



ชัยภูมิเวชสาร

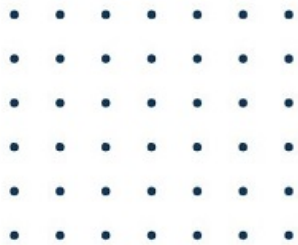
CHAIYAPHUM MEDICAL JOURNAL

ISSN 2985-0649 (Print)

ISSN 2985-0657 (Online)

ปีที่ 45 ฉบับที่ 1 มิถุนายน 2568

Volume 45 Number 1 (June, 2025)



CONTACT US



044-104-610



โรงพยาบาลชัยภูมิ

ชัยภูมิเวชสาร

Chaiyaphum Medical Journal

วารสารของโรงพยาบาลชัยภูมิ กระทรวงสาธารณสุข
ปีที่ ๔๕ ฉบับที่ ๑ (มิถุนายน ๒๕๖๘) Vol.45 No.1 (June 2025)
ISSN: 2985-0649 (Print) ISSN: 2985-0657 (Online)

คณะที่ปรึกษา (Advisory Board)

ผศ.(พิเศษ) นายแพทย์ณรงค์ศักดิ์ บำรุงถิ่น
นายแพทย์อนวัช วรรณะมณีกุล

บรรณาธิการ (Editor)

ดร.นายแพทย์สัจจะ ตติยานุพันธ์วงศ์

บรรณาธิการผู้ช่วย (Assistant Editor)

นายสาโรจน์ ประพรมมา
นายแพทย์ธนิตศักดิ์ ทวีโคตร

กองบรรณาธิการ (Associate Editors)

รศ.ดร.ชนวัฒน์ ชัยวงศ์พัชรา ปร.ด.(อายุรศาสตร์เขตร้อน) วิทยาลัยสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา
รศ.ดร.ทัตพร ชูศักดิ์ คณะบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์
จังหวัดปทุมธานี
ผศ.ดร.พงศ์มาดา ดามาพงษ์ ปร.ด.(วิทยาศาสตร์สุขภาพ) วิทยาลัยสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา
ผศ.ดร.พีรดา ดามาพงษ์ วท.ด.(วิทยาศาสตร์สาธารณสุข) วิทยาลัยสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา
ผศ.ดร.รัฐพล ศิลปรัตน์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ จังหวัด
ปทุมธานี
ผศ.ดร.ศักดิ์ชาย เพ็ชรตรา ปร.ด.(เทคโนโลยีด้านชีวภาพและสุขภาพ) มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ
ผศ.ดร.สุวิมลรัตน์ รอบรู้เจน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ
ผศ.จันทร์รัตน์ อาริสงฆ์ชัย คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์
ผศ.อิงคณา โคตรนารา มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ
ว่าที่ร้อยตรี ดร.วรวิมล มหามิตร หลักสูตรสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ
ดร.สุพัฒน์ อาสนะ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธรขอนแก่น
ดร.ทพญ.อรพรรณ นามมนตรี วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธรขอนแก่น
ดร.ทพญ.โสธยา เกลยจิต วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธรขอนแก่น
ดร.เสาวณีย์ ทรงประโคน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
ดร.อรอุมา แก้วเกิด วิทยาลัยบรมราชชนนีนครพนม

ดร.จันทร์จิรา ตรีเพชร มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ

ดร.วิสุทธิ์ สุกรินทร์ กลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี

ดร.สมคิด เทียมแก้ว โรงพยาบาลบ้านแท่น จังหวัดชัยภูมิ

ดร.ทพ.ณัฐปภัฏ สันวิจิตร โรงพยาบาลคอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ

ดร.อรินันท์ ปิตาเรเต โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบัวลาย อำเภอบัวลาย จังหวัดนครราชสีมา

ดร.อุบลรัตน์ ชื่นสมานศรี โรงพยาบาลหนองแค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี

นางกิตติรัตน์ สวัสดิ์รักษ์ โรงพยาบาลภูเขียวเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดชัยภูมิ

ดร.นายแพทย์โรจกร ลือมงคล โรงพยาบาลชัยภูมิ

นายแพทย์อุดมโชค อินทรโชติ โรงพยาบาลชัยภูมิ

แพทย์หญิงชลธิชา จิตเอื้อโอภาส โรงพยาบาลชัยภูมิ

แพทย์หญิงวินิษา รุจินาวรรณ โรงพยาบาลชัยภูมิ

นายอำนาจ สุขอุดม โรงพยาบาลชัยภูมิ

นางลลิสรา สวัสดิ์รักษ์ โรงพยาบาลชัยภูมิ

นางเจนจิรา บุราคร โรงพยาบาลชัยภูมิ

ฝ่ายศิลป์ (Art Work)

นางสาวกิริณา ไผ่ผักแว่น

ฝ่ายจัดการทั่วไป (General Manager)

นายทศพร พายุบุตร

สำนักงานบรรณาธิการ (Editorial office Address)

ชัยภูมิเวชสาร

ห้องสมุดโรงพยาบาลชัยภูมิ

12 ถนนบรรณาการ

ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ 36000

โทร 044-837100 ต่อ 88125

089-5747876 (ทศพร)

e-mail: thodsaporn.ph@gmail.com

e-Journal: <https://thaidj.org/index.php/CMJ/about>

กำหนดออก: ราย 6 เดือน (Semiannual)

มิถุนายน, ธันวาคม

ชัยภูมิเวชสาร

Chaiyaphum Medical Journal

วารสารของโรงพยาบาลชัยภูมิ กระทรวงสาธารณสุข

ปีที่ ๔๕ ฉบับที่ ๑ (มิถุนายน ๒๕๖๘) Vol.45 No.1 (June 2025)

ISSN: 2985-0649 (Print) ISSN: 2985-0657 (Online)

CONTENTS

	รหัสบทความ
อัตราการเสียชีวิตและระยะเวลาที่เหมาะสมในการเจาะคอของผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจโรงพยาบาล ชัยภูมิ วรรณวิไล เลิศไพศาลกุล The mortality rate and the optimal timing for performing a tracheostomy on intubated patients at Chaiyaphum Hospital. Wanwilai Loetphaisankul	e16317
การศึกษาศักยภาพของโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงใน กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ตำบลบางกระบือ อำเภอเมืองสิงห์บุรี จังหวัดสิงห์บุรี รุ่งหิรัญ อินเจ็ก An evaluation of a health belief program to promote behavioral changes for hypertension prevention among high-risk individuals in Bang Krabue Subdistrict, Sing Buri Province. Runghirun Injek	e16333
การศึกษาศักยภาพของโปรแกรมการดูแลตนเองในการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ ตำบลบางกระบือ อำเภอเมืองสิงห์บุรี จังหวัดสิงห์บุรี คนิตา อินเจ็ก Evaluating the effectiveness of a self-care intervention for fall prevention in older adults residing in Bang Krabue Subdistrict, Sing Buri Province. Danita Injek	e16334
การพัฒนาแนวทางการจัดการขยะมูลฝอยของครัวเรือน และชุมชน: กรณีศึกษา หมู่ 10 บ้านโนน สะอาด และหมู่ 11 บ้านโนนสวรรค์ องค์การบริหารส่วนตำบลหนองน้ำใส อำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น พิชญพร ลุนาบุตร, วิลาวัณย์ ชมนิรัตน์, ชาลิต หงษ์ยนต์ Development of solid waste management guidelines for households and communities: A Case Study of Village No. 10, Ban Non Sa-at, and Village No. 11, Ban Non Sawan, Nong Nam Sai Subdistrict Administrative Organization, Ban Phai District, Khon Kaen. Pichayaporn Lunabut, Wilawan Chomnirat, Chawalit Hongyon	e16395

- ปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จังหวัดชัยภูมิ **e16418**
 พีรญา วันนา, นพรัตน์ เสนาหา
 Factors influencing the Implementation of District Health Board in Chaiyaphum Province.
 Peeraya Wanna, Nopparat Senahad
- การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุ โดยการวิเคราะห์จัดกลุ่มภาวะสุขภาพและความรอบรู้ของ **e16475**
 กลุ่มเป้าหมาย ในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหุบคา อำเภอ
 แก้งคร้อ จังหวัดชัยภูมิ
 ธวัชชัย ทองนำ
 Developing an elderly care model by analyzing and classifying health status and health literacy of
 the target group in the service area of Lhub Kha Health Promotion Hospital, Kaeng Khro,
 Chaiyaphum.
 Tawatchai Tongnum
- รูปแบบการป้องกันโรคโควิด-19 ในผู้สูงอายุ จังหวัดชัยภูมิ **e16570**
 สุวาริ ทวนวิเศษกุล, ปาริชาติ ญาคินิยม, ปัญญ์กรินทร์ หอยรัตน์, ดวงใจ วิชัย
 The COVID-19 Prevention Model Among Older People, Chaiyaphum Province
 Suwaree Thuanwiseskul, Parichat Yatniyom, Pankarin Hoyrat, Duangjai Wichai
- ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีเลือดออกในสมองในผู้ป่วยหลอดเลือดสมองขาดเลือด ที่ได้รับยา **e16592**
 rt-PA โรงพยาบาลชัยภูมิ
 อภิสิทธิ์ ทองงาม
 Risk Factors Related to Intracranial Hemorrhage in Ischemic Stroke Patients Undergoing rt-PA
 Treatment at Chaiyaphum Hospital.
 Apisit Thongngam
- ความรอบรู้ด้านสุขภาพและการเปรียบเทียบคะแนนตามปัจจัยส่วนบุคคลในผู้สูงอายุที่เข้าร่วม **e16593**
 โปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ อำเภอภูผา จังหวัดอุดรธานี
 รัชฎากรณ์ มีคุณ, ชีรศักดิ์ พาจันท์
 Health Literacy and Comparison of Scores by Personal Factors Among Older Adults Participating
 in a Health Literacy Enhancement Program in Kut Chap District, Udon Thani Province.
 Ratchadakorn Meekhun, Teerasak Phajan
- ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคติดเชื้อระบบทางเดินอาหาร **e16652**
 ของผู้ปกครองเด็กปฐมวัย
 ภูติส รัชตระกูล, พนิดา ศิริอำพันธ์กุล, เสาวนีย์ ทรงประโคน
 Factors related to the parental of health literacy in gastrointestinal infectious diseases prevention in
 early childhood.
 Phudis Raktrakul, Panida Siriumpankul, Saowanee Songprakon

ชัยภูมิเวชสาร

Chaiyaphum Medical Journal

วารสารของโรงพยาบาลชัยภูมิ กระทรวงสาธารณสุข

ปีที่ ๔๕ ฉบับที่ ๑ (มิถุนายน ๒๕๖๕) Vol.45 No.1 (June 2025)

ISSN: 2985-0649 (Print) ISSN: 2985-0657 (Online)

รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิ (Peer Reviewer) ประจำฉบับ

รศ.ดร.ทัศพร ชูศักดิ์ คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์
จังหวัดปทุมธานี

รศ.ดร.สมจิต แคนสีแก้ว คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

รศ.ดร.อรรณวิทย์ สิงห์ศาลาแสง คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา

ผศ.ดร.ธีรศักดิ์ พานจันทร์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธรขอนแก่น

ผศ.ดร.ปิยะนันท์ นามกุล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี

ผศ.ดร.ศักดิ์ชาย เพ็ชรตรา ปร.ค.(เทคโนโลยีด้านชีวภาพและสุขภาพ) มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ

ผศ.กิตติภูมิ ภิญโญ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ดร.เพ็ญศรี รักวงศ์ สำนักวิชาการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ดร.วิศนีย์ บุญหมั่น คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

ดร.สุพัฒน์ อาสนะ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธรขอนแก่น

ดร.สุพัฒน์ จำปาหวาย วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

ดร.เสาวณีย์ ทรงประโคน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

ดร.อนันต์ ปิตาระเต โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบัวลาย อำเภอบัวลาย จังหวัดนครราชสีมา

แพทย์หญิงกฤษณาพร เกื้อนโธสาร กลุ่มงานสุขศึกษา โรงพยาบาลชุมแพ จังหวัดขอนแก่น

แพทย์หญิงจิตติภากรณ ภูเขต องค์กรแพทย์ โรงพยาบาลแกดำ จังหวัดมหาสารคาม

แพทย์หญิงนิชาธิรัฐ สว่างโรจน์ กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลขอนแก่น

นายสาโรจน์ ประพรมมา โรงพยาบาลชัยภูมิ

อัตราการเสียชีวิตและระยะเวลาที่เหมาะสมในการเจาะคอของผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจ โรงพยาบาลชัยภูมิ

วรรณวิไล เลิศไพศาลกุล, พ.บ.*

บทคัดย่อ

การเจาะคอในผู้ป่วยวิกฤตที่ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจเป็นเวลานานมีความสำคัญต่อผลลัพธ์การรักษา การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาการเจาะคอกับอัตราการเสียชีวิต และวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่ออัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วยที่ได้รับการเจาะคอ ศึกษาในผู้ป่วย 208 ราย ที่ได้รับการเจาะคอในโรงพยาบาลชัยภูมิในปี 2566 เก็บข้อมูลจากเวชระเบียน ประกอบด้วยข้อมูลทั่วไป โรคที่เข้ารับการรักษาร่วม ระยะเวลาตั้งแต่ใส่ท่อช่วยหายใจถึงได้รับการเจาะคอ และคะแนน APACHE II วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนาและการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกแบบหลายตัวแปร

ผลการศึกษา พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 57.2) อายุเฉลี่ย 61.93 ปี โรคระบบทางเดินหายใจเป็นสาเหตุหลักของการเข้ารักษา (ร้อยละ 36.5) การวิเคราะห์แสดงให้เห็นว่าการเจาะคอภายใน 15 วันหลังใส่ท่อช่วยหายใจมีความสัมพันธ์กับอัตราการเสียชีวิตที่ต่ำกว่า และอัตราการเสียชีวิตโดยรวมเท่ากับร้อยละ 46.2 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเสียชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ โรคร่วมปอดอักเสบจากการใส่ท่อช่วยหายใจ ($OR = 3.68$; 95% CI 1.62, 8.33) โรคหัวใจ ($OR = 2.77$; 95% CI 1.10, 7.00) และคะแนน APACHE II ($OR = 1.17$; 95% CI 1.09, 1.25) ขณะที่โรคทางระบบประสาทมีความสัมพันธ์เชิงป้องกัน ($OR = 0.16$; 95% CI 0.03, 0.78)

การศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่าการเจาะคอในระยะเวลาที่เหมาะสม (ภายใน 15 วันหลังใส่ท่อช่วยหายใจ) อาจช่วยลดอัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วยวิกฤต โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีโรคปอดอักเสบหรือโรคหัวใจร่วม ขณะที่ผู้ป่วยโรคทางระบบประสาทอาจได้ประโยชน์มากที่สุดจากการเจาะคอ จึงควรพิจารณาการเจาะคอเร็วในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูง และพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยเจาะคอที่มีโรคร่วมอย่างเฉพาะเจาะจง

คำสำคัญ : อัตราการเสียชีวิต, การผ่าตัดเจาะคอ, การใส่ท่อช่วยหายใจ, ระยะเวลาได้รับการเจาะคอ

*นายแพทย์ชำนาญการ กลุ่มงานโสต ศอ นาสิก โรงพยาบาลชัยภูมิ

*ผู้ประพันธ์บรรณกิจ: วรรณวิไล เลิศไพศาลกุล, E-mail: lwanwilai56@gmail.com

The mortality rate and the optimal timing for performing a tracheostomy on intubated patients at Chaiyaphum hospital.

Wanwilai Loetphaisankul, M.D.*

Abstract

Tracheostomy in critically ill patients requiring prolonged mechanical ventilation is crucial for treatment outcomes. This research aimed to investigate the relationship between the duration of tracheostomy and mortality rate, and to analyze factors influencing mortality in patients who underwent tracheostomy. The study included 208 patients who underwent tracheostomy at the Chaiyaphum hospital in 2023. Data were collected from medical records and questionnaires, encompassing general information, primary diagnosis, comorbidities, the time interval from intubation to tracheostomy, and APACHE II scores. Data were analyzed using descriptive statistics and multivariate logistic regression analysis.

This study revealed that most patients were male (57.2%), with an average age of 61.93 years. Respiratory diseases were the primary reason for admission (36.5%), and the overall mortality rate was 46.2%. Our analysis showed that performing a tracheostomy within 15 days of intubation was linked to a lower mortality rate. We identified several factors significantly associated with increased mortality: ventilator-associated pneumonia (OR = 3.68; 95% CI 1.62, 8.33), heart disease (OR = 2.77; 95% CI 1.10, 7.00), and a higher APACHE II score (OR = 1.17; 95% CI 1.09, 1.25). Interestingly, neurological disease appeared to have a protective association, with an OR of 0.16 (95% CI 0.03, 0.78).

This study suggests that timely tracheostomy (within 15 days of intubation) may help reduce mortality in critically ill patients, particularly those with comorbid pneumonia or heart disease. Meanwhile, patients with neurological diseases may benefit the most from tracheostomy. Therefore, early tracheostomy should be considered in high-risk patients, and specific care guidelines for tracheostomized patients with comorbidities should be developed.

Keyword : mortality rate, tracheostomy, intubation, time to tracheostomy

* Medical Doctor, Professional Level. Department of Otolaryngology, Chaiyaphum Hospital

*Corresponding author: Wanwilai Loetphaisankul, E-mail: lwanwilai56@gmail.com

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การเจาะคอ (Tracheostomy) เป็นหัตถการทางการแพทย์ที่ใช้ในผู้ป่วยหนัก โดยแพทย์จะผ่าตัดเปิดผิวหนังบริเวณด้านหน้าลำคอเพื่อเชื่อมต่อกับหลอดลม ช่วยให้ผู้ป่วยหายใจผ่านท่อที่คอแทนการหายใจทางจมูกหรือปากตามปกติ หัตถการนี้มักใช้ในผู้ป่วยที่ต้องใส่ท่อช่วยหายใจ (endotracheal intubation) และใช้เครื่องช่วยหายใจเป็นเวลานาน ประโยชน์ของการเจาะคอคือช่วยลดความต้านทานของการไหลของอากาศและลดพื้นที่ว่างในทางเดินหายใจ ทำให้ผู้ป่วยหายใจสะดวกขึ้น และยังช่วยขับเสมหะออกจากหลอดลม (pulmonary toilet) และแก้ปัญหาการอุดตันของทางเดินหายใจส่วนบน (upper airway obstruction) ได้อย่างมีประสิทธิภาพ⁽¹⁾

นอกจากนี้ การใส่ท่อช่วยหายใจผ่านปากหรือจมูกนาน ๆ อาจนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อน เช่น กล่องเสียงหรือหลอดลมตีบ (subglottic or tracheal stenosis) หลอดลมทะลุเชื่อมกับหลอดอาหาร (tracheoesophageal fistula)⁽²⁻³⁾ และปอดอักเสบจากเครื่องช่วยหายใจ (ventilator-associated pneumonia)⁽⁴⁻⁵⁾ โดยทั่วไป หากผู้ป่วยต้องใช้เครื่องช่วยหายใจเกิน 14 วัน แพทย์อาจพิจารณาเจาะคอ⁽⁶⁾ แต่ยังไม่มียกย่องว่าควรเจาะคอในระยะเวลาใด การศึกษาพบว่า การเจาะคอภายใน 10 วัน มีอัตราการเสียชีวิตเพียง 13.8% เทียบกับ 44.4% หากทำการเจาะคอช้ากว่า 10 วัน⁽⁷⁾ งานวิจัยของ Brenda N G Andriolo และคณะ (2015)⁽⁸⁾ ก็สนับสนุนว่าการเจาะคอเร็วช่วยลดการเสียชีวิต ทว่าการผ่าตัดนี้มีความเสี่ยง เช่น

เลือดออก หลอดลมบาดเจ็บ หรือลมรั่วเข้าในช่องปอดหรือใต้ผิวหนัง⁽⁹⁾ นอกจากนี้การผ่าตัดเจาะคอนั้นยังส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยเนื่องจากผู้ป่วยจะไม่สามารถพูดได้เช่นเดิม ปัญหาด้านการสื่อสารนี้ส่งผลทำให้รบกวนชีวิตประจำวัน และภาพลักษณ์ร่างกายที่เปลี่ยนไปเมื่อเจาะคอส่งผลกระทบต่อทางจิตใจ รวมทั้งส่งผลต่อการประกอบอาชีพ⁽¹⁰⁻¹¹⁾ ดังนั้นการตัดสินใจผ่าตัดเจาะคอ ต้องคำนึงถึงทั้งประโยชน์และความเสี่ยง รวมถึงการสื่อสารความเข้าใจกับผู้ป่วยหรือญาติ

ประเด็นสำคัญที่ศึกษาคือ ระยะเวลาตั้งแต่ใส่ท่อช่วยหายใจจนถึงการเจาะคอส่งผลต่ออัตราการเสียชีวิตหรือไม่ เนื่องจากโรงพยาบาลชัยภูมิยังไม่มีแนวทางกำหนดระยะเวลาเจาะคอที่แน่นอน การตัดสินใจขึ้นอยู่กับแพทย์ประจำตัวผู้ป่วยเป็นหลัก ปัจจุบันมีจำนวนผู้ป่วยหนักที่ใช้เครื่องช่วยหายใจและได้รับการเจาะคอเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยในปี 2564, 2565 และ 2566 มีผู้ป่วยเจาะคอ 198, 185 และ 345 ราย ตามลำดับ คาดว่าเมื่อหอผู้ป่วยวิกฤติขยายตัวในปี 2569 จำนวนผู้ป่วยที่จำเป็นต้องเจาะคออาจเพิ่มขึ้นอีกด้วย เหตุนี้ การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาดังแต่การใส่ท่อช่วยหายใจจนถึงการเจาะคอกับอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยในโรงพยาบาลชัยภูมิ จะช่วยให้วิเคราะห์ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการตัดสินใจทางคลินิก และนำไปสู่การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยหนักที่มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นในอนาคต

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ระยะเวลาเจาะคอ (ตั้งแต่เริ่มใส่ท่อช่วยหายใจจนถึงวันผ่าตัด) กับ อัตราการเสียชีวิต ในผู้ป่วยวิกฤตที่ได้รับการเจาะคอ

2. วิเคราะห์ปัจจัยทางคลินิกที่อาจส่งผลต่ออัตราการเสียชีวิต ได้แก่ อายุ เพศ โรคร่วม (Comorbidity) ดัชนีมวลกาย (BMI) และคะแนนความรุนแรงโรค (APACHE II score)

นิยามศัพท์

ระยะเวลาเจาะคอ (Time to Tracheostomy) หมายถึง ระยะเวลาตั้งแต่วันที่ผู้ป่วยได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจจนถึงวันที่ได้รับการผ่าตัดเจาะคอ

ระยะเวลาการส่งปรึกษา (Time to Consult) หมายถึง ระยะเวลาตั้งแต่วันที่ผู้ป่วยได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจจนถึงวันที่แพทย์ส่งปรึกษาโรค หอบ นานิกแพทย์เพื่อพิจารณาการเจาะคอ

ระยะเวลาที่ได้รับการลงมือผ่าตัด (Time from Consult to OR) หมายถึง ระยะเวลาตั้งแต่วันที่ส่งปรึกษาโรค หอบ นานิกแพทย์จนถึงวันที่ได้รับการนัดหมายผ่าตัดเจาะคอ

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบตัดขวาง (Cross-sectional Analytical Study) ดำเนินการโดยการทบทวนข้อมูลเวชระเบียนย้อนหลังของ

ผู้ป่วยที่ได้รับการเจาะคอที่โรงพยาบาลชัยภูมิ ในช่วงระหว่างวันที่ 1 มกราคม ถึง 31 ธันวาคม พ.ศ.2566

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการเจาะคอที่โรงพยาบาลชัยภูมิ ตามระบบ ICD-9 ซึ่งระบุรหัส 31.1 สำหรับการทำให้ Tracheostomy มีผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการเจาะคอในช่วงเวลาดังกล่าว จำนวน 345 ราย

กลุ่มตัวอย่างคัดตามเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria) คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจร่วมกับการใช้เครื่องช่วยหายใจ และได้รับการผ่าตัดเจาะคอเป็นครั้งแรก โดยได้รับการดูแลจากแพทย์ด้านโรค หอบ นานิก ซึ่งอยู่ที่โรงพยาบาลชัยภูมิ และเกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) คือ ผู้ป่วยที่มีอายุต่ำกว่า 15 ปี, ผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวเรื้อรังและถาวร, ผู้ที่มีภาวะตีบแคบของหลอดลมหรือกล่องเสียง เช่น Tracheal หรือ Subglottic Stenosis รวมทั้งผู้ที่มีการอุดตันของทางเดินหายใจส่วนบน ซึ่งข้อมูลสำคัญบางประการไม่ครบถ้วน หรือในกรณีที่การผ่าตัดเจาะคอไม่ได้ดำเนินการโดยแพทย์ในสาขาโรค หอบ นานิก ก็จะถูกพิจารณาเป็นข้อยกเว้น

การคำนวณขนาดตัวอย่าง อ้างอิงจากผลการศึกษาสำรวจ (pilot study) ซึ่งพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการเจาะคอเร็ว (ภายใน 14 วัน) มีอัตราการเสียชีวิตร้อยละ 20 ขณะที่ผู้ป่วยที่ได้รับการเจาะคอช้า (มากกว่า 14 วัน) มีอัตราการเสียชีวิตร้อยละ 40 การศึกษานี้กำหนดการทดสอบแบบสองทาง (two-sided test) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 และกำหนดอำนาจการทดสอบ

(power) ที่ 0.80 โดยมีสัดส่วนระหว่างกลุ่มที่รอดชีวิตต่อกลุ่มที่เสียชีวิตเท่ากับ 1:1

ผลการคำนวณพบว่าต้องใช้จำนวนผู้ป่วย 148 ราย และเนื่องจากการวิเคราะห์ถดถอย (regression) จะมีตัวแปรอิสระเพิ่มเติมอีก 3 ตัว ได้แก่ โรคร่วม คั่งนิมวलय และอายุของผู้ป่วย จึงต้องเพิ่มขนาดตัวอย่างอีก 60 ราย (ตัวแปรละ 20 ราย) ดังนั้น ขนาดตัวอย่างสุดท้ายที่ต้องการคือ 208 ราย

เครื่องมือในการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ ได้ดำเนินการทบทวนเวชระเบียนและเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบบันทึกที่ออกแบบมาเพื่อรวบรวมข้อมูลสำคัญของผู้ป่วย ดังต่อไปนี้

ข้อมูลทั่วไป: อายุ เพศ น้ำหนัก ส่วนสูง และดัชนีมวลกาย (BMI)

ข้อมูลทางการแพทย์: โรคที่เป็นสาเหตุของการเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล โรคร่วม และคะแนน APACHE II

ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษา: วันที่ผู้ป่วยได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ วันที่ได้รับการผ่าตัดเจาะคอ และสถานะการจำหน่ายผู้ป่วย

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติพรรณนาวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลทางการแพทย์ และข้อมูลเกี่ยวกับการรักษา ประกอบด้วย จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

สถิติอนุมานเพื่อเปรียบเทียบข้อมูลพื้นฐานระหว่างกลุ่มรอดชีวิตและกลุ่มเสียชีวิต วิเคราะห์ด้วยสถิติ Chi-square และ t-test และ

เปรียบเทียบระยะเวลาของการเจาะคอระหว่างกลุ่มด้วยสถิติ Independent t-test ส่วนการวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่ออัตราการตาย ใช้สถิติ Multiple logistic regression แบบ backward elimination กำหนดตัวแปรนำเข้า p-value < 0.20 และการวิเคราะห์ Roc curve

ผลการวิจัย

จากการศึกษาผู้ป่วยที่ได้รับการเจาะคอจำนวน 208 ราย พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 57.2 อายุเฉลี่ยของผู้ป่วยทั้งหมดอยู่ที่ 61.93 ปี (sd.= 18.76) และอัตราการเสียชีวิตในเพศชายอยู่ที่ร้อยละ 43.7 ขณะที่เพศหญิงมีอัตราการเสียชีวิตสูงกว่าเล็กน้อยที่ร้อยละ 49.4 โดยรวมมีอัตราการเสียชีวิต เท่ากับร้อยละ 46.2 (96 ราย)

