสนุนและการได้รับแรงจูงใจมีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และสอดคล้องกับวิจัยของ สิวลี รัตนปัญญา (2561) พบว่า การได้รับข้อมูลข่าวสารจากเจ้าหน้าที่ภาครัฐสามารถ

ทำนายพฤติกรรมการเฝ้าระวังโรคไข้เลือดออกในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ < 0.016

ข้อเสนอแนะจากงานวิจัย

1.) จากข้อมูลระดับความรู้และทัศนคติต่อการป้องกันโรคไข้เลือดออกพบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ส่วนใหญ่มีความรู้และทัศนคติต่อการป้องกันโรคไข้เลือดออกในระดับปานกลาง ร้อยละ 90.57 โดยมีทัศนคติระดับสูงเพียงร้อยละ 22.64 หน่วยงานสาธารณสุขจึงควรจัดอบรมรูปแบบการพัฒนาจากการบรรยายเป็นการฝึกปฏิบัติจริงในพื้นที่และจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ After Action Review (AAR) เพื่อสะท้อนความสำคัญและผลกระทบของโรคในระยะยาวมุ่งเน้นการยกระดับจากการทำงานตามหน้าที่เป็นการทำงานด้วยความตระหนักรู้เพื่อความยั่งยืนในการป้องกันโรค

2.) จากการศึกษาพบว่า อสม. ส่วนใหญ่มีทักษะการควบคุมโรคไข้เลือดออกระดับสูง ร้อยละ 84.91 แต่ร้อยละ 32.08 ยังประสบปัญหาทรัพยากรไม่เพียงพอ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องจึงควรจัดสรรงบประมาณสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ให้ครอบคลุม ควบคู่กับการจัดอบรมพัฒนาทักษะเชิงปฏิบัติการ ใช้ระบบ อสม. พี่เลี้ยงโดยการจับคู่ระหว่าง อสม. ที่มีความเชี่ยวชาญสูงและกลุ่มที่มีทักษะระดับปานกลางเพื่อส่งเสริมกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และสร้างมาตรฐานทำงานที่เข้มแข็งในการเฝ้าระวังควบคุมโรคภายในชุมชน

3.) จากการศึกษาพบว่า อสม. ได้รับการยกย่องเชิดชูเกียรติจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในระดับน้อยที่สุด และได้รับการสนับสนุนงบประมาณในระดับปานกลาง จึงมีข้อเสนอแนะให้ท้องถิ่นจัดมอบรางวัลเชิดชูเกียรติและจัดสรรงบประมาณด้านวัสดุอุปกรณ์ให้เพียงพอเพื่อสร้างแรงจูงใจ นอกจากนี้ควรจัดกิจกรรมเชิงรุกที่ดึงสมาชิกในครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วม เพื่อเสริมสร้างแรงสนับสนุนทางสังคมซึ่งเป็นปัจจัยบวกสำคัญที่ช่วยให้การปฏิบัติงานมีความต่อเนื่องและยั่งยืน

เอกสารอ้างอิง

กรมควบคุมโรค [อินเทอร์เน็ต] .นนทบุรี : กองโรคติดต่อนำโดยแมลง [เข้าถึงเมื่อ 1 มกราคม 2568].เข้าถึงได้จาก https://ddc.moph.go.th/dvb/pagecontent.php?page=1269&dept=dvb

กรมควบคุมโรค [อินเทอร์เน็ต] .นนทบุรี : กองโรคติดต่อนำโดยแมลง [เข้าถึงเมื่อ 1 สิงหาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก https://www.ddc.moph.go.th/disease_detail.php?d=44

งานควบคุมโรคติดต่อโรงพยาบาลเชียงแสนอำเภอเชียงแสนจังหวัดเชียงรายสถานการณ์โรคไข้เลือดออกอำเภอเชียงแสน.เอกสารอัดสำเนา;2567

ปวีณา ติงหวัง. (2567). พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชน ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเขาพระ ตำบลเขาพระ อำเภอรัตภูมิ จังหวัดสงขลา.**วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน**, 10(2), 1-15.

ปรีชา สุวรรณทอง, วนิชา อินทรสร, และ วริศา บุญเกิด. (2566). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเสม็ด อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี. **วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ**, 16(3), 169-181.

พรศักดิ์ ทองประไพ. (2561). ความสัมพันธ์ระหว่าง ความรู้ ทัศนคติ พฤติกรรม กับการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลยางคราม อำเภอดอยหล่อ จังหวัดเชียงใหม่. **วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน**, 4(3), 114-125.

พุทธิพงศ์ บุญชู. (2563). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก: ศึกษาเปรียบเทียบ หมู่บ้านปลอดโรค กับหมู่บ้านที่มีการระบาดของโรคในตำบลน้ำผุด อำเภอเมืองตรัง จังหวัดตรัง. **วารสารสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ,** 3(3), 79-91

รัตติกาล พุ่มไพรขจร, พุฒิพงศ์ มากมาย, และ อมรศักดิ์ โพธิ์อ่ำ. (2567). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนตำบลวาเล่ย์ อำเภอพบพระ จังหวัดตาก. **วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน**, 10(4), 168-181.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย [อินเทอร์เน็ต].เชียงราย:งานควบคุมโรคติดต่อ [เข้าถึงเมื่อ 1 มกราคม 2568]. https://lookerstudio.google.com/reporting/a6c4655a-0f4d-4247-8842-16a6972308fa/page/duonD

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเชียงแสนจังหวัดเชียงราย ทะเบียนรายชื่ออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.). เอกสารอัดสำเนา;2568

สุรพล สิริปิยานนท์. (2563). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อำเภอวชิรบารมี จังหวัดพิจิตร. **วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม**, 4(8), 85-98.