ด้านสถานะทางคลินิก ผู้ป่วยมีคะแนน Glasgow Coma Scale (GCS) เฉลี่ยที่ 9.42 (sd.= 4.53) บ่งชี้ว่าผู้ป่วยมีระดับความรู้สึกตัวค่อนข้างต่ำ ค่าดัชนีมวลกาย เฉลี่ยอยู่ที่ 22.70 (sd.= 4.62) ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ปกติ

เมื่อพิจารณาสาเหตุการเข้ารับการรักษ พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มอาการบาดเจ็บ (Trauma) 40 ราย มีอัตราการเสียชีวิตร้อยละ 35.0 และกลุ่มโรคที่ไม่ใช่การบาดเจ็บ (Non-Trauma) 168 ราย มีอัตราการเสียชีวิตสูงกว่าที่ร้อยละ 48.8 โดยโรคระบบทางเดินหายใจ (Pulmonary) พบมากที่สุดจำนวน 76 ราย คิดเป็นร้อยละ 53.9 รองลงมาคือโรคระบบประสาท (Neuro) 59 ราย มีอัตราการเสียชีวิตร้อยละ 40.7

ในด้านโรคร่วม (Comorbidities) พบว่าความดันโลหิตสูง (HT) เป็นโรคร่วมที่พบมาก

ที่สุด 85 ราย มีอัตราการเสียชีวิตร้อยละ 47.1 รองลงมาคือเบาหวาน (DM) 54 ราย มีอัตราการเสียชีวิตร้อยละ 61.1 โรคหัวใจ (Heart) 27 ราย มี

อัตราการเสียชีวิตร้อยละ 66.7 และโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (ESRD) 16 ราย มีอัตราการเสียชีวิตสูงถึง ร้อยละ 81.3 ดัง Table 1

Table 1: General Characteristics of Patients

Demographic & and Laboratory Results	n	Death (%)	Demographic & and Laboratory Results	n	Death (%)
Sex			Diseases Treated in the Hospital		
- Male	119	52 (43.7%)	Comorbidities		
- Female	89	44 (49.4%)	- ESRD	16	13 (81.3%)
Age (Mean, sd.)	61.93	(18.76)	- COPD	14	8 (57.1%)
GCS (Mean, sd.)	9.42	(4.53)	- Asthma	6	2 (33.3%)
BMI (Mean, sd.)	22.70	(4.62)	- Heart	27	17 (60.7%)
Diseases Treated in the Hospital			- Neuro	15	2 (13.3%)
Trauma	40	14 (35.0%)	- DM	54	33 (61.1%)
Non-Trauma	168	82 (48.8%)	- HT	85	40 (47.1%)
- Neuro	59	24 (40.7%)	- Malignancy	5	4 (80.0%)
- Heart	7	2 (28.6%)	- Bed ridden	13	4 (30.8%)
- Pulmonary	76	41 (53.9%)	- VAP	165	86 (52.1%)
- GI	10	6 (60.0%)	- MDR	138	70 (50.7%)
- GU	14	9 (64.3%)	- APCII (Mean, sd.)	17.44	(5.43)
- Other	2	0 (0.0%)	- Hct (Mean, sd.)	34.80	(7.32)
			- Cr (Mean, sd.)	1.34	(1.77)

ที่น่าสนใจคือ ปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ (VAP) พบในผู้ป่วย 165 ราย (ร้อยละ 79.3) และมีอัตราการเสียชีวิตสูงถึงร้อยละ 52.1 ส่วนการติดเชื้อแบคทีเรียคื้อยา (MDR) พบในผู้ป่วย 138 ราย (ร้อยละ 66.3) และมีอัตราการเสียชีวิตร้อยละ 50.7 ส่วนคะแนน APACHE II ซึ่งใช้ประเมินความรุนแรงของโรคมีย่าน้อยอยู่ที่ 17.44 (sd.= 5.43) และค่าการทำงานของไต (Cr) น้อยอยู่ที่ 1.34 (S.D.=1.77) ดัง Table 1

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาการเจาะคอกับอัตราการเสียชีวิตแสดงให้เห็นแนวโน้มที่น่าสนใจ แม้จะไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกช่วงระยะเวลาที่วิเคราะห์ กลุ่มผู้ป่วยที่เสียชีวิต (n=96) มีระยะเวลาเฉลี่ยตั้งแต่การใส่ท่อช่วยหายใจจนถึงการปรึกษาแพทย์เพื่อพิจารณาเจาะคอ (Time to consult) 12.9±8.4 วัน ซึ่งยาวนานกว่ากลุ่มที่รอดชีวิต (n=112) ที่มีระยะเวลาเฉลี่ย 11.2±6.1 วัน

($p=0.086$) ในทำนองเดียวกัน ระยะเวลาตั้งแต่การใส่ท่อช่วยหายใจจนถึงการผ่าตัดเจาะคอ (Time to tracheostomy) ในกลุ่มผู้เสียชีวิตคือ 17.4 ± 9.7 วัน ซึ่งยาวนานกว่ากลุ่มที่รอดชีวิตที่มีระยะเวลาเฉลี่ย 15.4 ± 7.1 วัน ($p\text{-value} = 0.093$) ส่วนระยะเวลาตั้งแต่การปรึกษาแพทย์จนถึงการนัดผ่าตัด (Time of consult to set OR) มีความใกล้เคียงกันระหว่างทั้งสองกลุ่ม โดยกลุ่มผู้เสียชีวิตมีระยะเวลาเฉลี่ย 3.0 ± 2.5 วันและกลุ่มที่รอดชีวิตมีระยะเวลาเฉลี่ย 2.9 ± 2.5 วัน ($p\text{-value} = 0.646$) Figure 1

จากผลการวิเคราะห์ทั้งหมด แม้จะพบความแตกต่างเล็กน้อยในช่วงระยะเวลาต่าง ๆ

ระหว่างกลุ่มผู้ที่รอดชีวิตและผู้เสียชีวิต แต่ไม่มีช่วงเวลาใดที่แสดงถึงความแตกต่างที่มีนัยสำคัญทางสถิติตามเกณฑ์ $p\text{-value} < 0.05$ สิ่งนี้ชี้ให้เห็นว่าในบริบทของข้อมูลนี้ ระยะเวลาของการปรึกษาแพทย์เพื่อผ่าตัดเจาะคออาจไม่ใช่ปัจจัยสำคัญที่กำหนดผลลัพธ์ด้านการเสียชีวิต อย่างไรก็ตาม ค่า $p\text{-value}$ ที่ค่อนข้างต่ำ (0.086 และ 0.093) ระยะเวลาที่ส่งปรึกษาจนถึงได้รับการผ่าตัดเจาะคอ บ่งบอกถึงความเป็นไปได้ที่อาจมีความสัมพันธ์บางอย่าง ซึ่งอาจปรากฏชัดเจนขึ้นหากมีการศึกษาเพิ่มเติมด้วยกลุ่มตัวอย่างที่ใหญ่ขึ้นหรือพิจารณาตัวแปรอื่น ๆ ร่วมด้วย

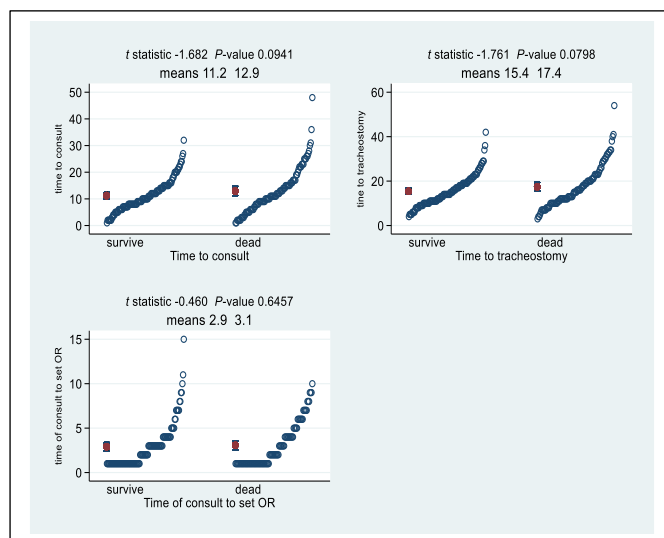


Figure 1: Duration of Tracheostomy in Relation to Mortality Rate

การวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับอัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วยที่ได้รับการเจาะคอ จำนวน 208 ราย โดยสถิติ Multiple logistic regression พบว่าโรคร่วมมีผลต่ออัตราการเสียชีวิตอย่างชัดเจน โดยเฉพาะปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ (VAP) ที่เพิ่มความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตอย่างมีนัยสำคัญ ($OR_{\text{Adjusted}} = 3.68$; 95%

CI 1.62, 8.33) ซึ่งหมายความว่าผู้ป่วยที่มีภาวะปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ (VAP) ร่วมมีโอกาสเสียชีวิตมากกว่าผู้ที่ไม่มีความเสี่ยงนี้ประมาณ 3.7 เท่า ในทำนองเดียวกัน โรคหัวใจร่วมก็เพิ่มความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตอย่างมีนัยสำคัญ ($OR_{\text{Adjusted}} = 2.77$; 95% CI 1.10, 7.00) โดยเพิ่มความเสี่ยงประมาณ 2.8 เท่า

ที่น่าสนใจคือ โรคทางระบบประสาท กลับมีความสัมพันธ์เชิงป้องกัน ($OR_{Adjusted}$ 0.16; 95% CI 0.03, 0.78) ซึ่งหมายความว่าผู้ป่วยที่มี โรคทางระบบประสาทมีโอกาสเสียชีวิตน้อยกว่า ผู้ที่ไม่มีโรคนี้ประมาณร้อยละ 84

นอกจากนี้ คะแนน APACHE II ซึ่งเป็น เครื่องมือประเมินความรุนแรงของโรคในผู้ป่วย วิกฤต ก็มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับอัตรา การเสียชีวิต ($OR_{Adjusted}$ = 1.17; 95% CI 1.09,

1.25) โดยทุก ๆ 1 คะแนนที่เพิ่มขึ้นของ APACHE II จะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตประมาณร้อยละ 17 ดัง Table 2

แบบจำลองทางสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ มีความเหมาะสม โดยค่า Pearson chi-square for goodness of fit test เท่ากับ 60.11 ($p=0.615$) ซึ่ง ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่าแบบจำลองมีความสอดคล้องกับข้อมูลที่สังเกตได้

Table 2: Factors Associated with Mortality in Patients Undergoing Tracheostomy

Factors	n	$OR_{(crude)}$	$OR_{(Adjusted)}$	95% CI $OR_{(Adjusted)}$	p- value*
Comorbidity (Heart disease)	208	1.06	2.77	1.10, 7.00	0.031
Comorbidity (Neurological disease)	208	0.16	0.16	0.03, 0.78	0.023
Comorbidity (Ventilator associated pneumonia,VAP)	208	3.59	3.68	1.62, 8.33	0.002
APACHE II Score	208	1.16	1.17	1.09, 1.25	< 0.001
Pearson chi-square for goodness of fit test = 60.11, p-value = 0.615					

* p-value form partial likelihood ratio test

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง ระยะเวลาการเจาะคอกับความน่าจะเป็นของการ เสียชีวิตได้ถูกศึกษาโดยใช้แบบจำลอง logistic regression และนำเสนอผ่านกราฟ twoway fpfit ที่แสดงใน Figure 2 ผลการศึกษาแสดงให้เห็น ความสัมพันธ์ที่ชัดเจนระหว่างระยะเวลาที่รอการ เจาะคอกับโอกาสการเสียชีวิตของผู้ป่วย โดย พบว่าอัตราความน่าจะเป็นของการเสียชีวิต ทั้งหมด (probability of dead) อยู่ที่ 0.46 แสดงว่า โดยเฉลี่ยแล้วผู้ป่วยที่ได้รับการเจาะคอมีโอกาส เสียชีวิตประมาณร้อยละ 46

เมื่อพิจารณาจากกราฟ จุดตัดสำคัญ ปรากฏที่ประมาณวันที่ 15 ของการรอเจาะคอ โดยแสดงความสัมพันธ์แบบไม่เป็นเส้นตรง กล่าวคือ ในช่วงแรกของการรอเจาะคอ (น้อยกว่า 15 วัน) กราฟแสดงการเพิ่มขึ้นของความเลี้ย โดยเฉพาะในช่วง 7-15 วันแรก หลังจากนั้นความ ชันของกราฟลดลงเล็กน้อยก่อนที่จะเพิ่มขึ้นอีก ครั้งหลังจาก 35 วัน การค้นพบนี้ บ่งชี้ว่าหากการ เจาะคอดำเนินการก่อน 15 วันหลังจากการใส่ท่อ ช่วยหายใจความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตจะต่ำกว่า อย่างมีนัยสำคัญเมื่อเทียบกับการเจาะคอที่ล่าช้า

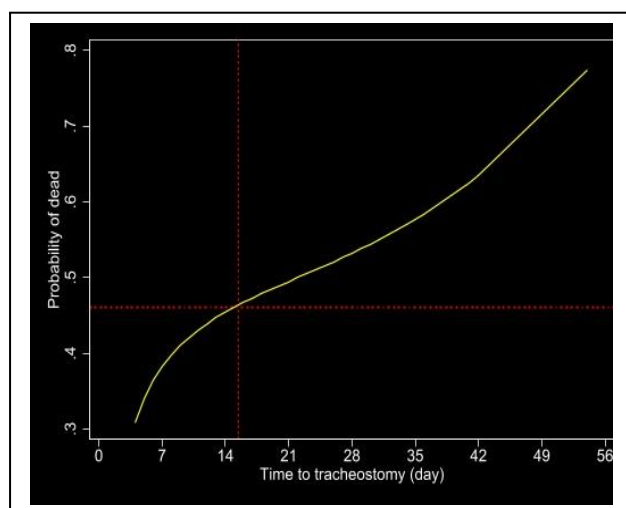


Figure 2: Relationship Between Duration of Tracheostomy and Probability of Mortality

สรุปและอภิปรายผล

ผลวิจัยหลัก

การศึกษานี้พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเจาะคอในโรงพยาบาลชัยภูมิมีอัตราการเสียชีวิตร้อยละ 46 โดยปัจจัยที่มีผลต่ออัตราการเสียชีวิตได้แก่ โรคร่วม ปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ (VAP) โรคหัวใจและหลอดเลือด APACHE score และโรคทางระบบประสาท เมื่อเปรียบเทียบกับงานวิจัยของ Arya W Namin และคณะ (2021)⁽¹²⁾ ที่พบอัตราการตายใน 1 ปี ร้อยละ 37 กับการศึกษาที่มีอัตราการเสียชีวิตสูงกว่า และมีปัจจัยที่มีผลต่ออัตราการเสียชีวิตหลากหลายกว่า ซึ่งในงานวิจัยดังกล่าวพบเพียงปัจจัยเดียวคืออายุที่มีผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ปัจจัยที่มีผลต่ออัตราการเสียชีวิต

ภาวะปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ (VAP): ภาวะ VAP พบในผู้ป่วยของการศึกษานี้ถึง 165 ราย (ร้อยละ 79.5) และพบอัตราการเสียชีวิตร้อยละ 52.1 ใกล้เคียงกับการศึกษาของ Hina Gadani และคณะ (2010)⁽¹³⁾ ที่

พบร้อยละ 54 แต่สูงกว่าการศึกษาของ Papazian L และคณะ (2020)⁽¹⁴⁾ ที่พบอัตราการเกิด VAP ในหอผู้ป่วยวิกฤตร้อยละ 5-40 และมีอัตราการเสียชีวิต ร้อยละ 10 นอกจากนี้ Mazwi S และคณะ (2023)⁽¹⁵⁾ พบว่า VAP ในผู้ป่วยที่เจาะคอเพิ่มความเสี่ยงในการเสียชีวิตถึง 7 เท่า สอดคล้องกับผลการศึกษา

โรคหัวใจและหลอดเลือด: โรคร่วมด้านหัวใจและหลอดเลือดเป็นอีกปัจจัยสำคัญที่สัมพันธ์กับอัตราการเสียชีวิต ซึ่งอาจเนื่องมาจากพยาธิสภาพของโรคที่มีความรุนแรง Elizabeth D Krebs และคณะ (2020)⁽¹⁶⁾ พบว่าผู้ป่วยโรคหัวใจที่ผ่าตัดเจาะคอมีอัตราการรอดชีวิตที่ 1 ปีเพียงร้อยละ 41 ขณะที่ Min Ji Kwak และคณะ (2020)⁽¹⁷⁾ พบว่าในผู้ป่วย heart failure การเจาะคอเร็วหรือช้าไม่มีผลต่ออัตราการเสียชีวิตในโรงพยาบาล

APACHE II Score: เป็นเครื่องมือวัดความรุนแรงของโรคที่มีคะแนนตั้งแต่ 0-71 คะแนน ผู้ป่วยในการศึกษานี้มี APACHE II score เฉลี่ย 17.44 (sd.=5.43) การศึกษาพบว่า APACHE

II score ที่เพิ่มขึ้นทุก 1 คะแนนจะเพิ่มอัตราการเสียชีวิตร้อยละ 17 ซึ่งสอดคล้องกับ Matthew J Marget และคณะ (2022)⁽¹⁸⁾ ที่พบว่าผู้ป่วยที่มี APACHE II score สูงมีโอกาสเสียชีวิตหลังเจาะคอเพิ่มมากขึ้น

โรคทางระบบประสาท: ผู้ป่วยกลุ่มโรคระบบประสาทมีอัตราการเสียชีวิตต่ำกว่ากลุ่มอื่น ($OR_{Adjusted} = 0.16$) หมายความว่ามีความเสี่ยงชีวิตน้อยกว่าผู้ที่ไม่มีโรคนี้ประมาณร้อยละ 84 แสดงให้เห็นว่า การเจาะคอในผู้ป่วยกลุ่มนี้อาจมีประโยชน์ในการลดอัตราการเสียชีวิต สอดคล้องกับการศึกษาของ Chiara Robba และคณะ (2020)⁽¹⁹⁾ ที่พบว่า ผู้ป่วยโรคทางระบบประสาทที่เจาะคอช้า (>7 วัน) มีอัตราการตายสูงกว่าและระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลนานกว่าผู้ที่เจาะคอเร็ว (≤ 7 วัน) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาเจาะคอกับผลลัพธ์: แม้จะไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่พบแนวโน้มที่น่าสนใจ กลุ่มผู้เสียชีวิตมีระยะเวลาการใส่ท่อช่วยหายใจจนถึงการปรึกษาไสต์ ศอ นาสิกแพทย์ (Time to consult) เฉลี่ย 12.9 ± 8.4 วัน ยาวนานกว่ากลุ่มที่รอดชีวิต (11.2 ± 6.1 วัน, $p=0.086$) และระยะเวลาจนถึงการผ่าตัดเจาะคอ (Time to tracheostomy) เฉลี่ย 17.4 ± 9.7 วัน เทียบกับ 15.4 ± 7.1 วัน ($p=0.093$) การวิเคราะห์ด้วย logistic regression แสดงให้เห็นว่าการเจาะคอภายใน 15 วันหลังจากการใส่ท่อช่วยหายใจมีอัตราการเสียชีวิตต่ำกว่ากลุ่มที่เจาะคือนานกว่า 15 วัน ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Kour A และคณะ (2022)⁽²⁰⁾ ที่พบว่า การเจาะคอเร็ว (2-5 วัน) ทำให้ผู้ป่วยใช้ ventilator

เฉลี่ย 5-8 วัน ขณะที่การเจาะคอช้า (7-14 วัน) ใช้ ventilator 12-20 วัน ซึ่งส่งผลต่อการครองเตียง ICU หรือการศึกษาของ Vargas M และคณะ (2015)⁽²¹⁾ ที่พบว่าระยะเวลาที่เหมาะสมคือ 7-15 วันหลังใส่ท่อช่วยหายใจ และหากรอเจาะคือนานขึ้นจะเพิ่มอัตราการเสียชีวิต

ภาวะแทรกซ้อนจากการใส่ท่อช่วยหายใจนาน: การใส่ท่อช่วยหายใจนานอาจทำให้เกิดภาวะหลอดลมตีบ (tracheal stenosis) Timothy J Barreiro และคณะ (2013)⁽²²⁾ พบว่าผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจมากกว่า 11 วัน, 6-10 วัน และน้อยกว่า 6 วัน มีโอกาสเกิดหลอดลมตีบ 12%, 5% และ 2% ตามลำดับ Onur Küçük และคณะ (2024)⁽²³⁾ พบว่าผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจเฉลี่ย 20.5 วันเกิดภาวะหลอดลมตีบ ในขณะที่ Roya Dokoohaki และคณะ (2024)⁽²⁴⁾ พบว่ากลุ่มที่เกิดหลอดลมตีบมีระยะเวลาดั้งแต่ใส่ท่อจนถึงเจาะคอ 17 วัน เทียบกับกลุ่มที่ไม่เกิด 8 วัน ($p<0.001$)

การนำไปใช้ในทางปฏิบัติ: จากการศึกษาพบว่าโรงพยาบาลชัยภูมิให้คิวผ่าตัดเจาะคอภายใน 3 วันหลังส่งปรึกษา ซึ่งถือว่าค่อนข้างเร็ว อย่างไรก็ตามยังมีปัจจัยที่ทำให้เลื่อนการผ่าตัด เช่น ผู้ป่วยอาการไม่คงที่ ผลเลือดผิดปกติ การไม่คงค่าน้ำตาลแข็งตัวของเลือดอย่างเหมาะสม

ข้อมูลจากการศึกษานี้จะนำไปใช้ในการสื่อสารระหว่างทีมแพทย์เพื่อวางแผนแนวทางการปฏิบัติดูแลผู้ป่วยเจาะคอ และสื่อสารกับญาติให้เห็นความสำคัญของระยะเวลาที่เหมาะสมในการผ่าตัด ดังนั้นแพทย์เจ้าของไข้ควรวางแผนเตรียมผู้ป่วย แนะนำผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับแนวทางการ

รักษา รวมถึงพิจารณาส่งปรึกษาโสต ศอ นาสิก แพทย์เพื่อให้ได้ผ่าตัดในระยะเวลาที่เหมาะสม ซึ่ง อาจลดอัตราการเสียชีวิตและภาวะแทรกซ้อนจากการใส่ท่อช่วยหายใจนานได้

สรุปผลการวิจัย

ข้อมูลเหล่านี้สะท้อนให้เห็นว่าผู้ป่วยที่ได้รับการเจาะคอส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยวิกฤตที่มีความซับซ้อนของโรค โดยเฉพาะโรคระบบทางเดินหายใจและระบบประสาท มีโรคร่วมหลายโรค และมีภาวะแทรกซ้อนสำคัญคือภาวะปอดติดเชื้อในโรงพยาบาล แม้จะได้รับการเจาะคอเพื่อช่วยในการหายใจและลดภาวะแทรกซ้อน แต่อัตราการเสียชีวิตโดยรวมยังสูงถึงร้อยละ 46.2 ซึ่งสอดคล้องกับความรุนแรงของโรคและภาวะวิกฤตของผู้ป่วย และแนวโน้มผู้ป่วยจะมีอัตราการเสียชีวิตเพิ่มมากขึ้นหากเจาะคอช้ากว่า 15 วัน ภายหลังใส่ท่อช่วยหายใจ

ข้อเสนอแนะ

การศึกษานี้เป็นการทบทวนการเวชระเบียน คุณสภาวะตอนจำหน่ายว่าผู้ป่วยรอดหรือเสียชีวิต การศึกษาเรื่องของคุณภาพชีวิตหลังจากผ่าตัด การดูแลต่อเจาะคออย่างเหมาะสม การติดตามอาการเพื่อเปลี่ยนท่อตามระยะเวลาที่กำหนด รวมถึงความสามารถของผู้ป่วยที่สามารถจะถอดท่อเจาะคอได้หลังจากหายจากโรคหลัก รวมถึงอัตราการเสียชีวิตหลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาลเป็นสิ่งที่ควรศึกษาต่อไป

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลชัยภูมิ (หมายเลขจริยธรรม COE No.042/2567; วันที่อนุมัติ 24 ตุลาคม พ.ศ. 2567)

เอกสารอ้างอิง

1. Sofi K, Wani T. Effect of tracheostomy on pulmonary mechanics: An observational study. Saudi J Anaesth 2010;4(1):2-5. DOI:[10.4103/1658-354X.62606](https://doi.org/10.4103/1658-354X.62606)
2. Palacios JM, Bellido DA, Valdivia FB, Ampuero PA, Figueroa CF, Medina C, et al. Tracheal stenosis as a complication of prolonged intubation in coronavirus disease 2019 (COVID-19) patients: a Peruvian cohort. J Thorac Dis 2022;14(4):995-1008. DOI:[10.21037/jtd-21-1721](https://doi.org/10.21037/jtd-21-1721)
3. Sandu K. Laryngotracheal Complications in Intubated COVID-19 Patients. Clin Med Insights Case Rep 2021;14:11795476211020590. DOI:[10.1177/11795476211020590](https://doi.org/10.1177/11795476211020590)
4. Kalanuria AA, Ziai W, Mirski M. Ventilator-associated pneumonia in the ICU. Crit Care 2014;18(2):208. DOI:[10.1186/cc13775](https://doi.org/10.1186/cc13775)
5. Rumbak MJ. Pneumonia in patients who require prolonged mechanical ventilation. Microbes Infect 2005;7(2):275-8. DOI:[10.1016/j.micinf.2004.12.002](https://doi.org/10.1016/j.micinf.2004.12.002)

6. El-Anwar MW, Nofal AA, Shawadfy MA, Maaty A, Khazbak AO. Tracheostomy in the Intensive Care Unit: a University Hospital in a Developing Country Study. *Int Arch Otorhinolaryngol* 2017;21(1):33-7. DOI:[10.1055/s-0036-1584227](https://doi.org/10.1055/s-0036-1584227)
7. สิริพันธ์ แซ่อึ้ง. การศึกษาเปรียบเทียบระหว่างการเจาะคอเร็วและช้าในผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลท่าศาลา. *มหาราช นครศรีธรรมราชเวชสาร* 2565;5(2):47-58. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/MNSTMedJ/article/view/253977>
8. Andriolo BN, Andriolo RB, Saconato H, Atallah ÁN, Valente O. Early versus late tracheostomy for critically ill patients. *Cochrane Database Syst Rev* 2015;1(1):CD007271. DOI:[10.1002/14651858.CD007271.pub3](https://doi.org/10.1002/14651858.CD007271.pub3)
9. Bateman RM, Sharpe MD, Jagger JE, Ellis CG, Solé-Violán J, López-Rodríguez M, et al. 36th International Symposium on Intensive Care and Emergency Medicine: Brussels, Belgium. 15-18 March 2016. *Crit Care* 2016;20(Suppl 2):94. DOI:[10.1186/s13054-016-1208-6](https://doi.org/10.1186/s13054-016-1208-6)
10. Bartlett G, Blais R, Tamblyn R, Clermont RJ, MacGibbon B. Impact of patient communication problems on the risk of preventable adverse events in acute care settings. *CMAJ* 2008;178(12):1555-62. DOI:[10.1503/cmaj.070690](https://doi.org/10.1503/cmaj.070690)
11. Lee T, Tan QL, Sinuff T, Kiss A, Mehta S. Outcomes of prolonged mechanical ventilation and tracheostomy in critically ill elderly patients: a historical cohort study. *Can J Anaesth* 2022;69(9):1107-16. DOI:[10.1007/s12630-022-02263-8](https://doi.org/10.1007/s12630-022-02263-8)
12. Namin AW, Kinealy BP, Harding BC, Alnijoumi MM, Dooley LM. Tracheotomy Outcomes in the Medical Intensive Care Unit. *Mo Med* 2021;118(2):168-72. PMID:[PMC8029615](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/348029615/)
13. Gadani H, Vyas A, Kar AK. A study of ventilator-associated pneumonia: Incidence, outcome, risk factors and measures to be taken for prevention. *Indian J Anaesth.* 2010;54(6):535-40. DOI:[10.4103/0019-5049.72643](https://doi.org/10.4103/0019-5049.72643)
14. Papazian L, Klompas M, Luyt CE. Ventilator-associated pneumonia in adults: a narrative review. *Intensive Care Med* 2020;46(5):888-906. DOI:[10.1007/s00134-020-05980-0](https://doi.org/10.1007/s00134-020-05980-0)