สิวลี รัตนปัญญา. (2561). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการเฝ้าระวังและควบคุมโรคไข้เลือดออกในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอแม่ริม จังหวัดเชียงใหม่. **วารสารราชพฤกษ์**, 16(2), 87-96.

เอเชน วรพงศ์ไชย. (2562). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนอำเภอห้วยคต จังหวัดอุทัยธานี. **วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน**, 5(1), 126-138.

อุดร พร้อมมูล (2567).พฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคไข้เลือดออกของประชาชน ตำบลคูขุด อำเภอสทิงพระ จังหวัดสงขลา. **วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน**, 4(2), 1-13.

อลงกฎ ดอนละ. (2562). ความรู้ ทัศนคติ พฤติกรรมการปฏิบัติตนในการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชน อำเภอสระใคร จังหวัดหนองคาย. **วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10**, 17(1), 5-15.

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.

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

World Health Organization (21 December 2024). Disease Outbreak News; Dengue Global situation Available. ttps://www.who.int/emergencies/disease-outbreak news/item/2023-DON498

Received: 15 Jul 2026 **Revised:** 29 Jul 2026
Accepted: 6 Aug 2026

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลผู้ป่วยกลุ่มติดบ้านติดเตียงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตำบลเวียง อำเภอเชียงแสน จังหวัดเชียงราย

อารีรัตน์ ใจหาญ [1]

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลผู้ป่วยกลุ่มติดบ้านติดเตียงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลเวียง อำเภอเชียงแสน จังหวัดเชียงราย ประชากรคือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลเวียง อำเภอเชียงแสน จังหวัดเชียงราย จำนวน 185 คน โดยใช้สูตรการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างของ Daniel เท่ากับ 106 คน ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบมีระบบ เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่ คุณลักษณะส่วนบุคคล ปัจจัยด้านแรงจูงใจ ได้แก่ ปัจจัยภายใน ปัจจัยภายนอก ปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ ความร่วมมือจากหน่วยงานภาครัฐ การสนับสนุนจากครอบครัว ด้านความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วย ด้านอุปกรณ์ในการดูแล ความสามารถในการดูแลผู้ป่วย แบบสอบถามผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน และนำไปทดลองใช้เพื่อวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟ่าครอนบาค เท่ากับ 0.912 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ผลการวิจัยพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลผู้ป่วยกลุ่มติดบ้านติดเตียงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านประกอบด้วยปัจจัยแรงจูงใจภายใน($r=0.594$,P-value<0.001), ปัจจัยแรงจูงใจภายนอก ($r=0.220$, P-value 0.024), ปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ($r=0.223$, P-value=0.022), การสนับสนุนทางสังคมจากหน่วยงานของรัฐ ($r=0.548$, P-value=0.001) ,ด้านความรู้ในการดูแลผู้ป่วย ($r=0.066$,P-value=0.050),ด้านอุปกรณ์ในการดูแลผู้ป่วย($r=0.249$,P-value=0.010), ตามลำดับ

คำสำคัญ: กลุ่มติดบ้านติดเตียง, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน, ผู้ป่วย

[1] โรงพยาบาลเชียงแสน จังหวัดเชียงราย, E-mail: Aumjai1439@gmail.com

Factors Associated with the Care of Homebound and Bedridden Patients of Village Health Volunteers in Wiang Sub-district, Chiang Saen District, Chiang Rai

Areerat Jaihan [1]

Abstract

This descriptive research aimed to examine factors associated with the care of homebound and bedridden patients by Village Health Volunteers in Wiang Subdistrict, Chiang Saen District, Chiang Rai Province.The study population consisted of 185 Village Health Volunteers in the area. The sample size was calculated using Daniel's formula, yielding 106 participants. A systematic random sampling method was employed.Data were collected using a structured questionnaire divided into four parts:(1) personal characteristics;(2) motivational factors, including intrinsic and extrinsic motivation;(3) social support factors, including support from government agencies and family; and(4) knowledge and understanding of patient care, availability of caregiving equipment, and caregiving ability.The questionnaire's content validity was assessed by three experts. A pilot test was conducted to determine reliability, with a Cronbach's alpha coefficient of 0.912.Data were analyzed using Pearson's correlation coefficient.The results indicated that factors significantly associated with caregiving for homebound and bedridden patients among Village Health Volunteers included intrinsic motivation ($r = 0.594$, p-value < 0.001), extrinsic motivation ($r = 0.220$, p-value $= 0.024$), family social support ($r = 0.223$, p-value $= 0.022$), social support from government agencies ($r = 0.548$, p-value $= 0.001$), knowledge of patient care ($r = 0.066$, p-value $= 0.050$), and medical equipment ($r = 0.249$, p-value $= 0.010$), respectively

Keywords: Elderly with active aging**,** Health literacy, Quality of life

[1] Chiang Saen Hospital, Chiang Rai Province, E-mail: Aumjai1439@gmail.com

บทนำ

ประเทศไทยกำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างรวดเร็ว ในปี 2565 ถึง 2567 มีผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทั้งในเพศชายและเพศหญิง จำนวน 175,000 คน โดยมีสัดส่วนผู้สูงอายุเกินกว่าร้อยละ 10 ตั้งแต่ปี 2564 และคาดว่าในปี 2578 จะมีผู้สูงอายุสูงถึงร้อยละ 28 ของประชากรทั้งประเทศ (กรมอนามัย, 2024) ซึ่งสาเหตุสำคัญที่ทำให้มีจำนวนผู้ป่วยกลุ่มติดเตียงมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น เนื่องมาจากมีผู้ป่วยที่ป่วยด้วยกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นในทุกปีกับปัจจุบันประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ โดยมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป มีสัดส่วนถึงร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2559) ส่งผลให้มีผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงที่มีภาวะพึ่งพิงเพิ่มมากขึ้น