15. Mazwi S, van Blydenstein SA, Mukansi M. Ventilator- associated pneumonia in an academic intensive care unit in Johannesburg, South Africa. *Afr J Thorac Crit Care Med* 2023;29(4):e154. DOI:[10.7196/AJTCCM.2023.v29i4.154](https://doi.org/10.7196/AJTCCM.2023.v29i4.154)
16. Krebs ED, Chancellor WZ, Beller JP, Mehaffey JH, Hawkins RB, Sawyer RG, et al. Long-term Implications of Tracheostomy in Cardiac Surgery Patients: Decannulation and Mortality. *Ann Thorac Surg* 2021;111(2):594-9. DOI:[10.1016/j.athoracsur.2020.05.052](https://doi.org/10.1016/j.athoracsur.2020.05.052)
17. Kwak MJ, Lal LS, Swint JM, Du XL, Chan W, Akkanti B, et al. Early tracheostomy in acute heart failure exacerbation. *Heart Lung* 2020;49(5):646-50. DOI:[10.1016/j.hrtlng.2020.03.024](https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2020.03.024)
18. Marget MJ, Dunn R, Morgan CL. Association of APACHE-II Scores With 30-Day Mortality After Tracheostomy: A Retrospective Study. *Laryngoscope* 2023;133(2):273-8. DOI:[10.1002/lary.30211](https://doi.org/10.1002/lary.30211)
19. Robba C, Galimberti S, Graziano F, Wieggers EJA, Lingsma HF, Iaquaniello C, et al. Tracheostomy practice and timing in traumatic brain-injured patients: a CENTER-TBI study. *Intensive Care Med* 2020;46(5):983-94. DOI:[10.1007/s00134-020-05935-5](https://doi.org/10.1007/s00134-020-05935-5)
20. Kour A, Singh A, Sharma S, Bindra GS, Sharma S. Prefer early tracheostomy: Comparative study of early and late tracheostomy with poor GCS patients in intensive care units in two hospitals. *International Journal of Health Sciences* 2022;6(S3):2903–9. <https://doi.org/10.53730/ijhs.v6nS3.6204>
21. Vargas M, Sutherasan Y, Antonelli M, Brunetti I, Corcione A, Laffey JG, et al. Tracheostomy procedures in the intensive care unit: an international survey. *Crit Care* 2015;19(1):291. DOI:[10.1186/s13054-015-1013-7](https://doi.org/10.1186/s13054-015-1013-7)
22. Barreiro TJ, Ghattas C, Valino CA. Iatrogenic tracheal stenosis presenting as persistent asthma. *Respir Care* 2013;58(9):e107-10. DOI:[10.4187/respcare.02231](https://doi.org/10.4187/respcare.02231)
23. Küçük O, Aydemir S, ZengİN M, Alagöz A. Long-term results of intensive care patients with post-intubation tracheal stenosis: 7 years follow-up. *BMC Pulm Med* 2024;24(1):561. DOI:[10.1186/s12890-024-03384-0](https://doi.org/10.1186/s12890-024-03384-0)
24. Dokoohaki R, Ebrahimzadeh M, Sharifi N. Tracheal Stenosis After Intubation and Tracheostomy in Patients Admitted to Intensive Care Units: A Case-Control Study. *Shiraz E-Med J* 2024;25(8):e145763. DOI:<https://doi.org/10.5812/semj-145763>

การศึกษาผลของโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ตำบลบางกระบือ อำเภอเมืองสิงห์บุรี จังหวัดสิงห์บุรี

รุ่งหิรัญ อินเจ็ก, พย.บ.*

บทคัดย่อ

โรคความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคไต และโรคหลอดเลือดสมอง การออกแบบโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโดยใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพจึงถูกทดลองใช้ในพื้นที่ การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันโรค และระดับความดันโลหิต ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพ ใช้ระยะเวลาในการทดลอง 12 สัปดาห์ ในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ตำบลบางกระบือ อำเภอเมืองสิงห์บุรี จังหวัดสิงห์บุรี จำนวน 24 ราย วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา, paired t-test และ Bland-Altman plot

ผลการศึกษา พบว่ากลุ่มเสี่ยงส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 66.7) อายุเฉลี่ย 53.21 (sd.= 7.84) ปัจจัยเสี่ยงที่พบ คือ มีภาวะอ้วนระดับอันตราย (ร้อยละ 8.3) และเส้นรอบเอวเกินมาตรฐาน (Mean = 85.58, sd.= 8.42) รวมถึงพฤติกรรมบริโภคที่ชอบอาหารรสเค็ม หวาน และมัน (ร้อยละ 44.0, 34.0 และ 22.0 ตามลำดับ) และออกกำลังกายก่อนข้างน้อย (ร้อยละ 54.2) ผลจากการวิเคราะห์พฤติกรรมสุขภาพในภาพรวม พบว่า มีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้น 5.04 คะแนน (95% CI: 3.43, 6.65) และพฤติกรรมรายด้าน เช่น พฤติกรรมการรับประทานอาหาร พฤติกรรมการออกกำลังกาย และพฤติกรรมด้านอารมณ์ มีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นกัน (p-value < 0.05) เช่นเดียวกับ systolic blood pressure ที่พบว่ามีค่าเฉลี่ยลดลง 4.54 หน่วย (95% CI: 3.29, 5.79) สอดคล้องกับ diastolic blood pressure ที่ลดลง 3.25 หน่วย (95% CI: 2.10, 4.40)

งานวิจัยนี้ชี้ให้เห็นว่าโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงได้ และช่วยลดระดับความดันโลหิตได้จริง ดังนั้น การศึกษาในอนาคตควรเพิ่มขนาดตัวอย่างและระยะเวลาการศึกษา รวมถึงการปรับปรุงเครื่องมือวัดและวิธีการสื่อสารความเสี่ยงเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของโปรแกรม

คำสำคัญ : โปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพ, โรคความดันโลหิตสูง, กลุ่มเสี่ยง

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางกระบือ 2 อำเภอเมืองสิงห์บุรี จังหวัดสิงห์บุรี

*ผู้ประพันธ์บรรณกิจ: รุ่งหิรัญ อินเจ็ก, E-mail: rr9340@hotmail.com

An evaluation of a health belief program to promote behavioral changes for hypertension prevention among high-risk individuals in Bang Krabue Subdistrict, Sing Buri Province.

Runghirun Injek, B.N.S.*

Abstract

Hypertension is a significant risk factor for cardiovascular disease, kidney disease, and stroke. A health behavior modification program based on the Health Belief Model was thus experimentally applied in the area. This quasi-experimental research aimed to compare disease prevention behaviors and blood pressure levels before and after receiving the health belief program. The experiment lasted 12 weeks among 24 individuals at risk of hypertension in Bang Krabue Sub-district, Mueang Sing Buri District, Sing Buri Province. Data were analyzed using descriptive statistics, paired t-test, and Bland-Altman plot.

The study results showed that most of the at-risk group were female (66.7%), with an average age of 53.21 (SD = 7.84) years. Identified risk factors included dangerous obesity (8.3%) and waist circumference exceeding standard (Mean = 85.58, SD = 8.42), as well as dietary behaviors favoring salty, sweet, and fatty foods (44.0%, 34.0%, and 22.0% respectively) and relatively low physical activity (54.2%). The overall analysis of health behaviors showed an average increase of 5.04 points (95% CI: 3.43, 6.65). Specific behavioral aspects, such as eating habits, exercise habits, and emotional behaviors, also showed statistically significant increases in their mean scores (p -value < 0.05). Similarly, systolic blood pressure showed an average decrease of 4.54 units (95% CI: 3.29, 5.79), consistent with a 3.25 unit decrease in diastolic blood pressure (95% CI: 2.10, 4.40).

This research indicates that the health belief program can modify health behaviors in individuals at risk of hypertension and genuinely help reduce blood pressure levels. Therefore, future studies should increase sample size and study duration, as well as improve measurement tools and risk communication methods to enhance program effectiveness.

Keyword : Health Belief Program, High blood pressure, risk group

* Registered Nure, Professional Level. Bang Krabue Subdistrict Health Promoting Hospital 2, Mueang Sing Buri District, Sing Buri Province.

*Corresponding author: Runghirun Injek, E-mail: rr9340@hotmail.com

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคความดันโลหิตสูงเป็นปัญหาสุขภาพที่มีความสำคัญต่อประชาชนมากกว่า 1 พันล้านคนทั่วโลก โดยมีความเชื่อมโยงกับการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด สูงถึงร้อยละ 20 - 30⁽¹⁾ นอกจากนี้ความดันโลหิตสูงยังเป็นสาเหตุหลักที่ทำให้เกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย โรคหลอดเลือดสมอง และโรคไตวาย⁽²⁾ สถิติจากการวิจัยพบว่า ประมาณร้อยละ 40 ของภาวะสมองเสื่อมและร้อยละ 60 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีสาเหตุมาจากปัจจัยเสี่ยงที่สามารถปรับเปลี่ยนได้ รวมถึงความดันโลหิตสูง⁽³⁾ การไม่สามารถจัดการความดันโลหิตสูงจึงนำไปสู่ความเจ็บป่วยที่เพิ่มขึ้นและเป็นภาระทางเศรษฐกิจที่สูงขึ้น⁽⁴⁾

ในประเทศไทย สถานการณ์โรคความดันโลหิตสูงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ มีอัตราความชุกถึงร้อยละ 25.7 ในประชาชนทั่วไป⁽⁴⁾ ส่วนในแรงงานต่างด้าวพบอัตราความชุกสูงถึงร้อยละ 63.3⁽⁵⁾ แม้จะมีการรณรงค์ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง แต่ผู้ป่วยจำนวนมากยังไม่รู้ตัวว่าเป็นความดันโลหิตสูง และไม่สามารถควบคุมระดับความดันให้เป็นปกติได้ อันเนื่องมาจากความเชื่อและทัศนคติที่หลากหลาย อีกทั้งการศึกษาต่อเนื่องพบว่าการควบคุมระดับความดันโลหิตยังอยู่ในระดับต่ำ^(4, 6) ตำบลบางกระบือ อำเภอเมืองสิงห์บุรี จังหวัดสิงห์บุรี เป็นพื้นที่ที่มีความเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง โดยพบกลุ่มเสี่ยงถึงร้อยละ 21.4 ในประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป⁽⁷⁾ สถานการณ์เช่นนี้ทำให้เกิดความจำเป็นเร่งด่วนใน

การปรับปรุงความรู้ด้านสุขภาพและการเข้าถึงการดูแลสุขภาพที่มีคุณภาพในพื้นที่ เพื่อจัดการกับโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีประสิทธิภาพ

การจัดการกับโรคความดันโลหิตสูงจะช่วยลดความไม่สม่ำเสมอด้านสุขภาพและปรับปรุงผลลัพธ์ด้านสุขภาพของประชากรโดยรวม⁽⁴⁾ โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพที่อิงตามแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model)⁽⁸⁻¹²⁾ จึงมีความสำคัญในการกระตุ้นให้ประชาชนในตำบลบางกระบือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพไปในทางที่ดีขึ้น เช่น การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และการเข้าร่วมกิจกรรมที่เชื่อมโยงกับการสร้างสุขภาวะในชุมชน

การศึกษานี้จึงมุ่งเน้นไปที่การประเมินผลของโปรแกรมที่สร้างความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อส่งเสริมให้ประชาชนกลุ่มเสี่ยงในตำบลบางกระบือ เกิดการรับรู้ถึงความเสี่ยงจากโรคความดันโลหิตสูงและการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ผลลัพธ์ของการศึกษาจะช่วยสร้างข้อมูลพื้นฐานเพื่อพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพที่เข้าถึงประชาชนในชุมชนได้อย่างแท้จริง ทำให้ลดอัตราการเจ็บป่วยและยกระดับคุณภาพชีวิตของคนในตำบลบางกระบือได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง และระดับความดันโลหิตของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพ

นิยามศัพท์

โปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพ หมายถึง กิจกรรมด้านสุขภาพที่ประยุกต์โดยใช้ทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ของ Stretcher & Rosenstock (1997) เพื่อปรับเปลี่ยนความเชื่อ ทักษะคิด แก่กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย กิจกรรมการสร้างสัมพันธภาพ การอบรมด้าน โภชนาการและการออกกำลังกาย การเยี่ยมบ้านและการติดตามพฤติกรรม การแบ่งปันประสบการณ์ และการประเมินผล โดยใช้ระยะเวลาทั้งหมด 12 สัปดาห์

พฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง หมายถึง การกระทำหรือการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ หรือวิธีการดำเนินชีวิตที่เหมาะสมในกลุ่มเสี่ยง ในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง เพื่อคงไว้ซึ่ง คุณภาพชีวิตที่ดี ร่วมกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ให้เหมาะสมในด้านการรับประทานอาหาร การ ออกกำลังกาย และการจัดการความเครียด

กลุ่มเสี่ยง หมายถึง กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ที่มีระดับความดันโลหิต systolic blood pressure ตั้งแต่ 130 ถึง 139 มิลลิเมตรปรอท หรือ diastolic blood pressure ตั้งแต่ 85 ถึง 89 มิลลิเมตรปรอท

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัย

เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental study) แบบกลุ่มเดียวและวัดผลก่อน

และหลัง (One group pre - post test) ในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ประชาชนในพื้นที่ตำบลบางกระบือ อำเภอเมืองสิงห์บุรี จังหวัดสิงห์บุรี ที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป และเข้ารับการตรวจคัดกรองความดันโลหิตระหว่างเดือน ตุลาคม 2566 ถึง มีนาคม 2567 และผลตรวจมีระดับความดันโลหิต systolic blood pressure ตั้งแต่ 130 ถึง 139 มิลลิเมตรปรอท หรือ diastolic blood pressure ตั้งแต่ 85 ถึง 89 มิลลิเมตรปรอท มีจำนวนทั้งสิ้น 117 ราย

กลุ่มตัวอย่างได้จากการคำนวณโดยสูตร Sample Size Calculator for Comparing Paired Differences (<https://www.statulator.com/SampleSize/ss2PM.html>.) เมื่อกำหนดค่าพารามิเตอร์ Expected mean of the paired differences = 1.8 และ Expected standard deviation of the paired differences = 2.79⁽¹³⁾ ได้ขนาดตัวอย่างเท่ากับ 22 ราย เพื่อสูญเสียร้อยละ 10 ได้ขนาดตัวอย่างทั้งสิ้น 24 ราย

เครื่องมือในการวิจัย

แบ่งออกเป็น 2 ประเภท ได้แก่

1) เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถาม ประกอบด้วย 4 ส่วน คือ ส่วนที่ 1: ข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 7 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ รายได้และบทบาทในครอบครัว

ส่วนที่ 2: ข้อมูลปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 9 ข้อ ได้แก่ ประวัติการ

ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงของญาติ ค่าดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว รสอาหารที่ชอบรับประทาน การออกกำลังกาย ความเครียด การดื่มสุรา และการสูบบุหรี่

ส่วนที่ 3: ข้อมูลพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 13 ข้อ แบบ rating scale 3 ระดับ (ปฏิบัติทุกครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง ไม่ปฏิบัติ) การแปลผลแบ่งออกเป็น 3 ช่วง ตามคะแนนพฤติกรรม ดังนี้ 13 - 21 คะแนน หมายถึง พฤติกรรมการป้องกันโรคอยู่ในระดับต่ำ, 22 - 30 คะแนน หมายถึง พฤติกรรมการป้องกันโรคอยู่ในระดับปานกลาง, 31 - 39 คะแนน หมายถึง พฤติกรรมการป้องกันโรคอยู่ในระดับสูง

ส่วนที่ 4: แบบบันทึกระดับความดันโลหิต ทดสอบก่อนดำเนินการ (สัปดาห์ที่ 1) และหลังได้รับโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง (สัปดาห์ที่ 12) โดยแต่ละครั้งจะทำการวัด 2 ครั้ง ห่างกัน 15 นาที แล้วหาค่าเฉลี่ย

แบบสอบถามผ่านการทดสอบคุณภาพ เครื่องมือ โดยการนำไปทดลองใช้กับกลุ่มเสี่ยงใน

พื้นที่ตำบลแม่ลา อำเภอบางระจัน จังหวัดสิงห์บุรี จำนวน 30 คน ในเดือน พฤษภาคม 2567 ได้ค่าความเที่ยงร้อยละ 71 (Cronbach alpha coefficient = 0.71)

2) เครื่องมือในการทดลอง เป็นโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มเสี่ยง ซึ่งประยุกต์จากทฤษฎี Health Belief Model ของ stretcher & Rosenstock (1997)⁽¹⁴⁾ โดยมีทั้งหมด 4 ขั้นตอน ประกอบด้วย

ขั้นตอนที่ 1 การรับรู้ความเสี่ยงและความรุนแรงของการเกิดโรค แบ่งออกเป็น 2 กิจกรรม ดำเนินการในสัปดาห์ที่ 1 และ 3

ขั้นตอนที่ 2 การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคจากการปฏิบัติตามคำแนะนำ ดำเนินการในสัปดาห์ที่ 5

ขั้นตอนที่ 3 การรับรู้ความสามารถของตนเอง ดำเนินการในสัปดาห์ที่ 7 และ

ขั้นตอนที่ 4 บัณฑิตชักนำสู่การปฏิบัติ แบ่งออกเป็น 2 กิจกรรม ดำเนินการในสัปดาห์ที่ 8-11 และสัปดาห์ที่ 12 ดัง Figure 1

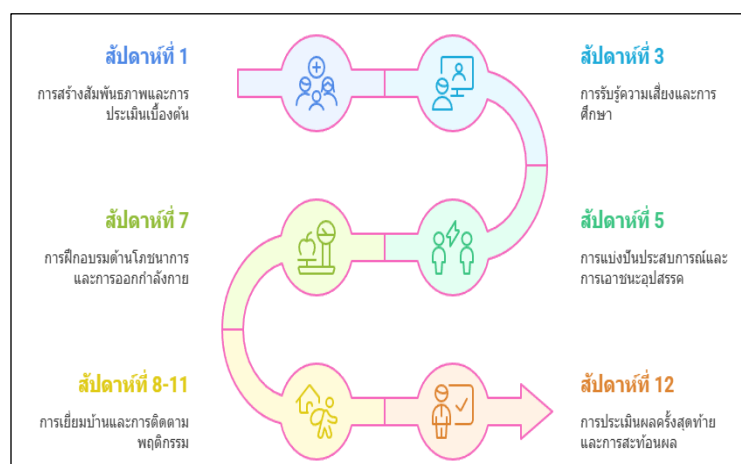


Figure 1: Activities of the health belief program for hypertension prevention among high-risk individuals.

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ใช้วิธีทอแบบสอบถามในกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการคัดเลือก จำนวน 24 ราย โดยผู้ช่วยนักวิจัยอธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทราบอย่างชัดเจน และแจกแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างทำเอง หรืออาจมีเจ้าหน้าที่ช่วยอธิบายและบันทึกข้อมูลให้ในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างไม่สามารถอ่านเขียนได้ ส่วนการวัดระดับความดันโลหิตของกลุ่มตัวอย่าง เก็บข้อมูลครั้งแรกในสัปดาห์ที่ 1 และครั้งที่ 2 ในสัปดาห์ที่ 12 โดยการวัดทดสอบ 2 ครั้ง ห่างกัน 15 นาที และหาค่าเฉลี่ยของข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ทำการวิเคราะห์สถิติพรรณนา (descriptive statistics) ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ใช้อธิบายข้อมูลส่วนบุคคล ปัจจัยเสี่ยง และพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง

ส่วนการวิเคราะห์สถิติอนุมาน (inferential statistics) ในการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงและค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพ โดยใช้สถิติ Paired t-test และ Bland-Altman plot กำหนดนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

ผลการวิจัย

คุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 24 ราย มีอายุเฉลี่ย 53.21 ปี (sd.= 7.84) ส่วนใหญ่เป็น

เพศหญิง (ร้อยละ 66.7) สมรสแล้วและอยู่เป็นคู่ (ร้อยละ 70.8) และจบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 62.5) ประกอบอาชีพรับจ้างและเกษตรกร (ร้อยละ 37.5) ทั้งนี้ มีรายได้มีฐานะในภาพรวม 6,000 บาท (รายได้ต่ำสุด 2,000 สูงสุด 25,000 บาท) และบทบาทในครอบครัว เป็นผู้อยู่อาศัยและผู้นำครอบครัวใกล้เคียงกัน (ร้อยละ 54.2 และ 45.8 ตามลำดับ)

ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง

พบว่า บิดาหรือมารดามีประวัติเป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 29.2 ขณะที่กึ่งหนึ่งของพี่น้องร่วมสายเลือดมีประวัติ (ร้อยละ 50.0) แต่ทั้งนี้ มีผู้ไม่ทราบประวัติการเป็นโรคความดันโลหิตของบิดา/มารดา และพี่น้องร่วมสายเลือดถึงร้อยละ 33.3 และ 29.2 ตามลำดับ

ส่วนกลุ่มเสี่ยง พบมีค่าดัชนีมวลกายเฉลี่ย 25.46 (sd.=3.89) เมื่อจำแนกตามระดับความเสี่ยง พบว่า อยู่ในกลุ่มน้ำหนักเกิน หรือโรคอ้วนระดับ 1 ร้อยละ 25.0 โรคอ้วน หรืออ้วนระดับ 2 ร้อยละ 37.5 และโรคอ้วนอันตราย หรือโรคอ้วนระดับ 3 ร้อยละ 8.3 ทั้งนี้ เส้นรอบเอวโดยเฉลี่ย เท่ากับ 85.58 (sd.= 8.42) และเมื่อพิจารณาจากพฤติกรรมการบริโภค พบว่า ชอบบริโภคอาหารรสเค็ม ร้อยละ 44.0 รสหวาน ร้อยละ 34.0 และรสมัน ร้อยละ 22.0 และมีพฤติกรรมออกกำลังกายค่อนข้างน้อย ประมาณ 1 – 2 ครั้งต่อสัปดาห์ (ร้อยละ 54.2) และในส่วนของพฤติกรรมการดื่มสุรา พบว่าส่วนใหญ่เป็นการดื่มสังสรรค์น้อยกว่า 3 ครั้ง/สัปดาห์ (ร้อยละ 8.3) และไม่มีการสูบบุหรี่ในปัจจุบัน

เปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพหลังได้รับ โปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพ

พฤติกรรมสุขภาพเฉลี่ยในภาพรวม ก่อนได้รับโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพ มีคะแนน 26.79 (sd.=3.56) แปรผลอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในระยะเวลา 12 สัปดาห์แล้ว มีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น 31.83 (sd.= 1.95) ซึ่งอยู่ในระดับสูง และจากการทดสอบด้วยสถิติ พบว่า มีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น 5.04 คะแนน ซึ่งคาดการณ์ว่าหากนำโปรแกรมดังกล่าว ไปใช้ในประชากรกลุ่มเสี่ยงทั้งหมดในพื้นที่ อาจมี

คะแนนพฤติกรรมเพิ่มขึ้นประมาณ 3.43 ถึง 6.65 คะแนน (95% CI: 3.43, 6.65) ทั้งนี้ ความแตกต่างดังกล่าว มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$)

และเมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพ พฤติกรรมการรับประทานอาหารมีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้น 3.08 คะแนน (95% CI: 2.19, 3.97) เช่นเดียวกับ พฤติกรรมออกกำลังกาย ที่เพิ่มขึ้น 1.17 คะแนน (95% CI: 0.20, 2.14) รวมถึงพฤติกรรมด้านอารมณ์ มีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้น 0.79 คะแนน (95% CI: 0.14, 1.44) โดยความแตกต่างของคะแนนพฤติกรรมทั้ง 3 ด้าน มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ดัง Figure 2

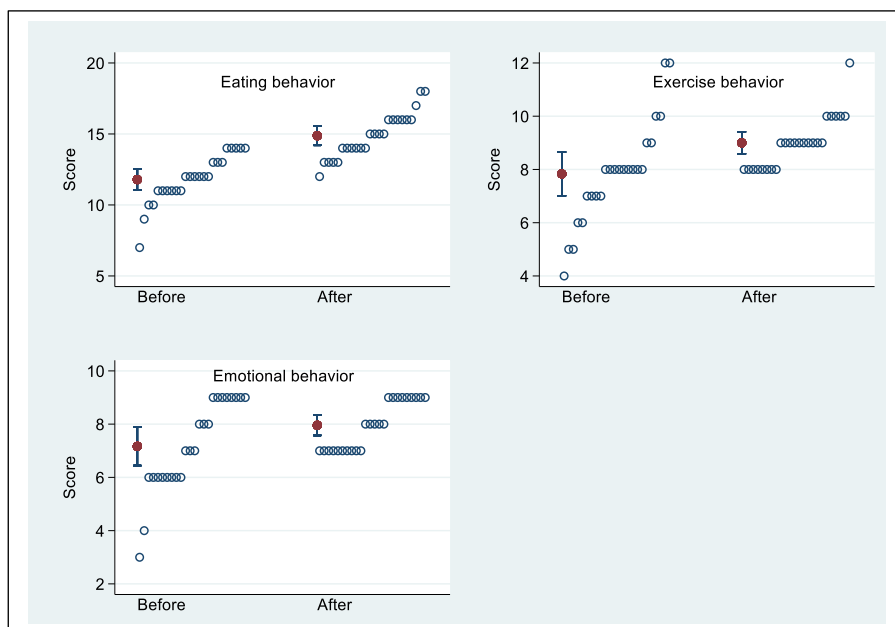


Figure 2: Changes in preventive behaviors for hypertension before and after the health belief intervention.

เปรียบเทียบระดับความดันโลหิต ก่อนและ หลังได้รับโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพ

จากการเก็บข้อมูลความดันโลหิตของกลุ่มตัวอย่าง 24 ราย โดยวัดระดับความดันโลหิตช่วงบน

(systolic blood pressure) และความดันช่วงล่าง (diastolic blood pressure) ครั้งที่ 1 ในสัปดาห์แรกของการดำเนินการ และครั้งที่ 2 ในสัปดาห์ที่ 12 ของการดำเนินการ ผลการทดสอบ พบว่า ภายหลังได้รับ โปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพในระยะเวลา

12 สัปดาห์ ระดับความดันโลหิต systolic blood pressure ลดลง 4.54 หน่วย (95% CI: 3.29, 5.79) สอดคล้องกับระดับความดันโลหิต diastolic blood pressure ลดลง 3.25 หน่วย (95% CI: 2.10, 4.40)

ทั้งนี้ ความแตกต่างของระดับความดันโลหิตทั้งสอง ค่า มีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001) ดัง

Figure 3

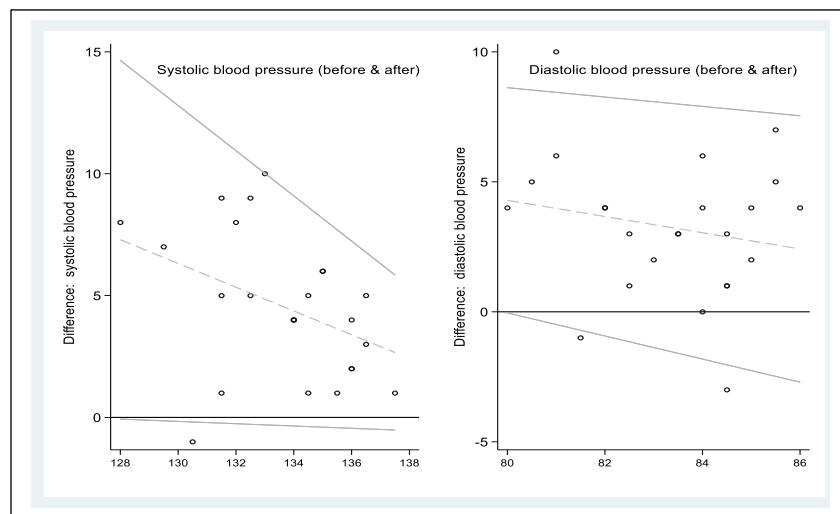


Figure 3: Comparison of systolic and diastolic blood pressure before and after the health belief intervention.

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษาผลของโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มเสี่ยงตำบลบางกระบือ ได้มีการวิเคราะห์พฤติกรรมสุขภาพที่ปรับเปลี่ยนในระยะเวลา 12 สัปดาห์ เพื่อประเมินผลกระทบต่อระดับความดันโลหิต โดยใช้กลุ่มตัวอย่าง 24 ราย มีผลลัพธ์ที่น่าสนใจหลายประเด็น ดังนี้

พฤติกรรมสุขภาพสะท้อนผลต่อระดับความดันโลหิต

จากผลการศึกษา พบว่า การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพทั้ง 3 ด้าน (การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการควบคุมอารมณ์) ไม่ได้ส่งผลต่อการลดระดับความดันโลหิตอย่างมีนัยสำคัญ แม้จะพบแนวโน้มการลดลงของระดับ

ความดันโลหิตในบางด้าน แต่ยังมีน้ำหนักไม่เพียงพอที่จะสรุปความสัมพันธได้

เมื่อพิจารณารายพฤติกรรม พบว่า พฤติกรรมการบริโภคที่ดีขึ้น ส่งผลต่อการลดระดับ systolic/ diastolic การศึกษาของ Sen & Aune⁽¹⁵⁾ แสดงให้เห็นว่า การบริโภคผักและผลไม้มีผลต่อการควบคุมความดันโลหิต โดยมีความเสี่ยงสัมพัทธ์ที่ 0.97 ต่อ 200 กรัม/วันที่เพิ่มขึ้น ซึ่งอาจสนับสนุนผลการศึกษานี้ ขณะที่ Elshahoryi และคณะ⁽¹⁶⁾ อธิบายว่า ไม่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญในระดับความดันโลหิตด้วยการบริโภคผักและผลไม้ที่เพิ่มขึ้น แม้ว่าผลลัพธ์จะมีความแตกต่างกันบางอย่าง แต่การบริโภคผักผลไม้ก็ช่วยลดคอเลสเตอรอลในผู้เข้าร่วมการทดลองที่ไม่ได้รับยาลดไขมัน

ส่วนพฤติกรรมการออกกำลังกาย มีส่วนช่วยลดระดับ systolic/ diastolic อ้างอิงจากการศึกษาของ Hassan MA, Zhou W, & Ye M.⁽¹⁷⁾ ที่ระบุว่า การออกกำลังกายร่วมกับการเปลี่ยนแปลงทางโภชนาการและการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเป็นวิธีการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพมากที่สุดในการลดความดันโลหิตในเด็กและวัยรุ่น โดยมีการลดเฉลี่ย 8.64 mmHg สำหรับ systolic และ 6.75 mmHg สำหรับ diastolic เช่นเดียวกับ การเล่นโยคะ และ กีฬาทางน้ำ ลดความดัน systolic ได้มากถึง 7.53 mmHg และความดัน diastolic ถึง 5.35 mmHg⁽¹⁸⁾ อย่างไรก็ตาม ผลกระทบดังกล่าวยังไม่มีความสำคัญเช่นกัน

และการควบคุมอารมณ์ มีผลต่อการเพิ่มระดับ systolic/ diastolic bp ซึ่งผลลัพธ์นี้แตกต่างจากที่คาดหวัง พบว่าการควบคุมอารมณ์อาจเป็นปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อระบบการควบคุมความดันโลหิต โดยความเครียดที่ไม่ได้รับการจัดการ หรือการระงับอารมณ์เชิงลบอาจส่งผลเสียต่อการควบคุมความดันโลหิต โดยเฉพาะในบุคคลที่มีความดันโลหิตสูง ซึ่งบ่งชี้ถึงความจำเป็นในการรับรู้ทางอารมณ์ในการรักษา⁽¹⁹⁻²¹⁾

โปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหรือลดความดันโลหิตได้

ถึงแม้ ผลการศึกษาจะระบุว่า พฤติกรรมสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงยังไม่ส่งผลต่อระดับความดันโลหิตอย่างชัดเจน แต่จากการใช้โปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพ ในระยะเวลา 12 สัปดาห์ กลับพบว่า สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในเชิง

บวกได้ รวมถึงการลดระดับความดันโลหิตลงได้อย่างมีนัยสำคัญ สอดคล้องกับหลายรายงานวิจัยที่แสดงให้เห็นว่า Health Belief Model ช่วยปรับปรุงพฤติกรรมทางโภชนาการอย่างมีนัยสำคัญในหมู่ประชากรต่าง ๆ รวมถึงผู้ป่วยที่มีกล้ามเนื้อหัวใจตายและวัยรุ่น⁽²²⁾ หรือแสดงให้เห็นถึงความรู้ที่เพิ่มขึ้นและทางเลือกอาหารที่ดีต่อสุขภาพ เช่น การบริโภคอาหารที่ไม่ดีต่อสุขภาพลดลงและการปฏิบัติตามแนวทางด้านอาหารที่ดีขึ้น⁽²³⁾

พฤติกรรมดั้งเดิมเป็นส่วนหนึ่งของความเสี่ยงความดันโลหิตสูง

แม้การศึกษานี้ไม่ได้วิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงโดยตรง แต่ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่างสะท้อนให้เห็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญหลายประการ โดยเฉพาะพฤติกรรมดั้งเดิมที่ส่งผลกระทบต่อความดันโลหิตสูง ได้แก่ การขาดความตระหนักเรื่องประวัติครอบครัว พฤติกรรมการบริโภคที่ไม่เหมาะสม และการมีกิจกรรมทางกายที่ไม่เพียงพอ สอดคล้องกับการศึกษาของ Angelina และคณะ⁽²³⁾ ที่พบว่าการไม่ทราบประวัติครอบครัวนำไปสู่การขาดมาตรการป้องกันที่เหมาะสม และภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน พบว่ามีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับความดันโลหิตสูง โดย Hossain M. และคณะ⁽²⁴⁾ รายงานว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ได้รับการวินิจฉัยใหม่ มากกว่าร้อยละ 70 มีค่าดัชนีมวลกายสูงกว่า 23 กก./ตารางเมตร นอกจากนี้ พฤติกรรมการบริโภคอาหารรสหวาน มัน เค็ม ร่วมกับการขาดความรู้ด้านโภชนาการที่เหมาะสม เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้โรครุนแรงขึ้น⁽²⁵⁾

ข้อจำกัดของงานวิจัย

งานวิจัยนี้ ยังมีประเด็นที่เป็นอุปสรรค ที่ทำให้ผลการวิจัยไม่เป็นไปตามความคาดหมาย กล่าวคือ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสามารถลดระดับความดันโลหิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งผู้วิจัยได้ทำการประเมินแล้ว มีอยู่ 3 ข้อ คือ 1) ขนาดตัวอย่าง เป็นข้อจำกัดที่สำคัญที่สุดของงานวิจัยนี้คือ ขนาดตัวอย่างที่เล็ก (24 ราย) อาจไม่เพียงพอที่จะตรวจพบความแตกต่างที่แท้จริงได้ (power of the study) การศึกษาที่มีขนาดตัวอย่างใหญ่ขึ้น จะช่วยเพิ่มโอกาสในการตรวจพบความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมสุขภาพกับระดับความดันโลหิตได้อย่างแม่นยำยิ่งขึ้น 2) การวัดพฤติกรรมสุขภาพ อาจยังไม่ครอบคลุมและแม่นยำพอ การใช้เครื่องมือวัดที่ได้มาตรฐานและมีความน่าเชื่อถือ จะช่วยให้ได้ข้อมูลที่ต้องการและนำไปสู่การวิเคราะห์ที่แม่นยำยิ่งขึ้น 3) ระยะเวลาการศึกษาเพียง 12 สัปดาห์ อาจสั้นเกินไปที่จะเห็นผลของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต่อระดับความดันโลหิต การศึกษาในระยะยาว (เช่น 6 เดือน หรือ 1 ปี) อาจช่วยให้เห็นผลของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้อย่างชัดเจนยิ่งขึ้น

สรุปผลการศึกษา โปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพส่งผลเชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูง (คะแนนพฤติกรรมสุขภาพเพิ่มขึ้นเฉลี่ย 5.04 คะแนน) และช่วยลดระดับความดันโลหิตได้จริง (systolic ลด 4.54 หน่วย, diastolic ลด 3.25 หน่วย) ภายใน 12 สัปดาห์ อย่างไรก็ตาม จากข้อจำกัดด้านขนาดกลุ่มตัวอย่างเล็ก (24 ราย) และระยะเวลา

ศึกษาสั้น จึงเสนอแนะให้ขยายการทดลองกับกลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่ขึ้น เพื่อยืนยันประสิทธิภาพของโปรแกรมและผลกระทบต่อระดับความดันโลหิตอย่างชัดเจน พร้อมทั้งนำรูปแบบกิจกรรมไปประยุกต์ใช้จริงในบริการปฐมภูมิของชุมชน

ข้อเสนอแนะ

จากผลวิจัย มีข้อเสนอแนะเพื่อนำไปใช้ประโยชน์ในอนาคต ดังนี้

1. การประยุกต์ใช้โปรแกรมในงานปฐมภูมิ โดยนำรูปแบบกิจกรรมจากโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพที่ช่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ผลดี ไปประยุกต์ใช้ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และหน่วยบริการปฐมภูมิ
2. การปรับรูปแบบการสื่อสารความเสี่ยง โดยการพัฒนาสื่อและวิธีการสื่อสารที่เข้าใจง่ายและสอดคล้องกับบริบทของชุมชน
3. การพัฒนาเครื่องมือติดตามพฤติกรรมอย่างง่าย โดยจัดทำคู่มือหรือแบบบันทึกพฤติกรรมสุขภาพอย่างง่ายสำหรับกลุ่มเสี่ยงใช้ติดตามตนเอง โดยเน้นพฤติกรรมที่พบว่ามีเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญจากผลการวิจัย

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสิงห์บุรี เอกสารรับรองเลขที่ SEC 20/2567 ลงวันที่ 30 กันยายน 2567

เอกสารอ้างอิง

1. Carey RM, Moran AE, Whelton PK. Treatment of Hypertension: A Review. JAMA 2022;328(18):1849-61. DOI:[10.1001/jama.2022.19590](https://doi.org/10.1001/jama.2022.19590)
2. Militaru CG, Bejan GC, Grăjdeanu IV, Nicolescu O, Simionescu AA, Stanescu AM. High blood pressure – an essential aspect in the family doctor practice. Ro J Med Pract 2021; 16(2):135-8. DOI:[10.37897/RJMP.2021.2.4](https://doi.org/10.37897/RJMP.2021.2.4)
3. Singh SD, Senff JR, Duijn CMV, Rosand J. Treating Hypertension: Important for Heart Health, Fundamental for Brain Health. Stroke 2024;55(5):1464-6. DOI:[10.1161/STROKEAHA.123.046179](https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.123.046179)
4. Aekplakorn W, Chariyalertsak S, Kessomboon P, Assanangkornchai S, Taneepanichskul S, Goldstein A, et al. Trends in hypertension prevalence, awareness, treatment, and control in the Thai population, 2004 to 2020. BMC Public Health 2020;24(1):3149. DOI:[10.1186/s12889-024-20643-1](https://doi.org/10.1186/s12889-024-20643-1)
5. Sornlorm K, Thi WM. Health literacy and high blood pressure among Myanmar migrant workers in Northeastern Thailand. PLoS One 2024;19(4):e0302057. DOI:[10.1371/journal.pone.0302057](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0302057)
6. Sakboonyarat B, Poovieng J, Srisawat P, Hatthachote P, Mungthin M, Rangsin R, et al. Prevalence, awareness, and control of hypertension and associated factors among Royal Thai Army Personnel in Thailand from 2017 to 2021. Sci Rep 2023;13(1):6946. DOI:[10.1038/s41598-023-34023-z](https://doi.org/10.1038/s41598-023-34023-z)
7. กระทรวงสาธารณสุข. ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (Health Data Center: HDC). [อินเทอร์เน็ต]. 2566. [เข้าถึงเมื่อ 10 กุมภาพันธ์ 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://hdc.moph.go.th/center/public/standard-report-detail/db4e8d42e1234a75bd03d430c31feb2f>
8. Ricinta PA, Fahdhienie F, Ariscasari P. Analysis of Hypertention Prevention Behavior Based on Health Belief Model at Pulau Nasi, Pulo Aceh. MPPKI 2024;7(8):2241-9. DOI:<https://doi.org/10.56338/mppki.v7i8.5952>
9. Naeemi L, Daniali SS, Hassanzadeh A, Rahimi M. The effect of educational intervention on self-care behavior in hypertensive older people: Applying the health belief model. J Educ Health Promot 2022;11:406. DOI:[10.4103/jehp.jehp_1800_21](https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_1800_21)

10. Wang HM, Chen Y, Shen YH, Wang XM. Evaluation of the effects of health education interventions for hypertensive patients based on the health belief model. World J Clin Cases 2024;12(15):2578-85. DOI:[10.12998/wjcc.v12.i15.2578](https://doi.org/10.12998/wjcc.v12.i15.2578)
11. Mohammadkhah F, Shamsalinia A, Rajabi F, Hasirini PA, Jeihooni AK. The effect of educational intervention in the prevention of cardiovascular diseases in patients with hypertension with application of health belief model: A quasi-experimental study. JRSM Cardiovasc Dis 2023;12:20480040231212278. DOI:[10.1177/20480040231212278](https://doi.org/10.1177/20480040231212278)
12. Kam BS, Lee SY. Integrating the health belief model into health education programs in a clinical setting. World J Clin Cases 2024;12(33):6660-3. DOI:[10.12998/wjcc.v12.i33.6660](https://doi.org/10.12998/wjcc.v12.i33.6660)
13. นฤมล ท้าวทอง, นพวรรณ เปียชื่อ, สุจินดา จารุพัฒน์ มารูโอ, แสงเดือน ปิยะตระกูล. ผลของโปรแกรมควบคุมความดันโลหิตโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ต่อพฤติกรรมสุขภาพและความดันโลหิตของผู้เป็นความดันโลหิตสูงในชุมชน. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์ 2558;35(3):15-34. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/nur-psu/article/view/44338/36695>
14. Strecher VJ, Champion VL, & Rosenstock IM. The health belief model and health behavior. In: Gochman DS (Ed). Handbook of health behavior research 1: Personal and Social Determinants. New York: Plenum Press, 1997.p:71-91.
15. Madsen H, Sen A, Aune D. Fruit and vegetable consumption and the risk of hypertension: a systematic review and meta-analysis of prospective studies. Eur J Nutr 2023;62(5):1941-55. DOI:[10.1007/s00394-023-03145-5](https://doi.org/10.1007/s00394-023-03145-5)
16. Elsahoryi NA, Neville CE, Patterson CC, McKinley MC, Baldrick FR, Mulligan C, et al. The effect of increased fruit and vegetable consumption on blood pressure and lipids: a pooled analysis of six randomised controlled fruit and vegetable intervention trials. Age Ageing 2024;53(Suppl 2):ii80-9. DOI:[10.1093/ageing/afae043](https://doi.org/10.1093/ageing/afae043)
17. Hassan MA, Zhou W, Ye M, He H, Gao Z. The effectiveness of physical activity interventions on blood pressure in children and adolescents: A systematic review and network meta-analysis. J Sport Health Sci 2024;13(5):699-708. DOI:[10.1016/j.jshs.2024.01.004](https://doi.org/10.1016/j.jshs.2024.01.004)

18. Zhu Z, Yan W, Yu Q, Wu P, Bigambo FM, Chen J. Association between Exercise and Blood Pressure in Hypertensive Residents: A Meta-Analysis. *Evid Based Complement Alternat Med* 2022; 2022:2453805. DOI:[10.1155/2022/2453805](https://doi.org/10.1155/2022/2453805)
19. Tyra AT, Young DA, Ginty AT. Emotion regulation tendencies and cardiovascular responses to repeated acute psychological stress. *Int J Psychophysiol* 2023;194:112261. DOI:[10.1016/j.ijpsycho.2023.112261](https://doi.org/10.1016/j.ijpsycho.2023.112261)
20. Symonides B, Holas P, Schram M, Sleszycka J, Bogaczewicz A, Gaciong Z. Does the control of negative emotions influence blood pressure control and its variability. *Blood Pressure* 2014;23(6):323-9. DOI:[10.3109/08037051.2014.901006](https://doi.org/10.3109/08037051.2014.901006)
21. Fatahian F, Mohammadifard N, Hassanzadeh A, Shahnazi H. The effect of a health belief model-based education on nutritional behavior and biochemical factors of patients with myocardial infarction: A line follow-up experimental study. *Health Sci Rep* 2024;7(3):e1966. DOI:[10.1002/hsr2.1966](https://doi.org/10.1002/hsr2.1966)
22. Midjani N, Hossaini FA, Sharifi N. Promotion of nutritional behaviors in the prevention of cardiovascular diseases: application of the health belief model in primary health care centers. *BMC Prim Care* 2023;24(1):278. DOI:[10.1186/s12875-023-02248-6](https://doi.org/10.1186/s12875-023-02248-6)
23. Angelina C, Azmeila S, Nasution MR, Sitorus MS. The Relationship between Body Mass Index (BMI) and Degree of Hypertension in Hypertensive Patients. *JETROMI* 2024;6(3):88-95. DOI:<https://doi.org/10.32734/jetromi.v6i3.14965>
24. Hossain M, Monda NT, Hasan MQ, Khan MM. An Observational Study on the Newly Diagnosed Hypertensive Patients – Their Anthropometric Measurement and Current Life-Style. *Saudi Journal of Medicine* 2022;7(9):463-8. DOI:[10.36348/sjm.2022.v07i09.001](https://doi.org/10.36348/sjm.2022.v07i09.001)
25. Wasilewski A, Marczyński P, Kontek S, Jabłoński F, Kasprzak A, Wasilewska E, et al. Nutritional Discrepancies Among Inpatients and Outpatients Diagnosed with Hypertension. *Healthcare (Basel)* 2024;12(21):2119. DOI:[10.3390/healthcare12212119](https://doi.org/10.3390/healthcare12212119)

การศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลตนเองในการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ ตำบลบางกระบือ อำเภอเมืองสิงห์บุรี จังหวัดสิงห์บุรี

ดนิตา อินเจ็ก, พย.บ.*

บทคัดย่อ

การพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุเป็นปัญหาสำคัญที่เชื่อมโยงกับอาการบาดเจ็บและการติดเชื้อ การพัฒนาโปรแกรมการดูแลตนเองเป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาเพื่อลดอัตราการหกล้มในผู้สูงอายุ การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของตนเอง และอัตราการหกล้ม ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการดูแลตนเองในการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ ระยะเวลาดำเนินการ 12 สัปดาห์ ในกลุ่มตัวอย่าง 25 ราย ในพื้นที่ตำบลบางกระบือ อำเภอเมืองสิงห์บุรี จังหวัดสิงห์บุรี ใช้เครื่องมือในการทดสอบด้วยแบบคัดกรอง แบบสอบถาม แบบประเมินพฤติกรรมและการหกล้ม วิเคราะห์ด้วยสถิติ Paired t-test, Z-test for proportion และ Poisson for count analysis

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่าง 25 ราย มีอายุเฉลี่ย 77.00 ปี (S.D.= 6.33) และเป็นเพศหญิงเป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 88.0) โดยพื้นฐานเดิมมีพฤติกรรมดูแลตนเองอยู่ในระดับดี มีเพียง 2 รายที่มีพฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 1.67 – 2.33) และภายหลังได้รับโปรแกรมการดูแลตนเอง สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้อยู่ในระดับดีทั้งหมด (ร้อยละ 100.0) โดยมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น 5.52 คะแนน (95% CI: 3.91, 7.13) จำแนกเป็นรายด้าน พบพฤติกรรมดูแลตนเองทั่วไป เพิ่มมากที่สุด 4.16 คะแนน (95% CI: 2.88, 5.44) และต่ำสุด คือ การดูแลตนเองตามภาวะเบี่ยงเบนสุขภาพ เพิ่ม 0.52 คะแนน (95% CI: 0.18, 0.86) และอัตราการหกล้มของผู้สูงอายุมีความถี่ลดลง ร้อยละ 28.0 (95% CI: 10.4, 45.6) วิเคราะห์แล้วโปรแกรมการดูแลตนเองเป็นการปกป้องความเสี่ยง 2.53 เท่า (95% CI: 1.44, 4.44) ผลดังกล่าวมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.001$) ส่วนอายุและคะแนนพฤติกรรมดูแลตนเอง ยังไม่พบความเชื่อมโยงในการปกป้องความเสี่ยงดังกล่าว ($p\text{-value} > 0.05$)

ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่าโปรแกรมการดูแลตนเองมีศักยภาพในการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทั่วไป ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการลดอัตราการหกล้ม อย่างไรก็ตาม ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเพื่อขยายกลุ่มตัวอย่างและติดตามผลในระยะยาว รวมถึงการประเมินปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ ที่อาจส่งผลต่อการหกล้ม เพื่อให้โปรแกรมมีความครอบคลุมและยั่งยืนมากขึ้น

คำสำคัญ : โปรแกรมการดูแลตนเอง, การหกล้ม, ผู้สูงอายุ

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ตำบลบางกระบือ 2 อำเภอเมืองสิงห์บุรี จังหวัดสิงห์บุรี

*ผู้ประพันธ์บรรณกิจ: ดนิตา อินเจ็ก, E-mail: daruneinjek@gmail.com

Evaluating the effectiveness of a self-care intervention for fall prevention in older adults residing in Bang Krabue Subdistrict, Sing Buri Province

Danita Injek, B.N.S.*

Abstract

Falls among older adults constitute a significant problem associated with injuries and dependency. The development of self-care programs is part of the effort to reduce fall rates in this population. This research aimed to compare the mean scores of self-reported fall prevention behaviors and the fall rate before and after a 12-week self-care program for fall prevention in older adults. The study included 25 participants residing in Bang Krabu Subdistrict, Mueang Sing Buri District, Sing Buri Province. Data were collected using screening tools, questionnaires, behavior assessments, and fall logs. Statistical analysis involved Paired t-tests, Z-tests for proportion, and Poisson regression for count data.

The results revealed that the 25 participants had a mean age of 77.00 years (S.D. = 6.33), with the majority being female (88.0%). Initially, their self-care behaviors were generally at a good level, with only 2 participants exhibiting moderate levels (mean score 1.67 – 2.33). Following the 12-week self-care program, all participants (100.0%) demonstrated good self-care behaviors, with a mean score increase of 5.52 points (95% CI: 3.91, 7.13). When analyzed by domain, general self-care behaviors showed the highest increase (4.16 points, 95% CI: 2.88, 5.44), while self-care related to health deviations showed the smallest increase (0.52 points, 95% CI: 0.18, 0.86). The fall rate among older adults decreased by 28.0% (95% CI: 10.4, 45.6), representing a 2.53-fold reduction in fall risk (95% CI: 1.44, 4.44). This reduction was statistically significant ($p = 0.001$). However, age and baseline self-care behavior scores were not significantly associated with the reduction in fall risk ($p > 0.05$).

These findings suggest that self-care programs have the potential to prevent falls in older adults, particularly by improving general self-care behaviors, which are crucial for reducing fall rates. However, further research with larger sample sizes, longer follow-up periods, and assessment of other potential risk factors for falls is warranted to develop more comprehensive and sustainable fall prevention programs.

Keyword : Self-care program, Fall, Elderly

*Registered Nure, Professional Level. Bang Krabue Subdistrict Health Promoting Hospital 2, Mueang Sing Buri District, Sing Buri Province. *Corresponding author: Danita Injek, E-mail: daruneeinjek@gmail.com

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ โดยมีผลกระทบต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญ โรคนี้เป็นสาเหตุหลักของการเจ็บป่วยและการเสียชีวิต ซึ่งอาจทำให้เกิดการบาดเจ็บรุนแรง เช่น กระดูกหักหรือการติดเชื้อ⁽¹⁾ และเพิ่มภาระค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาล⁽²⁾ องค์การอนามัยโลก (WHO) ระบุว่า การหกล้มเป็นสาเหตุหลักของการบาดเจ็บและเสียชีวิตในผู้สูงอายุ โดยเฉพาะในประเทศกำลังพัฒนา ซึ่งผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว⁽³⁾ ในประเทศไทย สถานการณ์ดังกล่าวยังเป็นที่น่ากังวล จากการศึกษาพบว่า ร้อยละ 12.7 ของผู้สูงอายุมีประวัติการหกล้ม และร้อยละ 39.3 มีความกลัวการหกล้ม ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต⁽⁴⁾ ปัจจัยเสี่ยงหลักได้แก่ การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา เช่น ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อลดลง ปัญหาความสมดุล และความบกพร่องทางประสาทสัมผัส รวมถึงปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม เช่น แสงสว่างไม่เพียงพอและพื้นผิวที่ไม่ปลอดภัย⁽⁵⁻⁹⁾ นอกจากนี้ การใช้ยาหลายชนิดและพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม เช่น การขาดการออกกำลังกาย ก็เพิ่มความเสี่ยงต่อการหกล้ม⁽¹⁰⁾

ในพื้นที่ตำบลบางกระบือ อำเภอเมืองสิงห์บุรี จังหวัดสิงห์บุรี สถานการณ์การหกล้มในผู้สูงอายุยังอยู่ในระดับที่น่ากังวล จากการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุผ่านระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ⁽¹¹⁾ พบว่า ผู้สูงอายุมีภาวะข้อเข่าเสื่อม

ร้อยละ 18.1 และมีประวัติการหกล้มร้อยละ 12.4 (ข้อมูล ณ วันที่ 20 สิงหาคม 2565) และในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางกระบือ 2 ซึ่งมีประชากรผู้สูงอายุ 335 คน พบว่ามีผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อมร้อยละ 14.0 และมีประวัติการหกล้มร้อยละ 14.6 นอกจากนี้ ในปี 2564 - 2565 พบผู้สูงอายุที่หกล้มและมีภาวะกระดูกสะโพกหัก 4 ราย ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยทั้งหมดกลายเป็นผู้ป่วยติดเตียง สถานการณ์ดังกล่าวสะท้อนถึงความจำเป็นเร่งด่วนในการพัฒนากลยุทธ์การป้องกันการหกล้มในพื้นที่

แม้จะมีมาตรการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุอยู่แล้ว เช่น การฝึกพฤติกรรมป้องกันการหกล้มซึ่งพบว่าผู้สูงอายุร้อยละ 96.3 ได้รับการฝึก⁽¹²⁾ แต่ยังคงมีช่องว่างในการศึกษาที่เน้นการพัฒนาพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการหกล้มอย่างเป็นระบบ โดยเฉพาะในพื้นที่ชนบทที่ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมและสังคมมีบทบาทสำคัญ การศึกษาในต่างประเทศชี้ให้เห็นว่าโปรแกรมป้องกันการหกล้มที่มีประสิทธิภาพควรบูรณาการการออกกำลังกาย การปรับปรุงสภาพแวดล้อม และการสนับสนุนทางสังคม⁽¹³⁻¹⁷⁾ อย่างไรก็ตาม การนำโปรแกรมเหล่านี้มาใช้ในบริบทของประเทศไทยยังมีข้อจำกัด เนื่องจากความแตกต่างทางวัฒนธรรมและทรัพยากร

การศึกษานี้จึงมุ่งพัฒนาโปรแกรมการดูแลตนเองในการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ โดยประยุกต์ใช้กิจกรรมการดูแลตนเองของ

รัฐภัทร บุญมาทอง (2558)⁽¹⁸⁾ ซึ่งมีกรอบแนวคิดเน้นการสร้างความคิดเชิงบวกและความสามารถในการตัดสินใจเพื่อป้องกันการหกล้ม ซึ่งเหมาะกับบริบทของพื้นที่ การพัฒนาดังกล่าวจะช่วยลดอุบัติเหตุการหกล้มในผู้สูงอายุ เพิ่มความมั่นใจในการดำเนินชีวิต และยกระดับคุณภาพชีวิตของประชากรกลุ่มนี้ในชุมชน

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม การดูแลตนเองในการป้องกันการหกล้ม และจำนวนครั้งของการหกล้มของผู้สูงอายุก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการดูแลตนเองในการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัย

เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi - experimental research design) แบบการศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ ตำบลบางกระบือ อำเภอเมือง จังหวัดสิงห์บุรี ในกลุ่มเดียว วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (The One Groups Pretest-Posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้สูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) และอาศัยอยู่ในพื้นที่ ม.4 และ ม.7 ตำบลบางกระบือ อำเภอเมือง จังหวัดสิงห์บุรี จำนวน 335 คน