จังหวัดเชียงรายมีผู้ป่วยกลุ่มติดเตียงปี 2566-2568 มีจำนวน 467 531 542 ราย ตามลำดับ (Health Data Center สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย, 2568) เขตตำบลเวียง อำเภอเชียงแสน จังหวัดเชียงราย มีผู้ป่วยติดเตียงทุกกลุ่มโรค จำนวน 69 77 88 ราย ตามลำดับ (โรงพยาบาลเชียงแสน, 2568) ส่วนเขตรับผิดโรงพยาบาลเชียงแสน 5 หมู่บ้าน (หมู่ที่5-9) มีจำนวนผู้ป่วยกลุ่มติดเตียงทุกกลุ่มโรค จำนวน 13 19 22 ราย ตามลำดับ (Health Data Center สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย, 2568)

การดูแลผู้ป่วยกลุ่มติดเตียงที่มีภาวะพึ่งพิงทำให้เกิดผลกระทบทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม เศรษฐกิจ ทั้งต่อผู้ป่วยและผู้ดูแลส่งผลทำให้ทั้งผู้ป่วยกลุ่มติดเตียงและผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตที่ลดลง หากผู้ป่วยกลุ่มติดเตียงได้รับการดูแลที่ถูกต้องเหมาะสมจะทำให้ผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตที่ดีอันจะนำไปสู่คุณภาพชีวิตที่ดีทั้งผู้สูงอายุติดเตียง และผู้ดูแล ลดภาระค่าใช้จ่าย และลดอัตราการเป็นภาระต่อสังคม (สุวรรณา วุฒิรณฤทธ, และ วลัยนารี พรมลา , 2021) ผู้สูงอายุนอนติดเตียงมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน จำเป็น ต้องมีผู้ดูแลที่มีความรู้และความสามารถเพื่อให้การดูแลเป็นลักษณะการดูแลแบบไม่เป็นทางการส่วนใหญ่ได้รับการดูแลจากบุตรหลานหรือคู่สมรสของผู้ป่วย(Sathiraangura & Jantaummou, 2015) การดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงให้มีประสิทธิภาพจำเป็นต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของภาคประชาชน โดยมี อสม. เป็นกลไกหลักในการขับเคลื่อนการดำเนินงานพัฒนาสุขภาพอนามัยและคุณภาพชีวิตของประชาชนในหมู่บ้าน/ชุมชน เป็นผู้นำ การเปลี่ยนแปลง (Change agents) ประกอบด้วย 1) การส่งเสริมสุขภาพให้ความรู้และคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เป็นแบบอย่างที่ดีในการดูแลสุขภาพ รวมถึงการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพของหน่วยงานต่างๆ รวมถึงการส่งเสริมความเข้มแข็งทางจิตใจของคนในชุมชน

ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลผู้ป่วยกลุ่มติดบ้านติดเตียงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เขตตำบลเวียง อำเภอเชียงแสน จังหวัดเชียงราย เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิง

ประจักษ์ที่สามารถนำผลการศึกษาไปใช้ในการพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มติดเตียงได้อย่างมีประสิทธิภาพและเป็นกำลังสำคัญในการพัฒนาสุขภาพอนามัยของชุมชนได้อย่างยั่งยืนในพื้นที่ตำบลเวียง อำเภอเชียงแสน จังหวัดเชียงรายต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลผู้ป่วยกลุ่มติดบ้านติดเตียงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เขตตำบลเวียง อำเภอเชียงแสน จังหวัดเชียงราย

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research Study) โดยกำหนดตัวแปรอิสระ ได้แก่ 1) คุณลักษณะส่วนบุคคลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 2) ปัจจัยด้านแรงจูงใจประกอบด้วย แรงจูงใจภายใน แรงจูงใจภายนอก 3) ปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วย ความร่วมมือจากหน่วยงานภาครัฐ, การสนับสนุนจากครอบครัว,ด้านความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วย,ด้านอุปกรณ์ในการดูแล, และตัวแปรตาม ได้แก่ ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลเวียง อำเภอเชียงแสน จังหวัดเชียงราย จำนวน 185 คน เกณฑ์การคัดคือ เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลเวียง อำเภอเชียงแสน เป็น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่ปฏิบัติงานไม่น้อยกว่า 1 ปี และเป็นผู้ที่มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถติดต่อสื่อสารด้วยวิธีการอ่านและเขียนภาษาไทยได้ เกณฑ์การการคัดออกคือ ผู้ที่ไม่สมัครใจตอบแบบสอบถาม เสียชีวิต เจ็บป่วยกะทันหันจนไม่สามารถเข้าร่วมงานวิจัยได้ และไม่อยู่ที่บ้านในช่วงที่ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูล คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตร Daniel (2010) กำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ 95% ค่าความคลาดเคลื่อนสามารถยอมรับได้เท่ากับ 0.05 ได้กลุ่มตัวอย่าง 106 คน ใช้วิธีการสุ่มแบบมีระบบ (Systematic Random Sampling) เพื่อเลือกรายชื่ออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นกลุ่มตัวอย่าง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลคือ แบบสอบถาม ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้ต่อเดือน ครัวเรือนในความรับผิดชอบ ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน ระยะเวลาในการได้รับการอบรม การได้รับข้อมูลข่าวสาร

ส่วนที่ 2 ปัจจัยด้านแรงจูงใจ ประกอบด้วย แรงจูงใจภายในและแรงจูงใจภายนอกลักษณะข้อคำถามแบบประมาณค่า 5 ระดับคือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง เกณฑ์การแปลผล แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับสูง ระดับปานกลาง และระดับต่ำ โดยให้ค่าคะแนนสูงสุด ลบ ด้วยคะแนนต่ำสุด แล้วนำไปหารด้วยระดับอันตรภาคชั้นที่ต้องการตามแนวคิดของ เบสท์ (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)

ส่วนที่ 3 ปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วย ด้านความร่วมมือจากหน่วยภาครัฐ ครอบครัว เพื่อน ลักษณะคำถามแบบประมาณค่า 5 ระดับ คือ สนับสนุนดีมาก สนับสนุนมาก สนับสนุนปานกลาง สนับสนุนน้อย ไม่สนับสนุนเลย ,ด้านความรู้ ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบถูกหรือผิด โดยมีเกณฑ์ให้คะแนนดังนี้ คำตอบที่ถูกได้คะแนนเท่ากับ1 คะแนน คำตอบที่ผิดได้คะแนนเท่ากับ0 คะแนน โดยใช้แนวคิดของ (นพคณ แทนผักแว่น ,2562) ,ด้านอุปกรณ์ในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มติดบ้านติดเตียง ลักษณะคำถามแบบประมาณค่า 5 ระดับ เพียงพอมากที่สุด เพียงพอมาก เพียงพอปานกลาง เพียงพอน้อย ไม่เพียงพอใช้เกณฑ์การแปลผลตามแนวคิดของเบสท์ (Best,1977) ระดับสูง (≥6.66) ระดับปานกลาง (3.33 – 6.66) ระดับต่ำ (0.33-3.33)

ส่วนที่ 4 ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มติดบ้านติดเตียง ลักษณะคำถามแบบประมาณค่า 5 ระดับ มากที่สุด มาก ปานกลาง เล็กน้อย ไม่เลย ใช้เกณฑ์การแปลผลตามแนวคิดของ Best (1977) ระดับสูง (3.67 -5.00) ระดับปานกลาง (2.34 – 3.66) ระดับต่ำ (1.00 - 2.33)

แบบสอบถามนี้สร้างขึ้นจากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่านตรวจสอบความตรงของเนื้อหา นำแบบสอบถามไปทดลองใช้คำนวณค่าความเที่ยง (Reliability) ด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาค (Cronbach, 1951) เท่ากับ 0.912

สถิติวิเคราะห์

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson’s Product Moment correlation coefficient)

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้ดำเนินการขอความเห็นชอบจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย เอกสารรับรองเลขที่ CRPPHO 188/2568 ลงวันที่ 5 มกราคม 2569

ผลการศึกษาวิจัย

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (63.21%) ช่วงอายุอยู่ระหว่าง 40-60 ปี (70.80%) ($\overline{X}$=51.49, S.D.=9.062, Min=32, Max=72) มีสถานภาพสมรส/คู่และอยู่ด้วยกัน (68.90%) และมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสถานภาพ โสด (20.80%) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (49.10%) และมัธยมศึกษา/ปวช. (34.00%) มีเพียง 8.50% ที่จบการศึกษาระดับอนุปริญญา/ปวส. ปริญญาตรี อาชีพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านส่วนใหญ่ประกอบอาชีพ รับจ้างทั่วไป (48.11%) ค้าขาย/เจ้าของกิจการ (24.53%) เกษตรกรรม (21.70%) และว่างงาน/ไม่มีอาชีพ (1.89%) สำหรับระยะเวลาในการปฏิบัติงานเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบอยู่ในช่วงระยะเวลา 5-20 ปี (66.04%) ($\overline{X}$=13.69, S.D.= 9.707, Min=1, Max=42) และส่วนใหญ่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ได้รับการอบรมการดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง >=2 ครั้ง (59.43%) ($\overline{X}$=1.41, S.D.= 0.499, Min=1, Max=2) ประวัติการมีโรคประจำตัวของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีโรคประจำตัว (38.68%) โรคประจำตัวที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านป่วยเป็นอันดับแรกคือ โรคความดันโลหิตสูง (31.13%) โรคเก๊าส์ (7.55%) และโรคไขมันในเลือดสูง (5.66%) ตามลำดับ และแหล่งข้อมูลข่าวสารที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้รับเกี่ยวกับการการดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง พบว่าส่วนใหญ่ได้รับข่าวสารมาจาก สื่อออนไลน์ Facebook, Line (69.81%) วิทยุ/โทรทัศน์ (16.98%) เอกสาร/ตำรา/หนังสือพิมพ์ (9.43%) ตามลำดับ

ปัจจัยแรงจูงใจในภาพรวมมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง (98.45%) ($\overline{X}$=2.92, S.D.=0.265) เมื่อพิจารณาปัจจัยแรงจูงใจภายใน จำแนกรายที่มีคะแนนในระดับสูง ($\overline{X}$=2.92, S.D.=0.265) ปัจจัยแรงจูงใจภายนอก ($\overline{X}$=2.87, S.D.=0.329) ตามลำดับ (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ปัจจัยด้านแรงจูงใจ ประกอบด้วยปัจจัยภายใน ปัจจัยภายนอกนำ ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (n=106)

ตัวแปรอิสระ	ระดับคะแนน						Mean	S.D.
	สูง		ปานกลาง		ต่ำ			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ปัจจัยภายใน	**98**	**92.45**	**8**	**7.55**	**0**	**0.00**	**2.92**	**0.265**
1. มีความสุขเมื่อสามารถช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกสบายขึ้น	42	39.60	61	57.50	0	0.00	4.36	0.540
2. รู้สึกภูมิใจที่ได้ดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง	35	33.00	67	63.20	0	0.00	4.29	0.484
ปัจจัยภายนอก	**93**	**87.74**	**12**	**12.26**	**0**	**0.00**	**2.87**	**0.329**
1.ความไว้วางใจจากครอบครัวแรงจูงใจทำให้ตั้งใจทำงาน	43	40.60	56	52.80	6	5.70	4.33	0.628
2.สิ่งจูงใจจากองค์กร เช่น การ	42	39.60	56	52.80	6	5.70	4.30	0.664
อบรมหรือทุนการศึกษา ส่งเสริมให้ฉันพัฒนาตนเอง	37	34.91	69	65.09	0	0.00	2.34	0.47

ปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคมภาพรวมมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง (98.45%) ($\bar{X}$=2.92, S.D.=0.265)เมื่อพิจารณาด้านการสนับสนุนจากครอบครัว จำแนกรายที่มีคะแนนในระดับสูง ($\bar{X}$=2.76, S.D.=0.488) ด้านแรงสนับสนุนจากหน่วยงานของรัฐ จำแนกรายที่มีคะแนนในระดับสูง ($\bar{X}$=2.94, S.D.=0.232) ด้านอุปกรณ์ในการดูแลผู้ป่วย ($\bar{X}$=2.79, S.D.=0.547) ตามลำดับ (ตามตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วยด้านการสนับสนุนจากครอบครัว,แรงสนับสนุนจากหน่วยงานของรัฐ , ด้านอุปกรณ์ในการดูแลผู้ป่วยของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (n=106)

ตัวแปรอิสระ	ระดับ						Mean	S.D.
	สูง		ปานกลาง		ต่ำ			
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ		
- การสนับสนุนจากครอบครัว	84	79.25	19	17.92	3	2.83	2.76	0.488
- สนับสนุนจากหน่วยงานของรัฐ	100	94.34	6	5.66	0	0.00	2.94	0.232
- ด้านอุปกรณ์ในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มติดบ้านติดเตียง	91	85.85	8	7.55	7	6.60	2.79	0.547
รวม การสนับสนุนในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มติดบ้านติดเตียง	**98**	**92.45**	**8**	**7.55**	**0**	**0.00**	**2.92**	**0.265**

ด้านความรู้ในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มติดบ้านติดเตียงเมื่อพิจารณาความรู้ของอสม.จำแนกรายด้านที่มีคะแนนในระดับสูง ได้แก่ ข้อ1.เนื้อสัตว์ประเภทปลาเหมาะกับผู้ป่วยกลุ่มติดบ้านติดเตียงมากที่สุดเพราะย่อยง่ายและมีคุณค่าทางอาหารสูง ($\overline{X}$=0.97, S.D.=0.467) ข้อ5.การกินผัก ผลไม้ การดื่มน้ำมาก ๆ ช่วยลดท้องผูก และช่วยทำให้ร่างกายสดชื่น ($\overline{X}$=0.98, S.D.=0.137) ข้อ9.ล้างมือก่อนและหลังสัมผัสดูแลผู้ป่วยกลุ่มติดบ้านติดเตียงด้วยน้ำและสบู่หรือแอลกอฮอล์เจลล้างมือทุกครั้ง($\overline{X}$=0.96,S.D.=0.191) ตามลำดับ (ตามตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ด้านความรู้ในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มติดบ้านติดเตียงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (n=106)

ตัวแปรอิสระ		ระดับความรู้				Mean	S.D.
		ถูก		ผิด			
		จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ		
ความรู้การดูแลผู้ป่วยกลุ่มติดบ้านติดเตียง		91	85.85	8	7.55	2.79	0.547
1	เนื้อสัตว์ประเภทปลาเหมาะกับผู้ป่วยกลุ่มติดบ้านติดเตียงมากที่สุดเพราะย่อยง่ายและมีคุณค่าทางอาหารสูง	103	97.20	3	2.80	0.97	0.167
2	การกินผัก ผลไม้ การดื่มน้ำมาก ๆ ช่วยลดท้องผูก และช่วยทำให้ร่างกายสดชื่น	104	98.10	2	1.90	0.98	0.137
3	ล้างมือก่อนและหลังสัมผัสดูแลผู้ป่วยกลุ่มติดบ้านติดเตียง ด้วยน้ำและสบู่หรือ	102	96.20	4	3.80	0.96	0.191

ตารางที่ 4 ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มติดบ้านติดเตียงของอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน ภาพรวม (85.85%) ($\overline{X}$=2.84, S.D.=0.385) ตามลำดับ (ตามตารางที่ 4)

ตัวแปรตาม	ระดับ						Mean	S.D.
	สูง		ปานกลาง		ต่ำ			
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ		
ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มติดบ้านติดเตียง	91	85.85	14	13.21	1	0.94	2.84	0.385

จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ตามตารางที่ 5 ผลการวิเคราะห์ตัวแปรอิสระที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มติดบ้านติดเตียงของอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ ปัจจัยแรงจูงใจภายใน (r=0.549, P-value<0.001) ปัจจัยแรงจูงใจภายนอก (r=0.220, P-

value=0.024) ปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว (r=0.223, P-value=0.022) การสนับสนุนจากหน่วยงานของรัฐ (r=0.548, P-value=0.001) ความรู้ความเข้าใจ (r=0.023, P-value=0.020) ด้านอุปกรณ์ในการดูแลผู้ป่วย (r=0.066, P-value=0.249) ตามลำดับ

ตารางที่ 5 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างปัจจัยแรงจูงใจ ปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคมของอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน

ปัจจัย	ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มติดบ้านติดเตียง		
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (r)	P-value	ระดับความสัมพันธ์
ปัจจัยแรงจูงใจ			
- ปัจจัยแรงจูงใจภายใน	0.594	<0.001	มีความสัมพันธ์ทางบวก
- ปัจจัยแรงจูงใจภายนอก	0.220	0.024	มีความสัมพันธ์ทางบวก
ปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคม			
- การสนับสนุนจากครอบครัว	0.223	0.022	มีความสัมพันธ์ทางบวก
- การสนับสนุนจากหน่วยงานของรัฐ	0.548	0.001*	มีความสัมพันธ์ทางบวก
- ความรู้ความเข้าใจ	0.023	0.020	มีความสัมพันธ์ทางบวก
- ด้านอุปกรณ์ในการดูแลผู้ป่วย	0.249	0.010	มีความสัมพันธ์ทางบวก