กลุ่มตัวอย่างได้จากการคำนวณผ่านโปรแกรม G*Power version 3.1 ด้วยสูตรคำนวณขนาดตัวอย่างสำหรับสถิติ t-test แบบ Difference between two group dependent means (matched paired) โดยกำหนดค่าพารามิเตอร์ $\alpha = 0.05$, $\beta = 0.80$ และค่า effect size = 1.4323658⁽¹⁹⁾ ได้ขนาดตัวอย่าง 7 ราย แต่เนื่องจากขนาดตัวอย่างดังกล่าวน้อยเกินไป ผู้วิจัยจึงได้เพิ่มขนาดตัวอย่างเป็นจำนวนทั้งหมดของผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติ คือเป็นผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม (4 – 11 คะแนน) ซึ่งมีจำนวน 25 ราย เข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่างในการทดลองนี้

เครื่องมือในการวิจัยและการเก็บรวบรวม

ข้อมูล

1. โปรแกรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ ประยุกต์จากงานวิจัยของรัฐภัทร บุญมาทอง (2558)⁽¹⁸⁾ ร่วมกับแนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองของ Oren (2001)⁽²⁰⁾ ประกอบด้วย 1) ขั้นตอนเตรียมการ เป็นการเตรียมทีมวิจัย, คัดเลือกผู้สูงอายุ และทดสอบก่อนทำโปรแกรม 2) ขั้นตอนดำเนินการ เป็นการจัดโปรแกรมป้องกันการหกล้ม 4 ขั้นตอน, เชิญบ้านผู้สูงอายุเดือนละครั้ง และ 3) ขั้นตอนวัดผล เป็นการประเมินพฤติกรรม, บันทึกการหกล้ม, วิเคราะห์ผลทางสถิติหลัง 3 เดือน (Figure 1)

2. เครื่องมือคัดกรองผู้สูงอายุ เป็นแบบประเมินความเสี่ยงต่อการหกล้มของสำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ประกอบด้วย 6 คำถาม ประกอบด้วย เพศ

การมองเห็นบกพร่อง การทรงตัวบกพร่อง การใช้ยาหรือรับประทานยา ประวัติการหกล้ม และสภาพที่อยู่อาศัย โดยมีค่าคะแนนรวม 11 คะแนน ทั้งนี้ผลของคะแนนรวมสามารถแปลค่าคะแนนความเสี่ยงได้ดังนี้ คะแนนระหว่าง 0–3 หมายถึง ไม่เสี่ยงต่อการหกล้ม และคะแนนระหว่าง 4–11 หมายถึง เสี่ยงต่อการหกล้ม

3. แบบ บั น ทึก ข้อ มูล ส่วน บุ ค คล ประกอบด้วย ข้อคำถามเกี่ยวกับ เพศ อายุ สถานภาพ สมรส การศึกษา อาชีพเดิม อาชีพปัจจุบัน รายได้ สมาชิกในครอบครัว สมาชิกในบ้าน และผู้ดูแลหลัก จำนวน 10 ข้อ

4. แบบประเมินพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเอง ประกอบด้วยคำถาม จำนวน 25 ข้อ มี 3 ด้าน คือ

การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป จำนวน 15 ข้อ, การดูแลที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ จำนวน 6 ข้อ และการดูแลตนเองตามภาวะเบี่ยงเบนสุขภาพ จำนวน 4 ข้อ โดยลักษณะคำตอบ เป็น Rating scale 3 ระดับ (ปฏิบัติประจำ ปฏิบัติบางครั้ง และไม่ปฏิบัติ)

5. แบบประเมินจำนวนครั้งในการหกล้มของผู้สูงอายุ ให้ผู้สูงอายุทำการบันทึกด้วยตนเอง หรือโดยญาติผู้ดูแลเป็นผู้บันทึก เมื่อมีการหกล้มเกิดขึ้น ทำการบันทึกภายในระยะเวลา 3 เดือนก่อนเข้าโปรแกรมและ 3 เดือนก่อนสิ้นสุดโปรแกรม โดยบันทึกจำนวนครั้ง ลักษณะของการหกล้ม และผลที่เกิดขึ้นภายหลังการหกล้ม

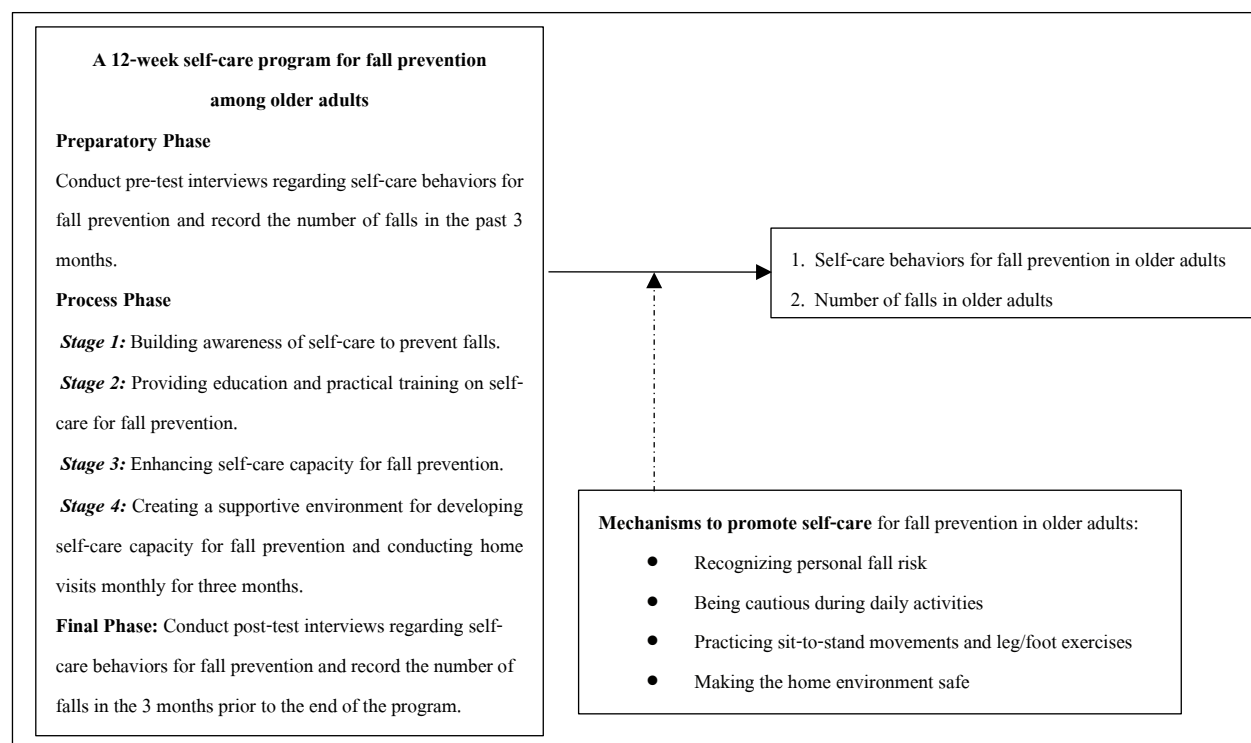


Figure 1: Self-care program for fall prevention in the elderly" or "Self-care program for older adults' fall prevention.

ประเมินคุณภาพของเครื่องมือ ด้วยการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ 3 ท่าน ($IOC = 0.8$) และปรับแก้ไขตามความเห็น และตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) ด้วยการทดลองใช้ในพื้นที่ตำบลอื่นในอำเภอเมืองสิงห์บุรี จำนวน 30 ราย และนำข้อมูลที่ได้มาคำนวณหาสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าเท่ากับ 0.66

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนา (descriptive statistics) ได้แก่ จำนวน ค่าร้อยละ ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่อใช้อธิบายข้อมูลส่วนบุคคล และพฤติกรรมการป้องกันตนเองของผู้สูงอายุ รวมถึงจำนวนครั้งในการหกล้มของผู้สูงอายุ

สถิติอนุมาน (inferential statistics) ในการเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันตนเองเพื่อป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุก่อนและหลังได้รับโปรแกรม วิเคราะห์ด้วยสถิติ Paired t-test ส่วนการเปรียบเทียบจำนวนสัดส่วนการหกล้มของผู้สูงอายุ ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม วิเคราะห์ด้วยสถิติ Z-test for proportion และวิเคราะห์ความเสี่ยงของการหกล้ม ด้วยสถิติ Poisson for count กำหนดระดับความมีนัยสำคัญที่ 0.05

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่าง 25 ราย มีอายุเฉลี่ย 77.00 ปี ($sd=6.33$) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 88.0) และสถานภาพเป็นหม้าย (ร้อยละ 56.0) รวมถึงจบประถมศึกษา (ร้อยละ 80.0) และไม่ได้ประกอบอาชีพในปัจจุบัน (ร้อยละ 76.0) นอกจากนี้ สมาชิกส่วนใหญ่ในครอบครัวเป็นบุตรหลาน (ร้อยละ 80.0)

จากการทดลองเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ จำนวน 12 สัปดาห์ และประเมินพฤติกรรม 2 รอบ ก่อนและหลังการดำเนินการ พบว่า ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองในภาพรวม มีค่าเพิ่มขึ้น 5.52 คะแนน ซึ่งเชื่อมั่นร้อยละ 95 ว่าในประชากรจริง หากได้รับโปรแกรดังกล่าว อาจมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมเพิ่มขึ้น 3.91 ถึง 7.13 คะแนน (95% CI: 3.91, 7.13) และเมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่าพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยทั่วไป มีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มมากที่สุด 4.16 คะแนน (95% CI: 2.88, 5.44) รองลงมา เป็นพฤติกรรมการดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการ เพิ่ม 0.84 คะแนน (95% CI: 0.22, 1.46) และพฤติกรรม การดูแลตนเองตามภาวะเบี่ยงเบนสุขภาพ เพิ่มขึ้น ที่สุด 0.52 คะแนน (95% CI: 0.18, 0.86) โดยความเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมทั้งหมด มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ดัง Table 2

และเมื่อจัดกลุ่มคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้สูงอายุ พบว่า ก่อนได้รับโปรแกรม ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมอยู่ระดับปานกลาง 2 ราย

(คะแนนเฉลี่ย 1.67 – 2.33) คิดเป็นร้อยละ 8.0 และ พฤติกรรมอยู่ในระดับดี 23 ราย (คะแนนเฉลี่ย 2.34 – 3.00) คิดเป็นร้อยละ 92.0 ภายหลังได้รับโปรแกรม การดูแลตนเอง ผู้สูงอายุทั้งหมด (ร้อยละ 100.0) มี

พฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับดี คิดเป็น อัตราการเปลี่ยนแปลงเท่ากับ ร้อยละ 8.0 (95% CI: 1.0, 26.0)

Table 1: Demographic of the Sample

Demographic	n	%	Demographic	n	%
<i>Sex</i>			<i>Occupation</i>		
- Male	3	12.0	- Business	1	4.0
- Female	22	88.0	- Work for Hire	2	8.0
<i>Marital status</i>			- Agriculture	3	12.0
- Single	4	16.0	- No occupation	19	76.0
- Married	7	28.0	<i>Member in the same house</i>		
- Widowed	14	56.0	- Relative	6	24.0
<i>Education level</i>			- Spouse	7	28.0
- High school	2	8.0	- Children	20	80.0
- Not studying	3	12.0	<i>Primary caregiver</i>		
- Primary school	20	80.0	- Not take care of all time	8	32.0
<i>Age:</i> Mean = 77.00, S.D.= 6.33			- Take care of all time	17	68.0
<i>Income:</i> Mean = 1,612.00, S.D.= 1,438.84			<i>Member:</i> Mean = 3.60, S.D.= 2.16		

Table 2: Comparison of mean self-care behavior scores for fall prevention among older adults pre and post intervention

Self-care behaviors for fall prevention	n	Before (Mean/S.D.)		After (Mean/S.D.)		Mean diff.	95% CI	p-value
General self-care	25	37.28	2.82	41.44	2.22	4.16	2.88, 5.44	<0.001
Developmental self-care	25	15.68	1.75	16.52	1.12	0.84	0.22, 1.46	0.010
Self-care in health deviations	25	10.60	1.22	11.12	0.83	0.52	0.18, 0.86	0.004
Overall	25	63.56	4.45	69.08	2.66	5.52	3.91, 7.13	<0.001

การพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ ก่อนได้รับโปรแกรมการดูแลเพื่อป้องกันการหกล้ม พบทั้ง 25 ราย (ร้อยละ 100.0) โดยมีความถี่ตั้งแต่ 1 – 14 ครั้ง และภายหลังได้รับโปรแกรม ในระยะเวลา 12 สัปดาห์ พบความถี่ลดลงเหลือ 1 – 4 ครั้ง และมีผู้ไม่มีการหกล้ม 7 ราย อัตราการลดลง ร้อยละ 28.0 (95% CI: 10.4, 45.6)

เมื่อวิเคราะห์ถึงอัตราความเสี่ยงของการหกล้ม โดยจัดกลุ่มอายุ เป็น 65 – 69 ปี (reference base) 70 – 74 ปี, 75 – 79 ปี, 80 – 84 ปี และ 85 – 89 ปี พบว่า อายุ 70 – 74 ปี มีความเสี่ยงต่อการหกล้มมากกว่ากลุ่มอายุ 65 – 69 ปี 1.56 เท่า (95% CI: 0.83, 2.94) และกลุ่มอายุ 75 – 79 ปี มีความเสี่ยงมากกว่ากลุ่มอ้างอิง 1.29 เท่า (95% CI: 0.65, 2.58) ส่วนกลุ่มอายุ 80 – 84 ปี มีความเสี่ยงมากกว่ากลุ่มอ้างอิง 1.48

เท่า (95% CI: 0.77, 2.86) และกลุ่มอายุ 85 – 89 มีความเสี่ยงมากกว่ากลุ่มอ้างอิง 1.22 เท่า (95% CI: 0.74, 2.03) แต่ความแตกต่างดังกล่าว ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} > 0.05$) ขณะที่พฤติกรรม การป้องกันการหกล้ม เมื่อมีคะแนนเพิ่มขึ้น สามารถลดความเสี่ยงของการหกล้มได้ 1.04 เท่า (95% CI: 0.98, 1.10) แต่ปัจจัยดังกล่าว ยังไม่ส่งผลเชิงสถิติเช่นกัน ($p\text{-value} = 0.243$)

และเมื่อพิจารณาจากก่อนและหลังการเข้าโปรแกรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการหกล้ม พบว่า หลังเข้าโปรแกรมมีส่วนลดความเสี่ยงจากการหกล้มของผู้สูงอายุ 2.53 เท่า (95% CI: 1.44, 4.44) การปกป้องกันดังกล่าวมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.001$) ดัง Figure 2

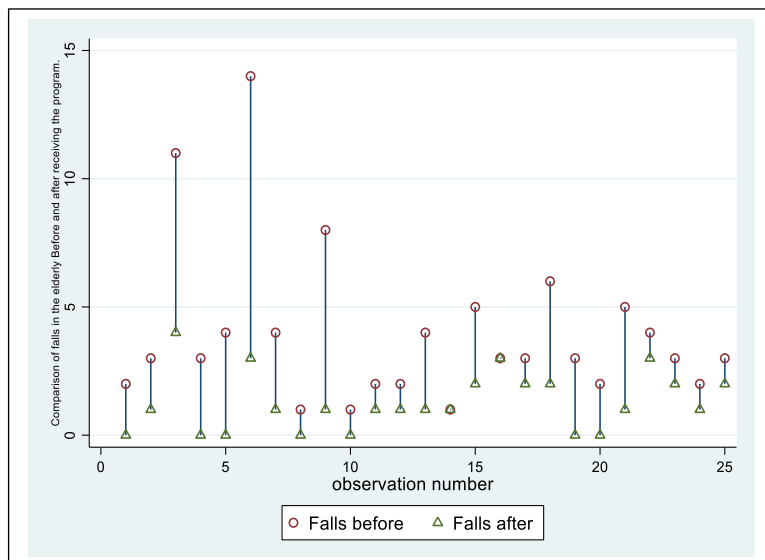


Figure 2: Comparison of falls in older adults before and after receiving the self-care program for fall prevention.

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลตนเองในการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ ตำบลบางกระบือ อำเภอเมืองสิงห์บุรี จังหวัดสิงห์บุรี ในกลุ่มตัวอย่าง 25 ราย และได้ประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองและอัตราการหกล้ม ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมเป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ ซึ่งผลการวิจัยสามารถสรุปและอภิปรายได้เป็นประเด็นสำคัญดังนี้

พื้นฐานพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่าง

ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับดี (ร้อยละ 92.0) และมีเพียงร้อยละ 8.0 ที่มีพฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลาง แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพื้นฐานพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองที่ดีอยู่แล้ว อย่างไรก็ตาม การมีพฤติกรรมในระดับดีไม่ได้หมายความว่าจะไม่มีความเสี่ยงต่อการหกล้มเนื่องจากปัจจัยอื่น ๆ เช่น อายุที่เพิ่มขึ้น ปัญหาสุขภาพเรื้อรัง และสภาพแวดล้อมที่ไม่ปลอดภัย อาจส่งผลต่อความเสี่ยงดังกล่าว^(5, 21) นอกจากนี้ การที่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 80.0) และไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 76.0) อาจสะท้อนถึงข้อจำกัดในการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Chaiyabut et al. (2024)⁽¹²⁾ และ Klinger et al. (2023)⁽²²⁾ ที่พบว่าการ

เข้าถึงข้อมูลสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคมมีความสำคัญต่อการป้องกันการหกล้ม

พฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงจากโปรแกรมการดูแลตนเอง

การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในภาพรวมและรายด้านที่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การเปลี่ยนแปลงนี้สะท้อนให้เห็นว่าโปรแกรมการดูแลตนเองมีประสิทธิภาพในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่จำเป็นต่อการป้องกันการหกล้ม โดยเฉพาะการปรับปรุงพฤติกรรมทั่วไป เช่น การออกกำลังกายและการปรับสภาพแวดล้อมในบ้าน ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Lim (2024)⁽¹³⁾ ที่พบว่าโปรแกรมออกกำลังกายแบบบูรณาการสามารถเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและลดความเสี่ยงการหกล้มได้ หรือ Pillay et al. (2024)⁽²³⁾

ประสิทธิผลการลดอัตราการหกล้มที่เกิดจากโปรแกรมการดูแลตนเอง

หลังเข้าร่วมโปรแกรม พบว่าอัตราการหกล้มลดลงอย่างมีนัยสำคัญ โดยมีผู้สูงอายุที่ไม่หกล้มเลย 7 ราย (ร้อยละ 28.0) และความถี่การหกล้มลดลงเหลือ 1 ถึง 4 ครั้ง จากเดิมที่มีการหกล้ม 1 ถึง 14 ครั้ง นอกจากนี้ การวิเคราะห์ความเสี่ยงพบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรม ความเสี่ยงต่อการหกล้มลดลง 2.53 เท่า (95% CI: 1.44, 4.44) ซึ่งมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.001$) ผลลัพธ์นี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ Preller (2024)⁽¹⁴⁾ ที่พบว่าการบูรณาการการป้องกันการหกล้มในชุมชนสามารถลดอุบัติการณ์การหกล้มได้อย่างมีประสิทธิภาพ

อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้พบว่าอายุและพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มไม่มีความสัมพันธ์เชิงสถิติกับความเสี่ยงการหกล้ม ($p\text{-value} > 0.05$) แม้ว่ากลุ่มอายุ 70–74 ปี จะมีความเสี่ยงต่อการหกล้มมากกว่ากลุ่มอายุ 65–69 ปี 1.56 เท่า (95% CI: 0.83, 2.94) และพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มสามารถลดความเสี่ยงได้ 1.04 เท่า (95% CI: 0.98, 1.10) แต่ปัจจัยเหล่านี้ไม่แสดงนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งอาจเป็นเพราะขนาดกลุ่มตัวอย่างที่จำกัดหรือปัจจัยอื่น ๆ ที่ไม่ได้รับการศึกษาอย่างละเอียด

สรุปผล โปรแกรมการดูแลตนเองในการป้องกันการหกล้มสำหรับผู้สูงอายุในตำบลบางกระบือ มีประสิทธิภาพในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพและลดอุบัติการณ์การหกล้มได้อย่างมีนัยสำคัญ แม้ว่าจะมีข้อจำกัดบางประการ เช่น ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่จำกัดและปัจจัยอื่น ๆ ที่อาจส่งผลต่อความเสี่ยงการหกล้ม แต่ผลการศึกษานี้สามารถเป็นแนวทางในการพัฒนากลยุทธ์ป้องกันการหกล้มในชุมชนอื่น ๆ ต่อไป

ข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลตนเองในการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ ตำบลบางกระบือ อำเภอเมืองสิงห์บุรี จังหวัดสิงห์บุรี พบว่าโปรแกรมดังกล่าวมีประสิทธิภาพในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพและลดอุบัติการณ์การหกล้มได้อย่างมีนัยสำคัญ อย่างไรก็ตาม ยังมี

ข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุงและขยายผลการวิจัยในอนาคต ดังนี้

1. การพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรม การดูแลตนเองทั่วไป จากผลการวิจัยที่พบว่า พฤติกรรม การดูแลตนเองทั่วไปมีการเปลี่ยนแปลงมากที่สุด (4.16 คะแนน) หน่วยงานสาธารณสุขควร มุ่งเน้นการจัดกิจกรรมส่งเสริมการออกกำลังกาย เพื่อเสริมสร้างความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและการ ทรงตัว โดยจัดเป็นกิจกรรมกลุ่มในชุมชนสัปดาห์ ละ 1-2 ครั้ง ซึ่งจะช่วยลดความเสี่ยงต่อการหกล้มได้ อย่างมีประสิทธิภาพ

2. การคัดกรองและติดตามกลุ่มเสี่ยง นำ แบบประเมินความเสี่ยงการหกล้มที่ใช้ในการวิจัยนี้ ไปประยุกต์ใช้โดย อสม. เพื่อคัดกรองผู้สูงอายุ โดยเฉพาะกลุ่มที่มีอายุมากกว่า 70 ปี ซึ่งผลการวิจัย พบว่ามีความเสี่ยงต่อการหกล้มมากกว่ากลุ่มอายุ 65-69 ปี ถึง 1.56 เท่า และจัดให้มีการติดตามเยี่ยม บ้านอย่างต่อเนื่องเพื่อประเมินความเสี่ยงและให้ คำแนะนำในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

3. การปรับปรุงสภาพแวดล้อมในบ้าน ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง ผลการวิจัยพบว่าการปรับ พฤติกรรมร่วมกับการจัดสภาพแวดล้อมสามารถลด ความเสี่ยงการหกล้มได้ 2.53 เท่า องค์กรปกครอง ส่วนท้องถิ่นควรสนับสนุนงบประมาณในการ ปรับปรุงบ้านผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง เช่น ติดราวจับใน ห้องน้ำ ปรับปรุงแสงสว่าง กำจัดสิ่งกีดขวาง และจัด พื้นที่ให้สอยให้เหมาะสม เพื่อลดความเสี่ยงต่อการ หกล้มในชีวิตประจำวัน

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสิงห์บุรี (Research Ethics Committee: REC) เอกสารรับรองเลขที่ SEC 19/2567 ลงวันที่ 30 กันยายน 2567

เอกสารอ้างอิง

1. Caballero AK. Difficulties for an ageing society to become a “gerontocentric” society Reflections from the European-American and Latin-American scenario. *Revista Quaestio Iuris* 2022;15(3):1520-47. DOI:<https://doi.org/10.12957/rqi.2022.67246>
2. Grinberga- Zalite G, Liepa E, Atkočiūnienė V, Hernik J. Society Aging Problems and their Solutions in Latvia, Lithuania and Poland. *RFDS* 2015;17(3):51-9. DOI:<https://doi.org/10.15181/rfds.v16i3.1120>
3. Montero-Odasso M, van der Velde N, Martin FC, Petrovic M, Tan MP, Ryg J, et al. World guidelines for falls prevention and management for older adults: a global initiative. *Age Ageing* 2022;51(9):afac205. DOI:[10.1093/ageing/afac205](https://doi.org/10.1093/ageing/afac205)
4. Silangirn P, Chaichana K, Thummayot S, Srisuttha P, Sadjapong U, Chaipin E, et al. Study of knee pain, fear of falling, and quality of life among community-dwelling older adults, Northern Thailand. *Narra J* 2024;4(2):e915. DOI:[10.52225/narra.v4i2.915](https://doi.org/10.52225/narra.v4i2.915)
5. Rocha F, Gemito ML, Caldeira E, Coelho AP, Moita E. Risco de queda nos idosos: mais vale prevenir que remediar!. *RIASE* 2022;8(3):329. DOI:[http://dx.doi.org/10.24902/r.riase.2022.8\(3\).569.329-344](http://dx.doi.org/10.24902/r.riase.2022.8(3).569.329-344)
6. Topka W, Kwiatkowska M, Skierkowska N, Prylińska M, Gajos W. Falls among the elderly. *J Educ Health Sport* 2020;10(9):614-8. DOI:<https://doi.org/10.12775/JEHS.2020.10.09.073>
7. Martins R, Carvalho N, Batista S, Dinis A. Falls in Elderly: Study of the Prevalence and Associated Factors. *EJ-DEVELOP* 2022;2(3):12-7. DOI:[10.24018/ejdevelop.2022.2.3.92](https://doi.org/10.24018/ejdevelop.2022.2.3.92)
8. Rafanelli M, Mossello E, Testa GD, Ungar A. Unexplained falls in the elderly. *Minerva Med* 2022;113(2):263-72. DOI:[10.23736/S0026-4806.21.07749-1](https://doi.org/10.23736/S0026-4806.21.07749-1)

9. Trevelin CS, Iceri NH, Braga PEP, Leindecker CR. Falls in the elderly: case report. Caderno De ANAIS HOME 2023.
DOI:[10.56238/sevenIIIImulti2023-150](https://doi.org/10.56238/sevenIIIImulti2023-150)
10. Srenual P, Kanokthet T. Factors Of Accidental Falls Among In Elderly Living Alone In Phetchaburi Province Thailand. SEEJPH 2024;XXIII(2):639-44.
DOI:<https://doi.org/10.70135/seejph.vi.1172>
11. กระทรวงสาธารณสุข. ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (Health Data Center: HDC). [อินเทอร์เน็ต]. 2566. [เข้าถึงเมื่อ 10 กุมภาพันธ์ 2567]. เข้าถึงได้จาก:
<https://hdc.moph.go.th/center/public/standardreportdetail/db4e8d42e1234a75bd03d430c31feb2f>
12. Chaiyabut T, Yomai K, Taechaboonsersak P, Nanthamongkolchai S. Fall Prevention and Related Factors Among Older Adults in Samutprakarn Province, Thailand. Preprints.org 2024;
DOI:[10.20944/preprints202409.1962.v1](https://doi.org/10.20944/preprints202409.1962.v1)
13. Lim SK. Exercise for fall prevention in older adults. JKMA 2024;67(9):585-94.
DOI:<https://doi.org/10.5124/jkma.2024.67.9.585>
14. Preller L. S05-1: Dutch national fall prevention program - implementation challenges. European Journal of Public Health 2024; 34(Suppl 2):ckae114.218.
DOI:<https://doi.org/10.1093/eurpub/ckae114.218>
15. Cameron ID, Kurrle SE, Sherrington C. Preventing falls and fall-related injuries in older people. Med J Aust 2024;221(3):140-4.
DOI:[10.5694/mja2.52374](https://doi.org/10.5694/mja2.52374)
16. Camp K, Murphy S, Pate B. Integrating Fall Prevention Strategies into EMS Services to Reduce Falls and Associated Healthcare Costs for Older Adults. Clin Interv Aging 2024;19:561-9. DOI:[10.2147/CIA.S453961](https://doi.org/10.2147/CIA.S453961)
17. Avgeri D, Matsiatsiou E, Blioka M. Fall prevention nursing interventions for elderly patients. HJNS 2024;17(1):39-45.
<http://journal-ene.gr/volumes/volume-17/volume-17-issue-1/?lang=en>
18. รัชฎาภรณ์ บุญมาทอง. สาเหตุ ช่างไม้, สมพันธ์ หิณ ชีระนันท์. ผลลัพธ์ของโปรแกรมการดูแลตนเองในการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุใน จังหวัดสมุทรสาคร. วารสารมหาวิทยาลัยศรีสเทวิน 2558;21(3):573-86. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/CUTJ/article/view/241296>