การอภิปรายผลและสรุปผล

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลผู้ป่วยกลุ่มติดบ้านติดเตียงของอาสาสมัครสาธารณสุขสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเชียงแสน จังหวัดเชียงราย ประกอบด้วย ปัจจัยแรงจูงใจภายใน ปัจจัยแรงจูงใจภายนอก ,ปัจจัยด้านแรงสนับสนุนจากครอบครัว,ด้านแรงสนับสนุนจากหน่วยงานภาครัฐ,ด้านความรู้ความเข้าใจ,ด้านอุปกรณ์ในการดูแล อภิปรายผลการวิจัย ดังนี้

ปัจจัยด้านแรงจูงใจภายในมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มติดบ้านติดเตียงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r=0.594, P-value<0.001) อธิบายได้ว่าเมื่อ อสม. รู้สึกว่างานดูแลผู้ป่วยมีคุณค่าและได้รับการยกย่องจากชุมชน จะเกิดพลังจากภายใน (Intrinsic Motivation) ที่ผลักดันให้พวกเขาแสวงหาความรู้และพัฒนาทักษะการดูแลให้ดียิ่งขึ้นเมื่อ อสม. มีแรงจูงใจสูง จะมี

ความพยายามในการวิเคราะห์ ความต้องการดูแลตนเอง (Self-Care Demand) ของผู้ป่วยได้ละเอียดขึ้น ซึ่งตรงกับแนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem's Self-Care Deficit Theory) ซึ่งประกอบด้วยความรู้ ทักษะ และ แรงจูงใจ (Motivator Factors) เช่น การได้รับการยอมรับนับถือ ความรู้สึกประสบความสำเร็จ มีความท้าทาย และสอดคล้องกับงานวิจัยของพารินทร์ แก้วสวัสดิ์ (2565) พบว่าปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล แรงจูงใจและสมรรถนะมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่าความสำเร็จในการทำงาน การยอมรับนับถือ ความรับผิดชอบ ค่าป่วยการหรือสวัสดิการ สภาพการทำงาน และความมั่นคงในการปฏิบัติงานมีความสัมพันธ์กับสมรรถนะการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ หมู่บ้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

ปัจจัยด้านแรงจูงใจภายนอกมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มติดบ้านติดเตียงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r=0.220, P-value<0.024) อธิบายได้ว่าแรงจูงใจภายนอกไม่ได้หมายถึงเงินเพียงอย่างเดียว แต่รวมถึงการได้รับคำชมเชยจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข การยอมรับจากคนในชุมชน หรือการได้รับการอบรมส่งเสริมเพื่อพัฒนาศักยภาพ โดยแรงจูงใจภายนอก ประกอบด้วยมีสวัสดิการหรือผลประโยชน์อื่นๆ ทำให้มีแรงจูงใจในการทำงาน อยู่ในระดับเห็นด้วย (64.20%) รองลงมาคือ การได้รับการยอมรับจากผู้บริหารหรือหัวหน้างานมีผลต่อการปฏิบัติงาน อยู่ในระดับเห็นด้วย (62.30%) ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยของ วสุนธรารตโนภาส,นพวรรณบุญบำรุง (2567) ศึกษาความต้องการในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเมือง จังหวัดกำแพงเพชร พบว่า ผลการวิจัยพบว่าในภาพรวมอสม.มีระดับความต้องการในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงอยู่ในระดับมาก ($\overline{\mathbf{X}}$=3.57, S.D.=0.88) โดยอสม.มีระดับความต้องการด้านสภาพแวดล้อมและการจัดการภายในบ้านมากกว่าในทุกด้าน($\overline{\mathbf{X}}$=3.70, S.D.=0.99)และ 2) ปัจจัยส่วนบุคคลได้แก่การมีโรคประจำตัวและความพอเพียงของรายได้มีความสัมพันธ์กับระดับความต้องการของอาสาสมัครในภาพรวมเพศมีความสัมพันธ์กับระดับความต้องการของอาสาสมัครด้านข่าวสารข้อมูล และประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงมีความสัมพันธ์กับระดับความต้องการของอาสาสมัครด้านค่าตอบแทน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคมจากหน่วยงานของรัฐ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มติดบ้านติดเตียงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r=0.548, P-value<0.001) สามารถอธิบายเหตุผลได้ว่าแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นเกราะป้องกันและแรงขับเคลื่อนที่สำคัญที่ช่วยเสริมสร้างความมั่นใจและลดอุปสรรคในการปฏิบัติงาน ทำให้อสม.สามารถแสดงศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงได้อย่างเต็มที่ ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยของ ของสมจิตร์ ขุนสุข (2565) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์

กับการปฏิบัติงานดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงผลการศึกษาพบว่าปฏิบัติงานในระดับดีร้อยละ 67.5 ระดับปานกลางร้อยละ 18.3 และระดับต่ำร้อยละ14.3 เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานพบว่าความรู้และการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนตัวแปรอื่นๆ ได้แก่ เพศ การศึกษา อาชีพ รายได้ ความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่อยู่ในความดูแล ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน และเจตคติไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของผู้ดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง

ปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มติดบ้านติดเตียงของอาสาสมัครสาธารณสุข อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r=0.223, P-value=0.022) สามารถอธิบายเหตุผลได้ว่าแรงสนับสนุนจากบุคคลใกล้ชิดหรือคนในครอบครัวช่วยสร้างเสริมความแข็งแกร่งทางจิตใจ (Psychological Resilience) ชี้ให้เห็นว่าครอบครัวเป็นแรงหนุนสำคัญที่ช่วยให้ อสม.ปฏิบัติงานได้อย่างต่อเนื่องโดยไร้ความกังวลจากภาระในครอบครัว โดยแรงสนับสนุนจากครอบครัวมีทัศนคติที่ดีต่อการดูแลผู้ป่วย อยู่ในระดับสนับสนุนดี (67.90%) รองลงมาคือมีการแบ่งหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยอยู่ในระดับสนับสนุนดี (60.40%) ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยของ นิรัชรา เหลี่ยมเลิศ (2567) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมในการดูแลสุขภาพกับคุณภาพผู้สูงอายุ ในเขตเทศบาลตำบลบางผึ้ง อำเภอบางปะกง จังหวัดฉะเชิงเทรา ผลการศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตสัมพันธ์กันเชิงบวก (r =0.48 p< 0.01) โดยรวมการ สนับสนุนจากญาติ เพื่อน วัด อสม. และหน่วยงานรัฐ กับคุณภาพชีวิตโดยรวม สัมพันธ์กันเชิงบวก

ปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคมจากหน่วยงานภาครัฐมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มติดบ้านติดเตียงของอาสาสมัครสาธารณสุข อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r=0.548, P-value=0.001) ถือเป็นหัวใจสำคัญของระบบสาธารณสุขมูลฐานไทยสามารถอธิบายเหตุผลได้ว่าหน่วยงานภาครัฐ เป็นแหล่งทรัพยากรบุคคลที่มีความเชี่ยวชาญ โดยการสนับสนุนจากหน่วยงานภาครัฐ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขดูแลช่วยเหลือในสิ่งที่ไม่สามารถทำด้วยตนเองได้ อยู่ในระดับสนับสนุนดี (58.50%) รองลงมาคือมีระบบส่งต่อผู้ป่วยไปโรงพยาบาลในกรณีฉุกเฉิน (51.90%) และรองลงมาคือได้รับอุปกรณ์หรือเวชภัณฑ์ที่จำเป็นต่อการดูแลผู้ป่วย (50.90%) ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยของ มันทะนา มะเดื่อ (2567) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) จังหวัดฉะเชิงเทรา โดยกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุในเขตอำเภอเมือง จังหวัดฉะเชิงเทรา จำนวน 82 คน ผลการศึกษา พบว่าพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแลผู้สูงอายุภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ในระดับดี ($\bar{x}$= 2.60,S.D. = 0.490)

ปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคมด้านความรู้ความเข้าใจมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มติดบ้านติดเตียงของอาสาสมัครสาธารณสุขอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ(r=0.023,P-value=0.020) สามารถอธิบายเหตุผลได้ว่าการดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงเป็นงานที่เน้นทักษะการปฏิบัติและประสบการณ์ (Experience-based) มากกว่าการใช้ความรู้ทางทฤษฎีเพียงอย่างเดียว การเลือกรับประทานอาหารเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการดำรงชีวิตและสุขภาพ ภาวะโภชนาการเป็นเครื่องบ่งชี้สภาพความเป็นอยู่และคุณภาพชีวิตของบุคคล การมีภาวะโภชนาการที่ดีจะมีผลให้ร่างกายมีสุขภาพแข็งแรง จากผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยกลุ่มติดบ้านติดเตียงเขตตำบลเวียงอำเภอเชียงแสน จังหวัดเชียงรายมีระดับความรู้ในการดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงอยู่ในระดับสูง (85.85%) โดยพฤติกรรมที่ผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงสามารถปฏิบัติได้อย่างเหมาะสม เกี่ยวกับการกินผักผลไม้การดื่มน้ำมาก ๆ ช่วยลดท้องผูกและช่วยทำให้ร่างกายสดชื่น รองลงมาคือ มีเนื้อสัตว์ประเภทปลาเหมาะกับผู้ป่วยมากที่สุดเพราะย่อยง่ายและมีคุณค่าทางอาหารสูง รองลงคือ ล้างมือก่อนและหลังสัมผัสดูแลผู้ป่วยด้วยน้ำและสบู่หรือแอลกอฮอล์เจลล้างมือทุกครั้ง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเนติยา แจ่มทิมและขวัญฤทัย ธรรมกิจไพโรจน์. (2568) ศึกษาการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดสุพรรณบุรี ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการปฏิบัติการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดสุพรรณบุรี ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติการดูแลตามบทบาทผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยรวม อยู่ในระดับมาก (M = 4.04, SD = 0.39)

ปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคมด้านอุปกรณ์ในการดูแลผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มติดบ้านติดเตียงของอาสาสมัครสาธารณสุขอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ(r=0.249,P-value=0.010) สามารถอธิบายเหตุผลได้ว่าในบริบทของสังคมไทย เมื่อ อสม. ลงพื้นที่พร้อมอุปกรณ์สนับสนุน จะช่วยสร้างความเชื่อมั่น (Trust) ให้กับญาติและตัวผู้ป่วยเอง เมื่อครอบครัวผู้ป่วยให้ความร่วมมือและยอมรับในตัว อสม. จะส่งผลให้ อสม. มีกำลังใจและรู้สึกว่าตนเองมีศักยภาพ (Perceived Competence) ในการดูแลผู้ป่วยได้ดียิ่งขึ้นโดยอุปกรณ์ในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มติดบ้านติดเตียงมีความสะอาดและปลอดภัยอยู่ในระดับมาก (63.20%) รองลงมาคือมีการดูแลรักษาอุปกรณ์ทางการแพทย์อย่างสม่ำเสมอเพื่อให้พร้อมใช้งานได้ทันท่วงทีอยู่ในระดับมาก (55.70%) รองลงมาคือ อุปกรณ์ในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มติดบ้านติดเตียงเพียงพอและพร้อมใช้ได้จริงต่อการดูแลผู้ป่วยอยู่ในระดับมาก (51.92%) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ นางสาวจุรีรัตน์ จันทคาร (2567) ศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนากระบวนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงโดยหมอประจำครอบครัว และ การมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ตำบลทุ่งลาน อำเภอคลองหอยโข่ง จังหวัดสงขลา ผลการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ต้องประสบปัญหาทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านจิตสังคม และ ด้านจิตวิญญาณ และรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุ และแนวทางการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง โดยหมอประจำ ครอบครัว และการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ควรมุ่งเน้นไปที่