19. ปิยะรัตน์ สานกุล, หัสยาพร อิตยศ. ประสิทธิภาพของรูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชน. PMJCS 2566;31(1):27-42.
<https://thaidj.org/index.php/jpph/article/view/13181>
20. Orem DE, Taylor SG, Renpenning KM. Nursing Concepts of Practice. 6th ed. St. Louis: Mosby, 2001.
21. Nazarko L. Falls 2: how age-related changes increase the risk of falls. BJHCA 2022;16(9):412-20.
DOI:<https://doi.org/10.12968/bjha.2022.16.9.412>
22. Klinger J, Berens EM, Schaeffer D. Health literacy and the role of social support in different age groups: results of a German cross-sectional survey. BMC Public Health 2023;23(1):2259. DOI:[10.1186/s12889-023-17145-x](https://doi.org/10.1186/s12889-023-17145-x)
23. Pillay J, Gaudet LA, Saba S, Vandermeer B, Ashiq AR, Wingert A, et al. Falls prevention interventions for community-dwelling older adults: systematic review and meta-analysis of benefits, harms, and patient values and preferences. Syst Rev 2024;13(1):289.
DOI:[10.1186/s13643-024-02681-3](https://doi.org/10.1186/s13643-024-02681-3)

การพัฒนาแนวทางการจัดการขยะมูลฝอยของครัวเรือน และชุมชน: กรณีศึกษา หมู่ 10 บ้านโนนสะอาด และหมู่ 11 บ้านโนนสวรรค์ องค์การบริหารส่วนตำบลหนองน้ำใส อำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น

พิชญพร ลุนาบุตร, วท.บ*,

วิลาวัณย์ ชมนิรัตน์, พร.ค.**,** ชวลิต หงส์ยงค์, พร.ค.**

บทคัดย่อ

ปัญหาขยะมูลฝอยกำลังกลายเป็นวิกฤตสิ่งแวดล้อมที่สำคัญในพื้นที่ตำบลหนองน้ำใส ที่ต้องรับมือขยะวันละ 2 ตัน แต่ขนย้ายเพียงสัปดาห์ละครั้ง ทำให้เกิดปัญหาขยะล้นและมีกลิ่นรบกวน การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์และพัฒนาแนวทางการจัดการขยะมูลฝอยของครัวเรือนและชุมชน โดยใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของ Kemmis & McTaggart 4 ระยะ ภายใต้หลัก 3R ในพื้นที่ 2 หมู่บ้าน 250 ครัวเรือน ประชากร 853 คน กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยผู้ให้ข้อมูลเชิงลึก 34 คน และตัวแทนครัวเรือน 154 คน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา และการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า ก่อนการดำเนินโครงการ ประชาชนมีความรู้ระดับปานกลางร้อยละ 64.9 (คะแนนเฉลี่ย 10.80) และพฤติกรรมการจัดการขยะระดับปานกลางร้อยละ 46.1 (คะแนนเฉลี่ย 3.22) หลังการดำเนินแผนงานเป็นเวลา 1 เดือน พบการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญ โดยประชาชนที่มีความรู้ระดับสูงเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 96.1 (คะแนนเฉลี่ย 13.69) และมีพฤติกรรมระดับดีและดีมากรวมกันร้อยละ 95.4 (คะแนนเฉลี่ย 4.18) แนวทางใหม่ที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 3 กิจกรรมหลัก คือ การสร้างแรงจูงใจผ่านธนาคารขยะและการแลกของรางวัล การให้ความรู้ผ่านการอบรมและสื่อประชาสัมพันธ์ และการปรับปรุงระบบจัดเก็บขยะให้ครอบคลุมและเพียงพอ

การศึกษานี้สรุปได้ว่า การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม มีประสิทธิผลในการพัฒนาการจัดการขยะมูลฝอยชุมชน โดยปัญหาหลักไม่ใช่การขาดความรู้ แต่เป็นการขาดโครงสร้างพื้นฐานและระบบที่เหมาะสม ข้อเสนอแนะสำคัญคือ ควรเน้นการสร้างความร่วมมือระหว่างประชาชน องค์กร และหน่วยงานภาครัฐ เพื่อการจัดการขยะอย่างยั่งยืนและเป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อม รวมถึงการศึกษาแนวทางการจัดการขยะในพื้นที่ที่มีลักษณะเฉพาะต่อไป

คำสำคัญ : การจัดการขยะมูลฝอย, การมีส่วนร่วม, วิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

* นักศึกษาสารานสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาภาวะผู้นำและนวัตกรรมการจัดการสุขภาพ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี วิทยาลัยบัณฑิตเอเซีย ** อาจารย์ หลักสูตรสารานสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาภาวะผู้นำและการจัดการสุขภาพ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี วิทยาลัยบัณฑิตเอเซีย

*** ผู้ประพันธ์บรรณกิจ: วิลาวัณย์ ชมนิรัตน์, E-mail: wilcho@cas.ac.th

Development of solid waste management guidelines for households and communities:

A case study of village no. 10, Ban non sa-at, and village no. 11, Ban non sawan,

nong nam sai subdistrict administrative organization, Ban phai District,

Khon Kaen Province

Pichayaporn Lunabut, B.Sc.* Wilawan Chomnirat, Ph.D.**,* ** Chawalit Hongyon, Ph.D.**

Abstract

The solid waste problem in Nong Nam Sai subdistrict is becoming an environmental crisis, with an estimated 2 tons of waste generated daily but only collected once a week, leading to overflow and foul odors. This research aims to examine the current situation and develop effective household and community waste management strategies. Using participatory action research based on Kemmis & McTaggart's 4-stage model and guided by the 3Rs principle in two villages with 250 households and 853 residents, data were collected from 34 key informants and 154 household representatives. Analysis involved descriptive statistics and content analysis.

Results showed that before the project, residents had moderate knowledge (64.9%) with an average score of 10.80, and moderate waste management behavior (46.1%) with an average of 3.22. After one month of implementation, significant improvements occurred, with high knowledge levels reaching 96.1% (average 13.69) and behavior rated good to very good at 95.4% (average 4.18). The developed approach included three main activities: motivating through a waste bank and reward system, providing education via training and media, and improving waste collection systems.

The study concludes that participatory action research effectively enhances community waste management; however, the main challenge is not knowledge deficits but inadequate infrastructure and systems. It recommends fostering cooperation among residents, organizations, and government agencies to promote sustainable and environmentally friendly waste management practices, as well as exploring tailored solutions for specific local conditions.

Keywords : Waste Management, Participation, Participatory Action Research

* Master of Public Health Student, Leadership and Health Management Innovation Program, Faculty of Science and Technology, College of Asian Scholars ** Professor, Master of Public Health Program in Leadership and Health Management, Faculty of Science and Technology, College of Asian Scholars

*** Corresponding author: Wilawan Chomnirat, E-mail: wilcho@cas.ac.th

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัญหาขยะกำลังกลายเป็นวิกฤตสิ่งแวดล้อมที่ทำลายทั้งในระดับโลกและประเทศไทย ขยะมีปริมาณเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วจากจำนวนประชากรที่มากขึ้นและการบริโภคทรัพยากรเกินความจำเป็น ขยะสะสมในเมืองและไหลลงสู่แม่น้ำรวมถึงทะเล คาดการณ์ว่าปริมาณขยะจะพุ่งสูงถึงร้อยละ 70 ระหว่างปี 2016 - 2050 เนื่องจากการขยายตัวของเมืองและการเติบโตทางเศรษฐกิจ แต่ที่น่ากังวลคือขยะที่ถูกรีไซเคิลมีเพียงไม่ถึงร้อยละ 20 ส่วนใหญ่ถูกฝังกลบหรือทิ้งแบบไม่ปลอดภัย โดยเฉพาะในประเทศกำลังพัฒนา⁽¹⁻²⁾ ในประเทศไทย สถานการณ์ขยะก็รุนแรงไม่แพ้กัน เมื่อปี 2566 มีขยะเกิดขึ้นถึง 26.95 ล้านตัน แต่กำจัดอย่างถูกวิธีได้เพียงร้อยละ 36.4 หรือประมาณ 9.80 ล้านตัน และรีไซเคิลได้เพียงร้อยละ 34.6 ที่เหลือถูกเผากลางแจ้งหรือทิ้งในที่รกร้าง ส่งผลให้เกิดมลพิษและกลิ่นเหม็นรบกวนชุมชน⁽³⁾

ผลกระทบจากขยะนั้นส่งผลทั้งต่อสุขภาพและสิ่งแวดล้อม ขยะเป็นแหล่งเพาะเชื้อโรคที่นำไปสู่โรคอย่างไทฟอยด์และดับอักเสบ สร้างมลพิษในน้ำ ดิน และอากาศ ทำให้ชุมชนต้องเผชิญกับกลิ่นเหม็นและความเสี่ยงจากของเสียอันตราย นอกจากนี้ยังสิ้นเปลืองงบประมาณในการจัดการและกระทบต่อความเป็นระเบียบของชุมชน รวมถึงการท่องเที่ยว⁽⁴⁻⁶⁾ ตัวอย่างที่ชัดเจนคือในตำบลหนองน้ำใส จังหวัดขอนแก่น ซึ่งมีประชากร 6,557 คน แต่ต้องรับมือกับขยะวันละ 2 ตัน โดยขนย้ายได้แค่สัปดาห์ละครั้งต่อหมู่บ้าน เนื่องจากไม่มีสถานที่กำจัดขยะเพียงพอ

ทำให้ขยะล้นและส่งกลิ่นเหม็น แม้จะมีระบบคัดแยกขยะ แต่ชาวบ้านส่วนใหญ่ยังขาดความรู้และความร่วมมือ⁽⁷⁻⁸⁾

แนวทางแก้ไขปัญหามันต้องอาศัยหลัก 3R คือ ลดใช้ (Reduce), ใช้ซ้ำ (Reuse), และ รีไซเคิล (Recycle) ซึ่งช่วยลดปริมาณขยะได้อย่างยั่งยืน⁽³⁾ การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชน เช่น การจัดอบรมให้ความรู้และมอบอำนาจให้ประชาชนจัดการขยะด้วยตนเอง ก็มีความสำคัญ⁽⁸⁾ อย่างไรก็ตาม ช่องว่างในการเรียนรู้ยังเป็นอุปสรรคใหญ่ การศึกษาพบว่าแกนนำครัวเรือนมีความรู้เรื่องขยะเพียงร้อยละ 35.6 เท่านั้น แสดงถึงความตระหนักที่ต่ำ⁽⁷⁾ ดังนั้น ทุกภาคส่วนตั้งแต่บุคคล ครอบครัว ไปจนถึงหน่วยงานรัฐ ต้องร่วมมือกันคัดแยกขยะ ลดการใช้พลาสติก และจัดการขยะอย่างมีประสิทธิภาพเพื่อสิ่งแวดล้อมที่ดีขึ้น

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การจัดการขยะมูลฝอยของครัวเรือนและชุมชนในพื้นที่รับผิดชอบขององค์การบริหารส่วนตำบลหนองน้ำใส อำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น
2. เพื่อพัฒนาแนวทางการจัดการขยะมูลฝอยของครัวเรือนและชุมชน ในพื้นที่รับผิดชอบขององค์การบริหารส่วนตำบลหนองน้ำใส อำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของ Kemmis & McTaggart (1988)⁹⁾ แบ่งออกเป็น 4 ระยะ ประกอบด้วย ระยะที่ 1 การวางแผน (Planning) ระยะที่ 2 ลงมือปฏิบัติตามแผน (Action) ระยะที่ 3 สังเกตการณ์ (Observation) และระยะที่ 4 สะท้อนการปฏิบัติ (reflection g) รวมเป็น 1 วงรอบ ภายใต้กรอบแนวคิดการจัดการขยะมูลฝอยของกรมควบคุมมลพิษ โดยใช้หลัก 3R ดังนี้ 1) Reduce 2) Reuse และ 3) Recycle⁽³⁾

โดยศึกษาในพื้นที่ 2 หมู่บ้าน ในเขตรับผิดชอบขององค์การบริหารส่วนตำบลหนองน้ำใส อำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น ประกอบด้วย บ้านโนนสะอาด หมู่ที่ 10 และบ้านโนนสวรรค์ หมู่ที่ 11 จำนวน 250 ครัวเรือน ในประชากร 853 คน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มผู้ให้ข้อมูลเชิงลึก: ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ผู้ใหญ่บ้าน และตัวแทนครัวเรือนในพื้นที่เป้าหมาย รวม 34 คน คัดเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling)

กลุ่มตัวอย่าง: เป็นตัวแทนครัวเรือนจำนวน 154 คน โดยคำนวณจากสูตรของ Yamane⁽¹⁰⁾ ที่ระดับความคลาดเคลื่อน 5% สุ่มตัวอย่างแบบง่ายจากครัวเรือน โดยเลือกสมาชิกที่รับผิดชอบการจัดการขยะของครัวเรือน

วิธีดำเนินการวิจัย

กระบวนการวิจัยนี้ถูกออกแบบมาเพื่อพัฒนาและปรับปรุงการจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือนและชุมชน โดยแบ่งออกเป็น 4 ระยะสำคัญ และเชื่อมโยงกันอย่างเป็นระบบ โดยแต่ละระยะส่งเสริมให้เกิดการทำงานร่วมกันระหว่างภาคส่วนต่างๆ ในชุมชน

ในระยะแรกของการวางแผน (Planning) การศึกษาสถานการณ์ปัญหาขยะมูลฝอยทางรากฐานด้วยการสำรวจข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ เช่น การใช้แบบสอบถามเพื่อประเมินพฤติกรรม การจัดการขยะของครัวเรือน และการสนทนากลุ่มกับผู้นำชุมชนและอาสาสมัคร เพื่อเข้าใจปัญหาเชิงลึก การวิเคราะห์ข้อมูลเหล่านี้ทำให้สามารถระบุปัจจัยที่ส่งผลต่อการทิ้งขยะไม่ถูกต้องได้อย่างชัดเจน จากนั้น นำข้อมูลมาสะท้อนกลับสู่ชุมชน เพื่อร่วมระดมสมองหาแนวทางแก้ไข โดยเน้นการปรับปรุงโครงสร้างพื้นฐาน เช่น การเพิ่มจุดทิ้งขยะแยกประเภท พัฒนาระบบจัดเก็บขยะให้สอดคล้องกับวิถีชีวิต เพิ่มประสิทธิภาพการเก็บขน และสร้างวัฒนธรรมการคัดแยกขยะผ่านการรณรงค์อย่างต่อเนื่อง

เมื่อแผนงานพร้อม ประมาณเดือนธันวาคม 2567 เป็นจุดเริ่มต้นของการลงมือปฏิบัติ ในระยะที่สอง (Action & Observation) ชุมชนทุกภาคส่วนร่วมกันดำเนินการตามแผนที่ออกแบบไว้ ครัวเรือนคัดแยกขยะเป็นประเภท อาสาสมัครตรวจสอบจุดทิ้งขยะและให้คำแนะนำ ส่วนองค์กรท้องถิ่นจัดรถเก็บขยะตามกำหนดเวลา ขณะเดียวกัน ทีมวิจัยและสมาชิกชุมชนจะสังเกตการณ์และบันทึกผลอย่างใกล้ชิดในระยะที่

สาม (Observation) เช่น อัตราการคัดแยกขยะที่ถูกต้อง ปริมาณขยะที่ลดลง และการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของครัวเรือน เพื่อนำไปวิเคราะห์หาจุดแข็งและอุปสรรคในการทำงาน

หลังจากดำเนินการเป็นเวลา 6 เดือน กระบวนการเข้าสู่ระยะสุดท้าย (Reflection & Re-planning) โดย การ ประเมิน ผล ด้วยการ

เปรียบเทียบความรู้และพฤติกรรมจัดการขยะก่อนและหลังโครงการ รวมถึงสำรวจความพึงพอใจของชุมชน ผลที่ได้จากการประเมินจะนำไปปรับปรุงแผนงานให้เหมาะสมกับบริบทพื้นที่มากขึ้น เช่น การปรับเวลาการเก็บขยะหรือเพิ่มกิจกรรมสร้างแรงจูงใจ

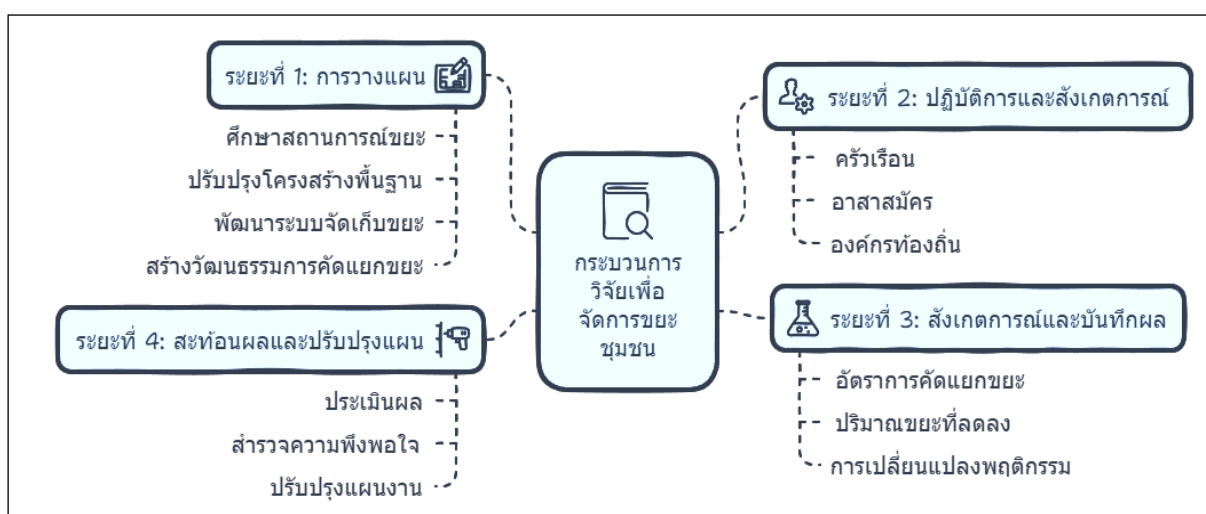


Figure 1: Research Process in One Cycle

เครื่องมือในการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้ แบ่งตามระยะของการวิจัย ดังนี้

ระยะวางแผน (planning): เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วยเครื่องมือ 3 ชุด ได้แก่

ชุดที่ 1 แนวทางการสนทนากลุ่ม ประกอบด้วยประเด็นคำถาม ดังนี้ การรับรู้เกี่ยวกับปัญหาขยะในชุมชน, การมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือนและชุมชน, บทบาทของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการจัดการขยะมูลฝอยของชุมชน, แนวทางแก้ไข

ปัญหาขยะของชุมชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และวิสัยทัศน์ในอนาคตในการจัดการขยะมูลฝอย ชุดที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับและพฤติกรรมจัดการขยะมูลฝอยของครัวเรือน และชุมชน ประกอบด้วย 3 ส่วน

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในชุมชน

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยของครัวเรือน และชุมชน จำนวน 15 ข้อ มีสเกลการวัดแบบ 1 และ 0 คะแนน โดยตอบถูกได้ 1 คะแนน และตอบผิดได้ 0 คะแนน ทดสอบ

ความเที่ยงตามวิธีของ Kuder – Richardson 20 (KR20) มีค่าเท่ากับ 0.73 การแปลผล คะแนนรวม มีค่าตั้งแต่ 0 - 15 คะแนน กำหนดระดับความรู้ แปลความหมายของคะแนนเป็น 3 ระดับ (Bloom, 1986)⁽¹¹⁾ ร้อยละ 80 ขึ้นไป อยู่ในระดับสูง, คะแนนร้อยละ 60 – 79 อยู่ในระดับปานกลาง, คะแนนน้อยกว่า ร้อยละ 60 อยู่ในระดับน้อย

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยของครัวเรือนและชุมชน จำนวน 20 ข้อ ประเมินแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับตามแบบของ ลิเคิร์ต (Likert, 1967) เครื่องมือมีค่าความเชื่อมั่น (Reliability) มีค่าเท่ากับ 0.72 การแปลผล แบ่งคะแนนเป็น 5 ระดับตามคะแนนเฉลี่ย⁽¹²⁾

พฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยระดับน้อยที่สุด (1.00–1.80)

พฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยระดับน้อย (1.81–2.60)

พฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยระดับปานกลาง (2.61–3.40)

พฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยระดับดี (3.41–4.20)

พฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยระดับดีมาก (4.21–5.00)

ชุดที่ 3 แบบบันทึกการสังเกตการจัดการขยะมูลฝอยของครัวเรือนและชุมชน สำหรับเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพการจัดการขยะมูลฝอยของครัวเรือนและชุมชน

ระยะลงมือปฏิบัติตามแผนและสังเกตการณ์ (action and observation): ใช้คู่มือ

แนวทางการจัดการขยะมูลฝอยของกรมควบคุมมลพิษ โดยใช้หลัก 3R

ระยะสะท้อนการปฏิบัติ (reflection): ประกอบด้วย 2 ชุด ได้แก่ ชุดที่ 1 แนวทางการสนทนากลุ่มกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และผู้ใหญ่บ้าน เพื่อประเมินผลการเปลี่ยนแปลง และ ชุดที่ 2 แบบประเมินความรู้และพฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยของครัวเรือน และชุมชน ใช้เครื่องมือชุดเดียวกันขั้นตอนการวางแผน

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน วิเคราะห์ด้วย Paired t-test

ข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) ในส่วนของข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่ม และการสังเกตแบบมีส่วนร่วม

ผลการวิจัย

การศึกษาศาสนาการจัดการจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือนและชุมชนขององค์การบริหารส่วนตำบลหนองน้ำใส อำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น พบว่า ประชาชนส่วนใหญ่ที่ตอบแบบสอบถาม (154 คน) เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 59.1) มีอายุระหว่าง 51-60 ปี (ร้อยละ 35.1) มีสถานภาพสมรส (ร้อยละ 63.6) และมีการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 63.6) โดยมีอาชีพรับจ้างเป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 51.9)

การวิเคราะห์สถานการณ์การจัดการขยะมูลฝอยในพื้นที่

จากการศึกษาผ่านการสนทนากลุ่มโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน 2 หมู่บ้าน เผยให้เห็นการจัดการขยะชุมชนในพื้นที่ชนบท โดยประชาชนมีโอกาสร่วมกันวิเคราะห์สถานการณ์และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ กลุ่มดังกล่าวได้เล่าถึงสถานการณ์ว่า "ประมาณครึ่งหนึ่งของครัวเรือนไม่มีการคัดแยกขยะ" ซึ่งไม่ได้เกิดจากความไม่รู้หรือไม่เข้าใจ แต่เป็นผลมาจากการขาดแคลนเครื่องมือและระบบที่เหมาะสม ประชาชนบางส่วนยังคงมี "พฤติกรรมกาทิ้งขยะที่ไม่เป็นที่" ซึ่งสะท้อนถึงปัญหาที่ลึกกว่าการขาดความรู้คือการขาดความรู้ลึกเป็นเจ้าของและความรับผิดชอบร่วมต่อพื้นที่สาธารณะ

ประเด็นที่น่าสนใจคือ ประชาชนตอบเองว่า "พวกเขาขาดความตระหนักและไม่ค่อยมีส่วนร่วมในการจัดการขยะมูลฝอยของชุมชน" การยอมรับเช่นนี้ แสดงให้เห็นถึงการมีสำนึกในตนเองและความพร้อมที่จะเปลี่ยนแปลง ซึ่งเป็นจุดเริ่มต้นที่สำคัญในการแก้ไขปัญหา และจากการสนทนา ประชาชนชี้ให้เห็นปัญหาเรื่อง "การขาดถังขยะที่เพียงพอ" ซึ่งเป็นปัญหาพื้นฐานที่ส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมกาจัดการขยะ เมื่อไม่มีที่เหมาะสม ประชาชนจึงต้องหาทางออกด้วยตนเอง ส่งผลให้ "ครัวเรือนส่วนใหญ่เลือกใช้วิธีการกำจัดขยะโดยการเผาขยะ ซึ่งยังคงเป็นวิธีที่พบเห็นได้บ่อยที่สุด" ดังนั้น การเผาขยะในบริบทชนบทไม่ใช่เพียงแค่การขาดความรู้เรื่องผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อม แต่เป็นทางเลือกที่

จำเป็นเมื่อไม่มีระบบการจัดการขยะที่เหมาะสม แสดงให้เห็นถึงความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการสาธารณะระหว่างเมืองและชนบท

และแม้ว่า "องค์การบริหารส่วนตำบลเป็นหน่วยงานหลักในการเก็บขยะ" แต่ยังมีข้อจำกัดสำคัญ คือ "ความถี่ในการเก็บขยะและขนาดของรถขยะ" ที่ไม่เพียงพอต่อความต้องการ ข้อจำกัดนี้สะท้อนถึงปัญหาโครงสร้างของการบริหารจัดการท้องถิ่น ที่ต้องให้บริการพื้นที่กว้างขวางด้วยทรัพยากรที่จำกัด

กระบวนการวางแผนพัฒนาแนวทางการปฏิบัติ

จากผลการวิเคราะห์ดังกล่าว นำไปสู่ การวางแผน ซึ่งถูกออกแบบโดยคำนึงถึงการแก้ไข ปัญหาแบบองค์รวม แตกต่างจากแนวทางเดิมที่เน้นการจัดการแบบรวมศูนย์โดยหน่วยงานราชการ โดยเริ่มจากการระดมความคิดเห็นของผู้เกี่ยวข้อง เช่น ผู้ใหญ่บ้าน, ประธาน อสม. และตัวแทนครัวเรือน รวม 34 คน เพื่อพัฒนาแนวทางใหม่ที่มุ่งส่งเสริมความรู้ ความตระหนัก และการมีส่วนร่วมของประชาชน พร้อมปรับปรุงระบบจัดการขยะให้ครอบคลุมทุกครัวเรือน แนวทางใหม่ประกอบด้วย 3 กิจกรรมหลัก คือ

1) การสร้างแรงจูงใจ ผ่านโครงการรับซื้อขยะรีไซเคิล กิจกรรมแลกเปลี่ยน (เช่น ขยะอันตรายแลกไข่) และไข่ และการจัดตั้งธนาคารขยะที่ทำให้ประชาชนสะสมแต้มแลกของรางวัล ซึ่งต่างจากการดำเนินงานแบบเดิมที่ไม่มีกลไกจูงใจ หรือการมีส่วนร่วมจากฐานล่าง นอกจากนี้ แผนใหม่ยังเสริมด้วย

2) การให้ความรู้ผ่านการอบรมเชิงปฏิบัติการและสื่อประชาสัมพันธ์ เช่น โปสเตอร์ แผ่นพับ และการใช้หอกระจายข่าวชุมชน ซึ่งสอดคล้องกับข้อเสนอแนะจากกลุ่มสนทนาที่ชี้ว่าชุมชนต้องการการสนับสนุนเชิงโครงสร้างมากกว่าการเพียงแค่ให้ความรู้ และ

3) การปรับปรุงระบบการจัดเก็บขยะเป็นอีกจุดเปลี่ยนสำคัญ โดยแผนใหม่เพิ่มรอบการเก็บ

ขยะเป็นสัปดาห์ละ 2 ครั้ง ดัดตั้งถังคัดแยกขยะให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ และจัดตั้งจุดทิ้งขยะส่วนกลางที่เหมาะสม ซึ่งตรงข้ามกับแนวทางเดิมที่ขาดแคลนถังขยะและรอบเก็บขยะไม่เพียงพอส่งผลให้ประชาชนต้องเผาขยะเอง แผนนี้เน้นการพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานและการใช้เทคโนโลยีเพื่อให้เกิดระบบจัดการขยะที่ยั่งยืนและเป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อม

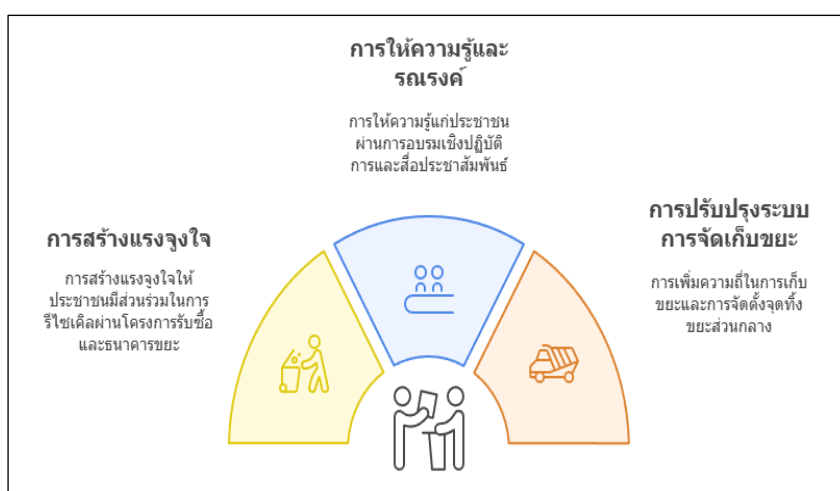


Figure 2: New Approaches to Household Solid Waste Management.

การดำเนินการตามแผนปฏิบัติการ

ได้ทดลองใช้แนวทางใหม่เป็นเวลา 1 เดือน ระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2568 ถึง 31 มกราคม 2568 ผลลัพธ์พบว่าชุมชนมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในทางที่ดีขึ้นอย่างชัดเจน

เช่น การคัดแยกขยะก่อนทิ้ง การลดปริมาณขยะ และการนำขยะกลับมาใช้ใหม่ ประชาชนมีความตื่นตัวและให้ความร่วมมือมากขึ้น แม้ยังมีความท้าทาย เช่น ความต่อเนื่องของพฤติกรรมและความพร้อมของทรัพยากรในการจัดเก็บขยะ



Figure 3: Implementation of Household Waste Management in the Area.

การสะท้อนผลการปฏิบัติและการปรับปรุงแผนการปฏิบัติ

จากการประชุมกับผู้เข้าร่วมทั้ง 34 คน เพื่อสะท้อนผลและปรับปรุงแผนปฏิบัติ พบว่า ประชาชนส่วนใหญ่เริ่มนำขยะอินทรีย์มาทำปุ๋ย หรืออาหารสัตว์ และมีการรีไซเคิลขยะ เช่น พลาสติกและขวดแก้ว มากขึ้น อย่างไรก็ตาม ยังมี บางส่วนที่เผาขยะอยู่ ที่ประชุมจึงได้เสนอ แนวทางปรับปรุง 4 ด้าน ได้แก่ 1) การสร้าง แรงจูงใจอย่างต่อเนื่อง 2) การปรับปรุงระบบ จัดเก็บขยะให้ครอบคลุม 3) การติดตามผลทุก 3 เดือนผ่านเครือข่ายชุมชน และ 4) การบรรจุแผน นโยบายพัฒนาท้องถิ่นเพื่อความยั่งยืนพร้อม จัดทำคู่มือเผยแพร่

และการสะท้อนผลลัพธ์ที่สำคัญผ่านการ ยืนยันด้วยผลวิเคราะห์ทางสถิติ จากข้อมูล

ผู้เข้าร่วมการสำรวจ 154 คน พบว่า ก่อนดำเนิน โครงการ ระดับความรู้ของประชาชนส่วนใหญ่ อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 64.9) ด้วยคะแนน เฉลี่ย 10.80 คะแนน และพฤติกรรมการจัดการ ขยะอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 46.1) ด้วย คะแนนเฉลี่ย 3.22 คะแนน ข้อมูลนี้สอดคล้องกับ สิ่งที่ชุมชนสะท้อนว่าพวกเขามีความรู้พื้นฐานแต่ ขาดการนำไปปฏิบัติอย่างเป็นระบบ สิ่งที่น่า ประทับใจคือ เมื่อมีการดำเนิน โครงการที่ เหมาะสมกับบริบทของชุมชน มีการเปลี่ยนแปลง เกิดขึ้นอย่างชัดเจน โดยประชาชนที่มีความรู้ ระดับสูงเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 96.1 และคะแนน เฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 13.69 คะแนน (Mean diff. = 2.89; 95% CI: 2.62, 3.16, p-value < 0.001) ในขณะที่พฤติกรรมจัดการขยะปรับปรุงขึ้น อย่างมีนัยสำคัญ โดยมีพฤติกรรมระดับดีและดี

มากรวมกันถึงร้อยละ 95.4 ด้วยคะแนนเฉลี่ย 4.18

คะแนน (Mean diff. = 0.96; 95% CI: 0.81, 1.11, p-value < 0.001)

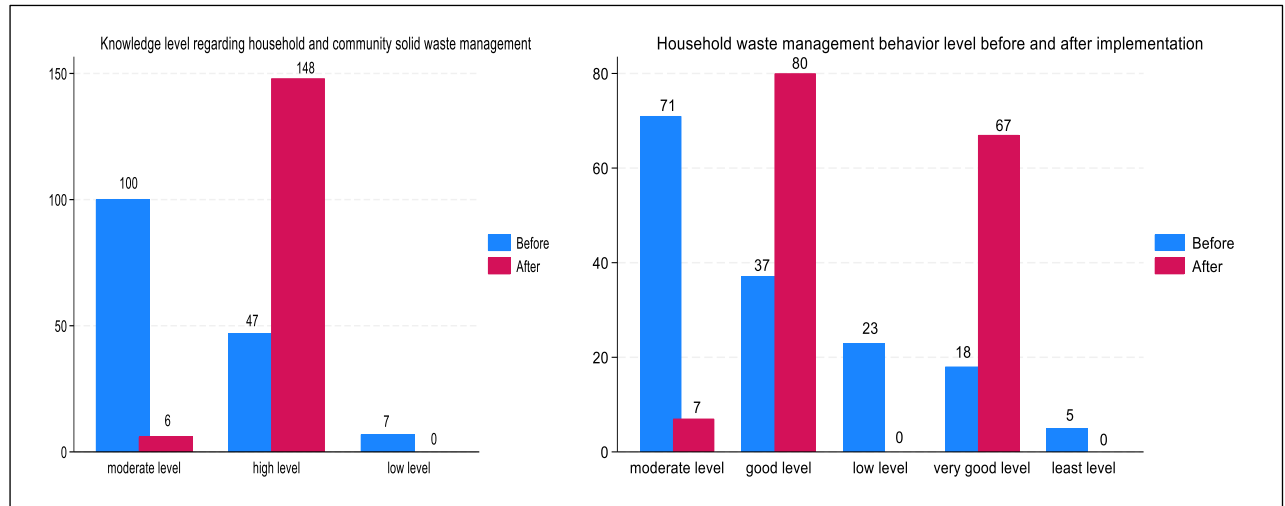


Figure 4: Knowledge and Behavior Levels in Household and Community Solid Waste Management Before and After Action Plan Implementation.

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษานี้ สามารถสรุปประเด็นการค้นพบที่มีคุณค่าทางวิชาการได้อย่างชัดเจนในหลายมิติ ซึ่งมีความสำคัญทั้งในเชิงทฤษฎีและการประยุกต์ใช้จริง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการจัดการปัญหาสิ่งแวดล้อมระดับชุมชนอย่างยั่งยืนดังนี้

การค้นพบที่สำคัญประการแรก คือ ความท้าทายต่อสมมติฐานเดิมในการวิจัยด้านสิ่งแวดล้อม ที่มักอธิบายว่าการจัดการขยะมูลฝอยในชุมชนส่วนใหญ่ล้มเหลวเนื่องจากการขาดความรู้หรือความตระหนักของประชาชน งานวิจัยนี้กลับชี้ให้เห็นว่า ปัญหาหลักอยู่ที่โครงสร้างพื้นฐานที่ไม่เอื้อต่อการปฏิบัติ เช่น การขาดถังขยะ การเก็บขยะไม่เพียงพอ และไม่มีระบบ

จัดการที่ครอบคลุม จึงส่งผลกระทบต่อประชาชน ถึงจะมีความรู้ แต่ไม่สามารถปรับพฤติกรรมตามต้องการได้ การค้นพบนี้สะท้อนให้เห็นว่าการแก้ปัญหาแบบเน้นการให้ความรู้เพียงอย่างเดียวอาจไร้ประสิทธิภาพ หากไม่ควบคู่กับการพัฒนาระบบและบริบทที่เอื้อต่อการเปลี่ยนแปลง

ประการถัดมา งานวิจัยนี้แสดงให้เห็นถึงคุณค่าของกระบวนการ "วิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม" (Participatory Action Research) ซึ่งเน้นให้ชุมชนมีบทบาทในการวิเคราะห์ปัญหา ออกแบบแนวทางแก้ไข และติดตามประเมินผล การที่ประชาชนกล้ายอมรับว่าตนเองขาดความตระหนักและมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เป็นจุดเริ่มต้นสำคัญของการเปลี่ยนแปลงที่แท้จริง ผลที่ได้คือ แนวทางการจัดการขยะที่เกิดขึ้น

สอดคล้องกับวิถีชีวิตของชุมชน และนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงเชิงพฤติกรรมอย่างยั่งยืน ซึ่งแตกต่างจากแนวทางแบบเดิมที่เน้นสั่งการจากหน่วยงานภาครัฐโดยขาดการมีส่วนร่วม

ผลลัพธ์เชิงปริมาณที่ได้จากการดำเนินแผนงานในระยะเวลาเพียงหนึ่งเดือน สนับสนุนด้วยสถิติอย่างมีนัยสำคัญ พบว่าทั้งระดับความรู้และพฤติกรรมของประชาชน พัฒนาเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน คะแนนเฉลี่ยด้านความรู้เพิ่มขึ้นจาก 10.80 เป็น 13.69 คะแนน ส่วนพฤติกรรมจัดการขยะเพิ่มขึ้นจาก 3.22 เป็น 4.18 คะแนน ซึ่งบ่งชี้ถึงประสิทธิภาพของแนวทางที่พัฒนาขึ้น ขณะเดียวกันยังมีการเปลี่ยนแปลงเชิงคุณภาพ เช่น การนำขยะอินทรีย์มาใช้ประโยชน์ และการรีไซเคิลขยะมากขึ้น สะท้อนถึงความยั่งยืนที่เริ่มก่อตัว

ในเชิงการปฏิบัติ งานวิจัยนี้นำเสนอแบบจำลองการพัฒนาแนวทางการจัดการขยะที่เป็นองค์รวม โดยผสานการสร้างแรงจูงใจ เช่น โครงการธนาคารขยะและการแลกของรางวัล การพัฒนาระบบบริการ เช่น เพิ่มรอบเก็บขยะ และการให้ความรู้ผ่านสื่อหลากหลาย แนวทางนี้สามารถนำไปปรับใช้ในชุมชนชนบทอื่น ๆ ได้ และแสดงให้เห็นถึงความสำคัญของการติดตามผลอย่างต่อเนื่อง และการบรรจุแผนงานลงในนโยบายระดับท้องถิ่นเพื่อรับรองความยั่งยืน

สุดท้าย การศึกษานี้มีนัยสำคัญเชิงวิชาการที่กว้างกว่าการจัดการขยะ กล่าวคือ เป็นการสะท้อนถึงการเปลี่ยนกรอบความคิดในงานพัฒนาชุมชนจากการวางนโยบายแบบ "บนลงล่าง" ไปสู่การส่งเสริมอำนาจของชุมชนในการ

เป็นผู้ร่วมสร้างนโยบายและแนวทางปฏิบัติด้วยตนเอง ซึ่งเป็นแนวโน้มสำคัญในงานวิจัยเชิงพื้นที่ และการพัฒนาแบบยั่งยืนในศตวรรษที่ 21 และชี้ให้เห็นศักยภาพของการวิจัยแบบมีส่วนร่วมในการสร้างการเปลี่ยนแปลงที่แท้จริงในระดับฐานรากของสังคม

ข้อเสนอแนะ

1. ในงานวิจัยเชิงปฏิบัติการจัดการขยะ ควรเน้นการสร้างความร่วมมือระหว่างประชาชนองค์กร และหน่วยงานภาครัฐ เพื่อจัดการขยะอย่างยั่งยืนและเป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อม
2. ควรศึกษาแนวทางการจัดการขยะในพื้นที่ที่มีลักษณะเฉพาะ เช่น พื้นที่เกษตรกรรมหรือพื้นที่ท่องเที่ยว

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการทำวิจัยในมนุษย์ ของวิทยาลัยบัณฑิตเอเซีย เลขที่ CZSHE670037 วันที่ 9 ธันวาคม 2567

เอกสารอ้างอิง

1. ชมพูนุช ชัยรัตน์, ณัฐพล เมฆแดง. การจัดการขยะแบบมีส่วนร่วมของชุมชนเกาะพิทักษ์ อำเภอลำสนธิ จังหวัดฉะเชิงเทรา. วารสารนิติศาสตร์และสังคมท้องถิ่น 2564;5(1):29-49.
<https://so04.tci-thaijo.org/index.php/Ilsj/article/view/247343>

2. Buchholz K. A World of Waste. [Internet]. 2022. [cited 2024 June 15]. Available from: <https://www.statista.com/chart/18732/waste-generated-country>
3. กรมควบคุมมลพิษ กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม. ระบบสารสนเทศด้านการจัดการขยะมูลฝอยชุมชน ปี 2566. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 1 สิงหาคม 2567] เข้าถึงได้จาก: https://www.pcd.go.th/wp-content/uploads/2024/05/pcdnew-2024-05-09_07-53-50_682275.pdf
4. เทศบาลเมืองทุ่งสง. ปัญหาขยะมูลฝอย, ผลกระทบจากขยะมูลฝอยต่อสิ่งแวดล้อม. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 12 มิถุนายน 2567] เข้าถึงได้จาก https://www.tungsong.com/Environment/Garbage_n/garbage_07.html
5. เอนก ฝ้ายจำปา. การพัฒนารูปแบบการจัดการขยะแบบมีส่วนร่วมขององค์การบริหารส่วนตำบลจอมศรี อำเภอเขียงคาน จังหวัดเลย. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน 2563;6(2):124-42. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/ajcph/article/view/247406>
6. กิตติมา เนตรพุททณะ. การพัฒนากระบวนการจัดการขยะของโรงเรียนเกาะพะงันศึกษา อำเภอเกาะพะงัน จังหวัดสุราษฎร์ธานี. การค้นคว้าอิสระ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี, 2563. <http://ir.sru.ac.th/handle/123456789/774>
7. ทิวากรณ์ ราชูธร, ทองทิพย์ สดะวงษ์ลักษณ์, พุฒิพงศ์ สัตยวงศ์ทิพย์. การพัฒนาศักยภาพแกนนำครัวเรือนในการจัดการขยะมูลฝอยตำบลหนองพลวง อำเภोजักราช จังหวัดนครราชสีมา. วารสารสาธารณสุข มหาวิทยาลัยบูรพา 2563;15(1):14-25. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/phjbuu/article/view/183513>
8. สิทธิพร เขาค้อน, กฤษณะ ดาราเรือง, สมเดช สิทธิพงศ์พิทยา. การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเพื่อการบริหารจัดการขยะชุมชนฐานราก: องค์การบริหารส่วนตำบลลำพยนต์ อำเภอตากฟ้า จังหวัดนครสวรรค์. วารสารวิจัยมหาวิทยาลัยเวสเทิร์น มนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ 2564;7(2):181-91. <https://so04.tci-thaijo.org/index.php/WTURJ/article/view/254289>
9. Kemmis S, McTaggart R, [editor]. The action research planner. 3rd ed. Victoria: Deakin University, 1988.
10. Yamane T. Statistics: An Introductory Analysis. 3rd ed. New York, Harper & Row, 1973.
11. Bloom BS. Taxonomy of Educational Objectives: The Classification of Educational Goals. New York: Longman, 1986.

12. อกิณญญา กิจเกิดแสง. พฤติกรรมและความรู้
ของประชาชนในการจัดขยะอิเล็กทรอนิกส์
กรณีศึกษา ตำบลหัวโพ จังหวัดราชบุรี.
วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชา
การจัดการภาครัฐและภาคเอกชน บัณฑิต
วิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร, 2561.

<http://ithesis->

ir.su.ac.th/dspace/handle/123456789/2003

การพัฒนาแนวทางการจัดการขยะมูลฝอยของครัวเรือน และชุมชน: กรณีศึกษา หมู่ 10 บ้านโนนสะอาด และหมู่ 11 บ้านโนนสวรรค์ องค์การบริหารส่วนตำบลหนองน้ำใส อำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น

พิชญพร ลุนาบุตร, วท.บ*,

วิลาวัณย์ ชมนิรัตน์, พร.ค.**,** ชวลิต หงส์ยงค์, พร.ค.**

บทคัดย่อ

ปัญหาขยะมูลฝอยกำลังกลายเป็นวิกฤตสิ่งแวดล้อมที่สำคัญในพื้นที่ตำบลหนองน้ำใส ที่ต้องรับมือขยะวันละ 2 ตัน แต่ขนย้ายเพียงสัปดาห์ละครั้ง ทำให้เกิดปัญหาขยะล้นและมีกลิ่นรบกวน การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์และพัฒนาแนวทางการจัดการขยะมูลฝอยของครัวเรือนและชุมชน โดยใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของ Kemmis & McTaggart 4 ระยะ ภายใต้หลัก 3R ในพื้นที่ 2 หมู่บ้าน 250 ครัวเรือน ประชากร 853 คน กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยผู้ให้ข้อมูลเชิงลึก 34 คน และตัวแทนครัวเรือน 154 คน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา และการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า ก่อนการดำเนินโครงการ ประชาชนมีความรู้ระดับปานกลางร้อยละ 64.9 (คะแนนเฉลี่ย 10.80) และพฤติกรรมการจัดการขยะระดับปานกลางร้อยละ 46.1 (คะแนนเฉลี่ย 3.22) หลังการดำเนินแผนงานเป็นเวลา 1 เดือน พบการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญ โดยประชาชนที่มีความรู้ระดับสูงเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 96.1 (คะแนนเฉลี่ย 13.69) และมีพฤติกรรมระดับดีและดีมากรวมกันร้อยละ 95.4 (คะแนนเฉลี่ย 4.18) แนวทางใหม่ที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 3 กิจกรรมหลัก คือ การสร้างแรงจูงใจผ่านธนาคารขยะและการแลกของรางวัล การให้ความรู้ผ่านการอบรมและสื่อประชาสัมพันธ์ และการปรับปรุงระบบจัดเก็บขยะให้ครอบคลุมและเพียงพอ

การศึกษานี้สรุปได้ว่า การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม มีประสิทธิผลในการพัฒนาการจัดการขยะมูลฝอยชุมชน โดยปัญหาหลักไม่ใช่การขาดความรู้ แต่เป็นการขาดโครงสร้างพื้นฐานและระบบที่เหมาะสม ข้อเสนอแนะสำคัญคือ ควรเน้นการสร้างความร่วมมือระหว่างประชาชน องค์กร และหน่วยงานภาครัฐ เพื่อการจัดการขยะอย่างยั่งยืนและเป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อม รวมถึงการศึกษาแนวทางการจัดการขยะในพื้นที่ที่มีลักษณะเฉพาะต่อไป

คำสำคัญ : การจัดการขยะมูลฝอย, การมีส่วนร่วม, วิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

* นักศึกษาสารานสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาภาวะผู้นำและนวัตกรรมการจัดการสุขภาพ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี วิทยาลัยบัณฑิตเอเซีย ** อาจารย์ หลักสูตรสารานสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาภาวะผู้นำและการจัดการสุขภาพ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี วิทยาลัยบัณฑิตเอเซีย

*** ผู้ประพันธ์บรรณกิจ: วิลาวัณย์ ชมนิรัตน์, E-mail: wilcho@cas.ac.th

Development of solid waste management guidelines for households and communities:

A case study of village no. 10, Ban non sa-at, and village no. 11, Ban non sawan,

nong nam sai subdistrict administrative organization, Ban phai District,

Khon Kaen Province

Pichayaporn Lunabut, B.Sc.* Wilawan Chomnirat, Ph.D.** ,*** Chawalit Hongyon, Ph.D.**

Abstract

The solid waste problem in Nong Nam Sai subdistrict is becoming an environmental crisis, with an estimated 2 tons of waste generated daily but only collected once a week, leading to overflow and foul odors. This research aims to examine the current situation and develop effective household and community waste management strategies. Using participatory action research based on Kemmis & McTaggart's 4-stage model and guided by the 3Rs principle in two villages with 250 households and 853 residents, data were collected from 34 key informants and 154 household representatives. Analysis involved descriptive statistics and content analysis.

Results showed that before the project, residents had moderate knowledge (64.9%) with an average score of 10.80, and moderate waste management behavior (46.1%) with an average of 3.22. After one month of implementation, significant improvements occurred, with high knowledge levels reaching 96.1% (average 13.69) and behavior rated good to very good at 95.4% (average 4.18). The developed approach included three main activities: motivating through a waste bank and reward system, providing education via training and media, and improving waste collection systems.

The study concludes that participatory action research effectively enhances community waste management; however, the main challenge is not knowledge deficits but inadequate infrastructure and systems. It recommends fostering cooperation among residents, organizations, and government agencies to promote sustainable and environmentally friendly waste management practices, as well as exploring tailored solutions for specific local conditions.

Keywords : Waste Management, Participation, Participatory Action Research

* Master of Public Health Student, Leadership and Health Management Innovation Program, Faculty of Science and Technology, College of Asian Scholars ** Professor, Master of Public Health Program in Leadership and Health Management, Faculty of Science and Technology, College of Asian Scholars

*** Corresponding author: Wilawan Chomnirat, E-mail: wilcho@cas.ac.th

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัญหาขยะกำลังกลายเป็นวิกฤตสิ่งแวดล้อมที่ทำลายทั้งในระดับโลกและประเทศไทย ขยะมีปริมาณเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วจากจำนวนประชากรที่มากขึ้นและการบริโภคทรัพยากรเกินความจำเป็น ขยะสะสมในเมืองและไหลลงสู่แม่น้ำรวมถึงทะเล คาดการณ์ว่าปริมาณขยะจะพุ่งสูงถึงร้อยละ 70 ระหว่างปี 2016 - 2050 เนื่องจากการขยายตัวของเมืองและการเติบโตทางเศรษฐกิจ แต่ที่น่ากังวลคือขยะที่ถูกรีไซเคิลมีเพียงไม่ถึงร้อยละ 20 ส่วนใหญ่ถูกฝังกลบหรือทิ้งแบบไม่ปลอดภัย โดยเฉพาะในประเทศกำลังพัฒนา⁽¹⁻²⁾ ในประเทศไทย สถานการณ์ขยะก็รุนแรงไม่แพ้กัน เมื่อปี 2566 มีขยะเกิดขึ้นถึง 26.95 ล้านตัน แต่กำจัดอย่างถูกวิธีได้เพียงร้อยละ 36.4 หรือประมาณ 9.80 ล้านตัน และรีไซเคิลได้เพียงร้อยละ 34.6 ที่เหลือถูกเผากลางแจ้งหรือทิ้งในที่รกร้าง ส่งผลให้เกิดมลพิษและกลิ่นเหม็นรบกวนชุมชน⁽³⁾

ผลกระทบจากขยะนั้นส่งผลทั้งต่อสุขภาพและสิ่งแวดล้อม ขยะเป็นแหล่งเพาะเชื้อโรคที่นำไปสู่โรคอย่างไทฟอยด์และดับอักเสบ สร้างมลพิษในน้ำ ดิน และอากาศ ทำให้ชุมชนต้องเผชิญกับกลิ่นเหม็นและความเสี่ยงจากของเสียอันตราย นอกจากนี้ยังสิ้นเปลืองงบประมาณในการจัดการและกระทบต่อความเป็นระเบียบของชุมชน รวมถึงการท่องเที่ยว⁽⁴⁻⁶⁾ ตัวอย่างที่ชัดเจนคือในตำบลหนองน้ำใส จังหวัดขอนแก่น ซึ่งมีประชากร 6,557 คน แต่ต้องรับมือกับขยะวันละ 2 ตัน โดยขนย้ายได้แค่สัปดาห์ละครั้งต่อหมู่บ้าน เนื่องจากไม่มีสถานที่กำจัดขยะเพียงพอ

ทำให้ขยะล้นและส่งกลิ่นเหม็น แม้จะมีระบบคัดแยกขยะ แต่ชาวบ้านส่วนใหญ่ยังขาดความรู้และความร่วมมือ⁽⁷⁻⁸⁾

แนวทางแก้ไขปัญหามันต้องอาศัยหลัก 3R คือ ลดใช้ (Reduce), ใช้ซ้ำ (Reuse), และ รีไซเคิล (Recycle) ซึ่งช่วยลดปริมาณขยะได้อย่างยั่งยืน⁽³⁾ การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชน เช่น การจัดอบรมให้ความรู้และมอบอำนาจให้ประชาชนจัดการขยะด้วยตนเอง ก็มีความสำคัญ⁽⁸⁾ อย่างไรก็ตาม ช่องว่างในการเรียนรู้ยังเป็นอุปสรรคใหญ่ การศึกษาพบว่าแกนนำครัวเรือนมีความรู้เรื่องขยะเพียงร้อยละ 35.6 เท่านั้น แสดงถึงความตระหนักที่ต่ำ⁽⁷⁾ ดังนั้น ทุกภาคส่วนตั้งแต่บุคคล ครอบครัว ไปจนถึงหน่วยงานรัฐ ต้องร่วมมือกันคัดแยกขยะ ลดการใช้พลาสติก และจัดการขยะอย่างมีประสิทธิภาพเพื่อสิ่งแวดล้อมที่ดีขึ้น

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การจัดการขยะมูลฝอยของครัวเรือนและชุมชนในพื้นที่รับผิดชอบขององค์การบริหารส่วนตำบลหนองน้ำใส อำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น
2. เพื่อพัฒนาแนวทางการจัดการขยะมูลฝอยของครัวเรือนและชุมชน ในพื้นที่รับผิดชอบขององค์การบริหารส่วนตำบลหนองน้ำใส อำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของ Kemmis & McTaggart (1988)⁹⁾ แบ่งออกเป็น 4 ระยะ ประกอบด้วย ระยะที่ 1 การวางแผน (Planning) ระยะที่ 2 ลงมือปฏิบัติตามแผน (Action) ระยะที่ 3 สังเกตการณ์ (Observation) และระยะที่ 4 สะท้อนการปฏิบัติ (reflection g) รวมเป็น 1 วงรอบ ภายใต้กรอบแนวคิดการจัดการขยะมูลฝอยของกรมควบคุมมลพิษ โดยใช้หลัก 3R ดังนี้ 1) Reduce 2) Reuse และ 3) Recycle⁽³⁾

โดยศึกษาในพื้นที่ 2 หมู่บ้าน ในเขตรับผิดชอบขององค์การบริหารส่วนตำบลหนองน้ำใส อำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น ประกอบด้วย บ้านโนนสะอาด หมู่ที่ 10 และบ้านโนนสวรรค์ หมู่ที่ 11 จำนวน 250 ครัวเรือน ในประชากร 853 คน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มผู้ให้ข้อมูลเชิงลึก: ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ผู้ใหญ่บ้าน และตัวแทนครัวเรือนในพื้นที่เป้าหมาย รวม 34 คน คัดเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling)

กลุ่มตัวอย่าง: เป็นตัวแทนครัวเรือนจำนวน 154 คน โดยคำนวณจากสูตรของ Yamane⁽¹⁰⁾ ที่ระดับความคลาดเคลื่อน 5% สุ่มตัวอย่างแบบง่ายจากครัวเรือน โดยเลือกสมาชิกที่รับผิดชอบการจัดการขยะของครัวเรือน

วิธีดำเนินการวิจัย

กระบวนการวิจัยนี้ถูกออกแบบมาเพื่อพัฒนาและปรับปรุงการจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือนและชุมชน โดยแบ่งออกเป็น 4 ระยะสำคัญ และเชื่อมโยงกันอย่างเป็นระบบ โดยแต่ละระยะส่งเสริมให้เกิดการทำงานร่วมกันระหว่างภาคส่วนต่างๆ ในชุมชน

ในระยะแรกของการวางแผน (Planning) การศึกษาสถานการณ์ปัญหาขยะมูลฝอยทางรากฐานด้วยการสำรวจข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ เช่น การใช้แบบสอบถามเพื่อประเมินพฤติกรรม การจัดการขยะของครัวเรือน และการสนทนากลุ่มกับผู้นำชุมชนและอาสาสมัคร เพื่อเข้าใจปัญหาเชิงลึก การวิเคราะห์ข้อมูลเหล่านี้ทำให้สามารถระบุปัจจัยที่ส่งผลต่อการทิ้งขยะไม่ถูกต้องได้อย่างชัดเจน จากนั้น นำข้อมูลมาสะท้อนกลับสู่ชุมชน เพื่อร่วมระดมสมองหาแนวทางแก้ไข โดยเน้นการปรับปรุงโครงสร้างพื้นฐาน เช่น การเพิ่มจุดทิ้งขยะแยกประเภท พัฒนาระบบจัดเก็บขยะให้สอดคล้องกับวิถีชีวิต เพิ่มประสิทธิภาพการเก็บขน และสร้างวัฒนธรรมการคัดแยกขยะผ่านการรณรงค์อย่างต่อเนื่อง