การตรวจสุขภาพผู้สูงอายุเพื่อตรวจคัด กรองความเสี่ยงและค้นหาโรคเรื้อรังในผู้สูงอายุ การอบรมผู้สูงอายุในเรื่องการดูแลสุขภาพตนเอง การอบรม ผู้ดูแลผู้สูงอายุ กิจกรรมเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุเป็นไปตามเกณฑ์ของ Long term care ผลการศึกษาครั้งนี้ทำให้ทราบถึงสภาพปัญหาของผู้ดูแลผู้สูงอายุ และแนวทางในการดูแลผู้สูงอายุ จึงสามารถนำไปใช้ในการวางแผนดูแลผู้สูงอายุ และผู้ดูแลผู้สูงอายุให้สามารถมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้

ข้อเสนอแนะจากงานวิจัย

1) ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า ด้านแรงสนับสนุนทางสังคมในประเด็นการให้คำยกย่องชมเชยหรือการให้ข้อมูลย้อนกลับส่งผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ดังนั้นประชาชนผู้นำชุมชนเพื่อนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ควรมีการเสริมแรงสนับสนุนทางสังคมซึ่งทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านรู้สึกมั่นใจในการปฏิบัติงานให้สำเร็จ

2.) จากการศึกษาพบว่า ควรมีการเชิดชูเกียรติ อสม. ที่มีผลการปฏิบัติงานดีเด่นในการดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง เช่น การมอบเกียรติบัตรหรือสวัสดิการพิเศษ เพื่อสร้างแรงจูงใจและลดอัตราความเหนื่อยล้า รวมถึงจัดตั้งกองทุนหรือธนาคารอุปกรณ์การแพทย์ ในระดับตำบลเวียง เพื่อให้ อสม. สามารถเบิกอุปกรณ์ที่จำเป็น ไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว ไม่ติดขัดเรื่องงบประมาณนอกจากนี้ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบปัจจัยที่ส่งผลต่อการปฏิบัติงานระหว่าง อสม. ในเขตเทศบาล กับ อสม. ในพื้นที่ห่างไกลของอำเภอเชียงแสน เพื่อนำมาพัฒนาแนวทางการสนับสนุนที่เหมาะสมกับแต่ละพื้นที่

เอกสารอ้างอิง

จุรีรัตน์ จันทคาร. (2567). การพัฒนากระบวนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงโดยหมอประจำครอบครัวและการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ตำบลทุ่งลาน อำเภอคลองหอยโข่ง จังหวัดสงขลา. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุ่งลาน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอคลองหอยโข่ง.

เนติยา แจ่มทิม, จิรพรรณ โพธิ์ทอง, และขวัญฤทัย ธรรมกิจไพโรจน์. (2568). ปัจจัยที่ส่งผลต่อการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแลในชุมชน ตำบลสนามชัย อำเภอเมือง จังหวัดสุพรรณบุรี. ราชาวดีสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์, 15(1), 63–76.

นิรัชรา เหลี่ยมเลิศ. (2560). ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมในการดูแลสุขภาพกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ในเขตเทศบาลตำบลบางผึ้ง อำเภอบางปะกง จังหวัดฉะเชิงเทรา [วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยบูรพา]. คลังปัญญามหาวิทยาลัยบูรพา.

พารินทร์ แก้วสวัสดิ์. (2567). แรงจูงใจที่มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอลาดหลุมแก้ว จังหวัดปทุมธานี. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน, 10(1), 163-176.

มันทะนา มะเดื่อ. (2567). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแลผู้สูงอายุภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) จังหวัดฉะเชิงเทรา. วารสารควบคุมโรคและอนามัยสิ่งแวดล้อมอาเซียน, 4(2), 1–15.

วสุนธรา รตโนภาส, และ นพวรรณ บุญบำรุง. (2567). ความต้องการในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงของอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน: กรณีศึกษาอำเภอเมือง จังหวัดกำแพงเพชร. วารสารวิจัยวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏเจริญพาสน์, 6(1), 45–58.

สมจิตร์ ขุนสุข. (2565). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางจัก สำนักงานสาธารณสุขอำเภอวิเศษชัยชาญ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอ่างทอง.

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเชียงแสน จังหวัดเชียงราย. (2568). *ทะเบียนรายชื่ออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)* [เอกสารอัดสำเนา].

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.

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

World Health Organization (21 December 2024). Disease Outbreak News; Dengue Global situation Available. ttps://www.who.int/emergencies/disease-outbreak news/item/2023-DON498

วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีนอร์ทเทิร์น

JOURNAL OF SCIENCE AND TECHNOLOGY NORTHERN

ปีที่ 7 ฉบับที่ 3 ประจำเดือน กรกฎาคม - กันยายน 2569



วิทยาลัยนอร์ทเทิร์น
ฝ่ายวิจัยและบริการวิชาการ วิทยาลัยนอร์ทเทิร์น
888 หมู่ที่ 2 ตำบลหนองบัวใต้ อำเภอเมือง จังหวัดตาก 63000
โทร.055-517488 ต่อ 5
www.northern.co.th