เมื่อแผนงานพร้อม ประมาณเดือนธันวาคม 2567 เป็นจุดเริ่มต้นของการลงมือปฏิบัติ ในระยะที่สอง (Action & Observation) ชุมชนทุกภาคส่วนร่วมกันดำเนินการตามแผนที่ออกแบบไว้ ครัวเรือนคัดแยกขยะเป็นประเภท อาสาสมัครตรวจสอบจุดทิ้งขยะและให้คำแนะนำ ส่วนองค์กรท้องถิ่นจัดรถเก็บขยะตามกำหนดเวลา ขณะเดียวกัน ทีมวิจัยและสมาชิกชุมชนจะสังเกตการณ์และบันทึกผลอย่างใกล้ชิดในระยะที่

สาม (Observation) เช่น อัตราการคัดแยกขยะที่ถูกต้อง ปริมาณขยะที่ลดลง และการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของครัวเรือน เพื่อนำไปวิเคราะห์หาจุดแข็งและอุปสรรคในการทำงาน

หลังจากดำเนินการเป็นเวลา 6 เดือน กระบวนการเข้าสู่ระยะสุดท้าย (Reflection & Re-planning) โดย การ ประเมิน ผล ด้วยการ

เปรียบเทียบความรู้และพฤติกรรมการจัดการขยะก่อนและหลังโครงการ รวมถึงสำรวจความพึงพอใจของชุมชน ผลที่ได้จากการประเมินจะนำไปปรับปรุงแผนงานให้เหมาะสมกับบริบทพื้นที่มากขึ้น เช่น การปรับเวลาการเก็บขยะหรือเพิ่มกิจกรรมสร้างแรงจูงใจ

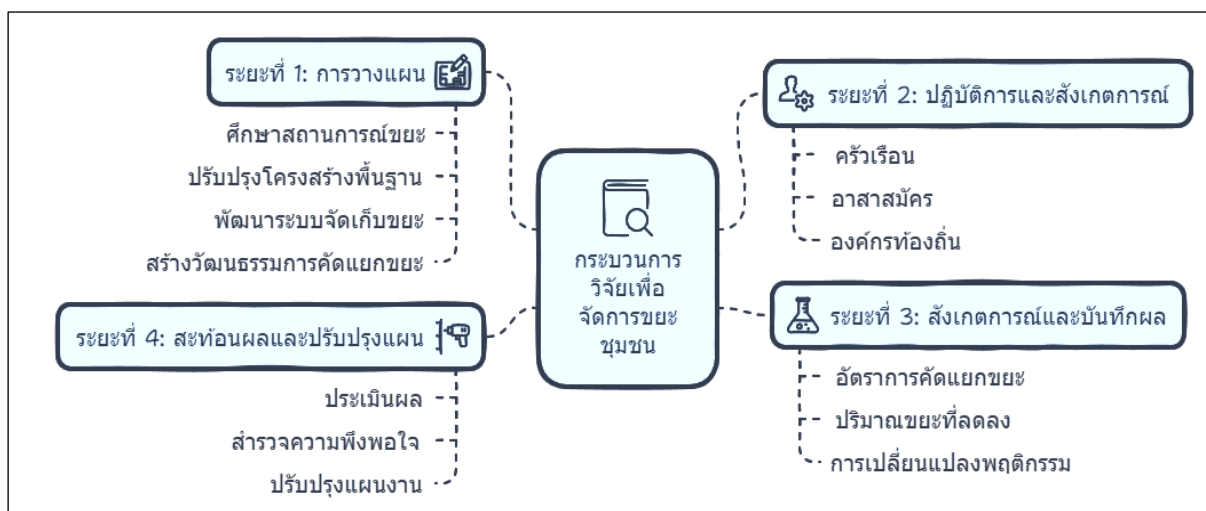


Figure 1: Research Process in One Cycle

เครื่องมือในการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้ แบ่งตามระยะของการวิจัย ดังนี้

ระยะวางแผน (planning): เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วยเครื่องมือ 3 ชุด ได้แก่

ชุดที่ 1 แนวทางการสนทนากลุ่ม ประกอบด้วยประเด็นคำถาม ดังนี้ การรับรู้เกี่ยวกับปัญหาขยะในชุมชน, การมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือนและชุมชน, บทบาทของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการจัดการขยะมูลฝอยของชุมชน, แนวทางแก้ไข

ปัญหาขยะของชุมชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และวิสัยทัศน์ในอนาคตในการจัดการขยะมูลฝอย ชุดที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับและพฤติกรรมจัดการขยะมูลฝอยของครัวเรือน และชุมชน ประกอบด้วย 3 ส่วน

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในชุมชน

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยของครัวเรือน และชุมชน จำนวน 15 ข้อ มีสเกลการวัดแบบ 1 และ 0 คะแนน โดยตอบถูกได้ 1 คะแนน และตอบผิดได้ 0 คะแนน ทดสอบ

ความเที่ยงตามวิธีของ Kuder – Richardson 20 (KR20) มีค่าเท่ากับ 0.73 การแปลผล คะแนนรวม มีค่าตั้งแต่ 0 - 15 คะแนน กำหนดระดับความรู้ แปลความหมายของคะแนนเป็น 3 ระดับ (Bloom, 1986)⁽¹¹⁾ ร้อยละ 80 ขึ้นไป อยู่ในระดับสูง, คะแนนร้อยละ 60 – 79 อยู่ในระดับปานกลาง, คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60 อยู่ในระดับน้อย

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยของครัวเรือนและชุมชน จำนวน 20 ข้อ ประเมินแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับตามแบบของ ลิเคิร์ต (Likert, 1967) เครื่องมือมีค่าความเชื่อมั่น (Reliability) มีค่าเท่ากับ 0.72 การแปลผล แบ่งคะแนนเป็น 5 ระดับตามคะแนนเฉลี่ย⁽¹²⁾

พฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยระดับน้อยที่สุด (1.00–1.80)

พฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยระดับน้อย (1.81–2.60)

พฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยระดับปานกลาง (2.61–3.40)

พฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยระดับดี (3.41–4.20)

พฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยระดับดีมาก (4.21–5.00)

ชุดที่ 3 แบบบันทึกการสังเกตการจัดการขยะมูลฝอยของครัวเรือนและชุมชน สำหรับเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพการจัดการขยะมูลฝอยของครัวเรือนและชุมชน

ระยะลงมือปฏิบัติตามแผนและสังเกตการณ์ (action and observation): ใช้คู่มือ

แนวทางการจัดการขยะมูลฝอยของกรมควบคุมมลพิษ โดยใช้หลัก 3R

ระยะสะท้อนการปฏิบัติ (reflection): ประกอบด้วย 2 ชุด ได้แก่ ชุดที่ 1 แนวทางการสนทนากลุ่มกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และผู้ใหญ่บ้าน เพื่อประเมินผลการเปลี่ยนแปลง และ ชุดที่ 2 แบบประเมินความรู้และพฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยของครัวเรือน และชุมชน ใช้เครื่องมือชุดเดียวกันขั้นตอนการวางแผน

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน วิเคราะห์ด้วย Paired t-test

ข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) ในส่วนของข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่ม และการสังเกตแบบมีส่วนร่วม

ผลการวิจัย

การศึกษาศาสนาการจัดการจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือนและชุมชนขององค์การบริหารส่วนตำบลหนองน้ำใส อำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น พบว่า ประชาชนส่วนใหญ่ที่ตอบแบบสอบถาม (154 คน) เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 59.1) มีอายุระหว่าง 51-60 ปี (ร้อยละ 35.1) มีสถานภาพสมรส (ร้อยละ 63.6) และมีการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 63.6) โดยมีอาชีพรับจ้างเป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 51.9)

การวิเคราะห์สถานการณ์การจัดการขยะมูลฝอยในพื้นที่

จากการศึกษาผ่านการสนทนากลุ่มโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน 2 หมู่บ้าน เผยให้เห็นการจัดการขยะชุมชนในพื้นที่ชนบท โดยประชาชนมีโอกาสร่วมกันวิเคราะห์สถานการณ์และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ กลุ่มดังกล่าวได้เล่าถึงสถานการณ์ว่า "ประมาณครึ่งหนึ่งของครัวเรือนไม่มีการคัดแยกขยะ" ซึ่งไม่ได้เกิดจากความไม่รู้หรือไม่เข้าใจ แต่เป็นผลมาจากการขาดแคลนเครื่องมือและระบบที่เหมาะสม ประชาชนบางส่วนยังคงมี "พฤติกรรมกาทิ้งขยะที่ไม่เป็นที่" ซึ่งสะท้อนถึงปัญหาที่ลึกกว่าการขาดความรู้คือการขาดความรู้ลึกเป็นเจ้าของและความรับผิดชอบร่วมต่อพื้นที่สาธารณะ

ประเด็นที่น่าสนใจคือ ประชาชนตอบเองว่า "พวกเขาขาดความตระหนักและไม่ค่อยมีส่วนร่วมในการจัดการขยะมูลฝอยของชุมชน" การยอมรับเช่นนี้ แสดงให้เห็นถึงการมีสำนึกในตนเองและความพร้อมที่จะเปลี่ยนแปลง ซึ่งเป็นจุดเริ่มต้นที่สำคัญในการแก้ไขปัญหา และจากการสนทนา ประชาชนชี้ให้เห็นปัญหาเรื่อง "การขาดถังขยะที่เพียงพอ" ซึ่งเป็นปัญหาพื้นฐานที่ส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมกาจัดการขยะ เมื่อไม่มีที่เหมาะสม ประชาชนจึงต้องหาทางออกด้วยตนเอง ส่งผลให้ "ครัวเรือนส่วนใหญ่เลือกใช้วิธีการกำจัดขยะโดยการเผาขยะ ซึ่งยังคงเป็นวิธีที่พบเห็นได้บ่อยที่สุด" ดังนั้น การเผาขยะในบริบทชนบทไม่ใช่เพียงแค่การขาดความรู้เรื่องผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อม แต่เป็นทางเลือกที่

จำเป็นเมื่อไม่มีระบบการจัดการขยะที่เหมาะสม แสดงให้เห็นถึงความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการสาธารณะระหว่างเมืองและชนบท

และแม้ว่า "องค์การบริหารส่วนตำบลเป็นหน่วยงานหลักในการเก็บขยะ" แต่ยังมีข้อจำกัดสำคัญ คือ "ความถี่ในการเก็บขยะและขนาดของรถขยะ" ที่ไม่เพียงพอต่อความต้องการ ข้อจำกัดนี้สะท้อนถึงปัญหาโครงสร้างของการบริหารจัดการท้องถิ่น ที่ต้องให้บริการพื้นที่กว้างขวางด้วยทรัพยากรที่จำกัด

กระบวนการวางแผนพัฒนาแนวทางการปฏิบัติ

จากผลการวิเคราะห์ดังกล่าว นำไปสู่ การวางแผน ซึ่งถูกออกแบบโดยคำนึงถึงการแก้ไข ปัญหาแบบองค์รวม แตกต่างจากแนวทางเดิมที่เน้นการจัดการแบบรวมศูนย์โดยหน่วยงานราชการ โดยเริ่มจากการระดมความคิดเห็นของผู้เกี่ยวข้อง เช่น ผู้ใหญ่บ้าน, ประธาน อสม. และตัวแทนครัวเรือน รวม 34 คน เพื่อพัฒนาแนวทางใหม่ที่มุ่งส่งเสริมความรู้ ความตระหนัก และการมีส่วนร่วมของประชาชน พร้อมปรับปรุงระบบจัดการขยะให้ครอบคลุมทุกครัวเรือน แนวทางใหม่ประกอบด้วย 3 กิจกรรมหลัก คือ

1) การสร้างแรงจูงใจ ผ่านโครงการรับซื้อขยะรีไซเคิล กิจกรรมแลกเปลี่ยน (เช่น ขยะอันตรายแลกไข่) และไข่ และการจัดตั้งธนาคารขยะที่ทำให้ประชาชนสะสมแต้มแลกของรางวัล ซึ่งต่างจากการดำเนินงานแบบเดิมที่ไม่มีกลไกจูงใจหรือการมีส่วนร่วมจากฐานล่าง นอกจากนี้ แผนใหม่ยังเสริมด้วย

2) การให้ความรู้ผ่านการอบรมเชิงปฏิบัติการและสื่อประชาสัมพันธ์ เช่น โปสเตอร์ แผ่นพับ และการใช้หอกระจายข่าวชุมชน ซึ่งสอดคล้องกับข้อเสนอแนะจากกลุ่มสนทนาที่ชี้ว่าชุมชนต้องการการสนับสนุนเชิงโครงสร้างมากกว่าการเพียงแค่ให้ความรู้ และ

3) การปรับปรุงระบบการจัดเก็บขยะเป็นอีกจุดเปลี่ยนสำคัญ โดยแผนใหม่เพิ่มรอบการเก็บ

ขยะเป็นสัปดาห์ละ 2 ครั้ง ดัดตั้งถังคัดแยกขยะให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ และจัดตั้งจุดทิ้งขยะส่วนกลางที่เหมาะสม ซึ่งตรงข้ามกับแนวทางเดิมที่ขาดแคลนถังขยะและรอบเก็บขยะไม่เพียงพอส่งผลให้ประชาชนต้องเผาขยะเอง แผนนี้เน้นการพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานและการใช้เทคโนโลยีเพื่อให้เกิดระบบจัดการขยะที่ยั่งยืนและเป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อม

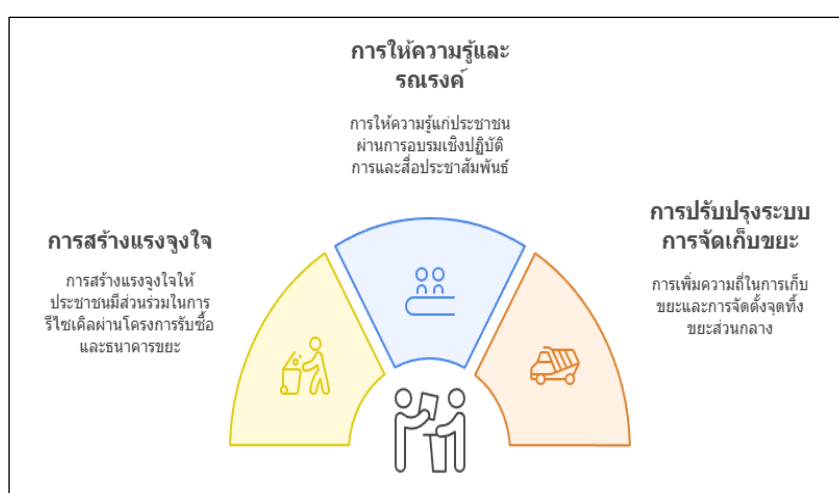


Figure 2: New Approaches to Household Solid Waste Management.

การดำเนินการตามแผนปฏิบัติการ

ได้ทดลองใช้แนวทางใหม่เป็นเวลา 1 เดือน ระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2568 ถึง 31 มกราคม 2568 ผลลัพธ์พบว่าชุมชนมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในทางที่ดีขึ้นอย่างชัดเจน

เช่น การคัดแยกขยะก่อนทิ้ง การลดปริมาณขยะ และการนำขยะกลับมาใช้ใหม่ ประชาชนมีความตื่นตัวและให้ความร่วมมือมากขึ้น แม้ยังมีความท้าทาย เช่น ความต่อเนื่องของพฤติกรรมและความพร้อมของทรัพยากรในการจัดเก็บขยะ



Figure 3: Implementation of Household Waste Management in the Area.

การสะท้อนผลการปฏิบัติและการปรับปรุงแผนการปฏิบัติ

จากการประชุมกับผู้เข้าร่วมทั้ง 34 คน เพื่อสะท้อนผลและปรับปรุงแผนปฏิบัติ พบว่า ประชาชนส่วนใหญ่เริ่มนำขยะอินทรีย์มาทำปุ๋ย หรืออาหารสัตว์ และมีการรีไซเคิลขยะ เช่น พลาสติกและขวดแก้ว มากขึ้น อย่างไรก็ตาม ยังมี บางส่วนที่เผาขยะอยู่ ที่ประชุมจึงได้เสนอ แนวทางปรับปรุง 4 ด้าน ได้แก่ 1) การสร้าง แรงจูงใจอย่างต่อเนื่อง 2) การปรับปรุงระบบ จัดเก็บขยะให้ครอบคลุม 3) การติดตามผลทุก 3 เดือนผ่านเครือข่ายชุมชน และ 4) การบรรจุแผน นโยบายพัฒนาท้องถิ่นเพื่อความยั่งยืนพร้อม จัดทำคู่มือเผยแพร่

และการสะท้อนผลลัพธ์ที่สำคัญผ่านการ ยืนยันด้วยผลวิเคราะห์ทางสถิติ จากข้อมูล

ผู้เข้าร่วมการสำรวจ 154 คน พบว่า ก่อนดำเนิน โครงการ ระดับความรู้ของประชาชนส่วนใหญ่ อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 64.9) ด้วยคะแนน เฉลี่ย 10.80 คะแนน และพฤติกรรมการจัดการ ขยะอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 46.1) ด้วย คะแนนเฉลี่ย 3.22 คะแนน ข้อมูลนี้สอดคล้องกับ สิ่งที่ชุมชนสะท้อนว่าพวกเขามีความรู้พื้นฐานแต่ ขาดการนำไปปฏิบัติอย่างเป็นระบบ สิ่งที่น่า ประทับใจคือ เมื่อมีการดำเนิน โครงการที่ เหมาะสมกับบริบทของชุมชน มีการเปลี่ยนแปลง เกิดขึ้นอย่างชัดเจน โดยประชาชนที่มีความรู้ ระดับสูงเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 96.1 และคะแนน เฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 13.69 คะแนน (Mean diff. = 2.89; 95% CI: 2.62, 3.16, p-value < 0.001) ในขณะที่พฤติกรรมจัดการขยะปรับปรุงขึ้น อย่างมีนัยสำคัญ โดยมีพฤติกรรมระดับดีและดี

มากรวมกันถึงร้อยละ 95.4 ด้วยคะแนนเฉลี่ย 4.18

คะแนน (Mean diff. = 0.96; 95% CI: 0.81, 1.11, p-value < 0.001)

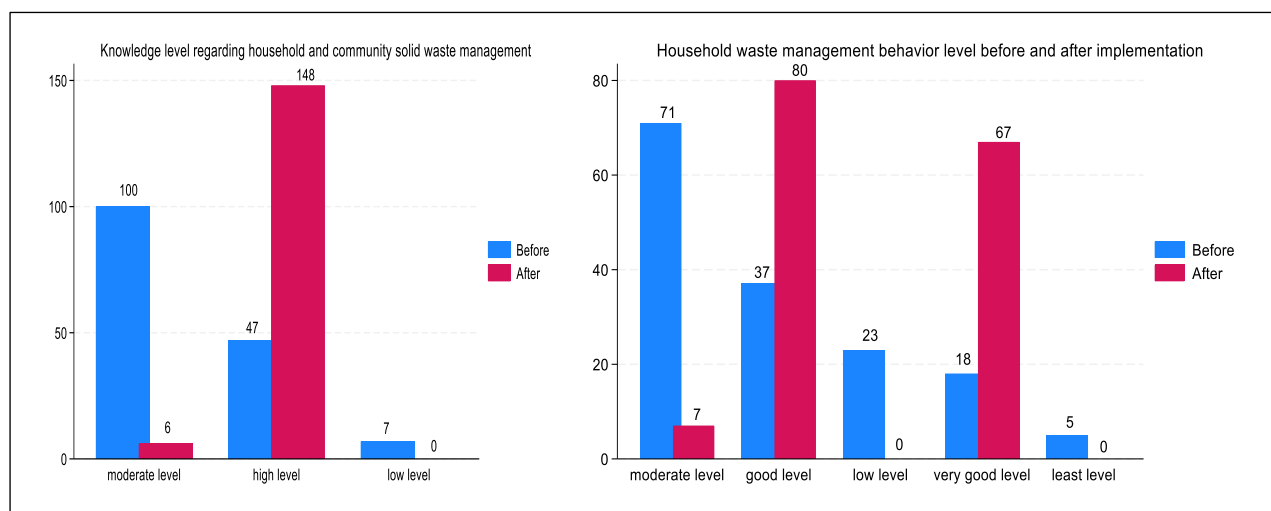


Figure 4: Knowledge and Behavior Levels in Household and Community Solid Waste Management Before and After Action Plan Implementation.

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษานี้ สามารถสรุปประเด็นการค้นพบที่มีคุณค่าทางวิชาการได้อย่างชัดเจนในหลายมิติ ซึ่งมีความสำคัญทั้งในเชิงทฤษฎีและการประยุกต์ใช้จริง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการจัดการปัญหาสิ่งแวดล้อมระดับชุมชนอย่างยั่งยืนดังนี้

การค้นพบที่สำคัญประการแรก คือ ความท้าทายต่อสมมติฐานเดิมในการวิจัยด้านสิ่งแวดล้อม ที่มักอธิบายว่าการจัดการขยะมูลฝอยในชุมชนส่วนใหญ่ล้มเหลวเนื่องจากการขาดความรู้หรือความตระหนักของประชาชน งานวิจัยนี้กลับชี้ให้เห็นว่า ปัญหาหลักอยู่ที่โครงสร้างพื้นฐานที่ไม่เอื้อต่อการปฏิบัติ เช่น การขาดถังขยะ การเก็บขยะไม่เพียงพอ และไม่มีระบบ

จัดการที่ครอบคลุม จึงส่งผลกระทบต่อประชาชน ถึงจะมีความรู้ แต่ไม่สามารถปรับพฤติกรรมตามต้องการได้ การค้นพบนี้สะท้อนให้เห็นว่าการแก้ปัญหาแบบเน้นการให้ความรู้เพียงอย่างเดียวอาจไร้ประสิทธิภาพ หากไม่ควบคู่กับการพัฒนาระบบและบริบทที่เอื้อต่อการเปลี่ยนแปลง

ประการถัดมา งานวิจัยนี้แสดงให้เห็นถึงคุณค่าของกระบวนการ "วิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม" (Participatory Action Research) ซึ่งเน้นให้ชุมชนมีบทบาทในการวิเคราะห์ปัญหา ออกแบบแนวทางแก้ไข และติดตามประเมินผล การที่ประชาชนกล้ายอมรับว่าตนเองขาดความตระหนักและมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เป็นจุดเริ่มต้นสำคัญของการเปลี่ยนแปลงที่แท้จริง ผลที่ได้คือ แนวทางการจัดการขยะที่เกิดขึ้น

สอดคล้องกับวิถีชีวิตของชุมชน และนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงเชิงพฤติกรรมอย่างยั่งยืน ซึ่งแตกต่างจากแนวทางแบบเดิมที่เน้นสั่งการจากหน่วยงานภาครัฐโดยขาดการมีส่วนร่วม

ผลลัพธ์เชิงปริมาณที่ได้จากการดำเนินแผนงานในระยะเวลาเพียงหนึ่งเดือน สนับสนุนด้วยสถิติอย่างมีนัยสำคัญ พบว่าทั้งระดับความรู้และพฤติกรรมของประชาชน พัฒนาเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน คะแนนเฉลี่ยด้านความรู้เพิ่มขึ้นจาก 10.80 เป็น 13.69 คะแนน ส่วนพฤติกรรมจัดการขยะเพิ่มขึ้นจาก 3.22 เป็น 4.18 คะแนน ซึ่งบ่งชี้ถึงประสิทธิภาพของแนวทางที่พัฒนาขึ้น ขณะเดียวกันยังมีการเปลี่ยนแปลงเชิงคุณภาพ เช่น การนำขยะอินทรีย์มาใช้ประโยชน์ และการรีไซเคิลขยะมากขึ้น สะท้อนถึงความยั่งยืนที่เริ่มก่อตัว

ในเชิงการปฏิบัติ งานวิจัยนี้นำเสนอแบบจำลองการพัฒนาแนวทางการจัดการขยะที่เป็นองค์รวม โดยผสานการสร้างแรงจูงใจ เช่น โครงการธนาคารขยะและการแลกของรางวัล การพัฒนาระบบบริการ เช่น เพิ่มรอบเก็บขยะ และการให้ความรู้ผ่านสื่อหลากหลาย แนวทางนี้สามารถนำไปปรับใช้ในชุมชนชนบทอื่น ๆ ได้ และแสดงให้เห็นถึงความสำคัญของการติดตามผลอย่างต่อเนื่อง และการบรรจุแผนงานลงในนโยบายระดับท้องถิ่นเพื่อรับรองความยั่งยืน

สุดท้าย การศึกษานี้มีนัยสำคัญเชิงวิชาการที่กว้างกว่าการจัดการขยะ กล่าวคือ เป็นการสะท้อนถึงการเปลี่ยนกรอบความคิดในงานพัฒนาชุมชนจากการวางนโยบายแบบ "บนลงล่าง" ไปสู่การส่งเสริมอำนาจของชุมชนในการ

เป็นผู้ร่วมสร้างนโยบายและแนวทางปฏิบัติด้วยตนเอง ซึ่งเป็นแนวโน้มสำคัญในงานวิจัยเชิงพื้นที่และการพัฒนาแบบยั่งยืนในศตวรรษที่ 21 และชี้ให้เห็นศักยภาพของการวิจัยแบบมีส่วนร่วมในการสร้างการเปลี่ยนแปลงที่แท้จริงในระดับฐานรากของสังคม

ข้อเสนอแนะ

1. ในงานวิจัยเชิงปฏิบัติการจัดการขยะ ควรเน้นการสร้างความร่วมมือระหว่างประชาชนองค์กร และหน่วยงานภาครัฐ เพื่อจัดการขยะอย่างยั่งยืนและเป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อม

2. ควรศึกษาแนวทางการจัดการขยะในพื้นที่ที่มีลักษณะเฉพาะ เช่น พื้นที่เกษตรกรรมหรือพื้นที่ท่องเที่ยว

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการทำวิจัยในมนุษย์ ของวิทยาลัยบัณฑิตเอเซีย เลขที่ CZSHE670037 วันที่ 9 ธันวาคม 2567

เอกสารอ้างอิง

1. ชมพูนุช ชัยรัตน์, ณัฐพล เมฆแดง. การจัดการขยะแบบมีส่วนร่วมของชุมชนเกาะพิทักษ์ อำเภอลำสนธิ จังหวัดฉะเชิงเทรา. วารสารนิติศาสตร์และสังคมท้องถิ่น 2564;5(1):29-49.
<https://so04.tci-thaijo.org/index.php/Ilsj/article/view/247343>

2. Buchholz K. A World of Waste. [Internet]. 2022. [cited 2024 June 15]. Available from: <https://www.statista.com/chart/18732/waste-generated-country>
3. กรมควบคุมมลพิษ กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม. ระบบสารสนเทศด้านการจัดการขยะมูลฝอยชุมชน ปี 2566. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 1 สิงหาคม 2567] เข้าถึงได้จาก: https://www.pcd.go.th/wp-content/uploads/2024/05/pcdnew-2024-05-09_07-53-50_682275.pdf
4. เทศบาลเมืองทุ่งสง. ปัญหาขยะมูลฝอย, ผลกระทบจากขยะมูลฝอยต่อสิ่งแวดล้อม. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 12 มิถุนายน 2567] เข้าถึงได้จาก https://www.tungsong.com/Environment/Garbage_n/garbage_07.html
5. เอนก ฝ้ายจำปา. การพัฒนารูปแบบการจัดการขยะแบบมีส่วนร่วมขององค์การบริหารส่วนตำบลจอมศรี อำเภอเขียงคาน จังหวัดเลย. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน 2563;6(2):124-42. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/ajcph/article/view/247406>
6. กิตติมา เนตรพุททนะ. การพัฒนากระบวนการจัดการขยะของโรงเรียนเกาะพะงันศึกษา อำเภอเกาะพะงัน จังหวัดสุราษฎร์ธานี. การค้นคว้าอิสระ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี, 2563. <http://ir.sru.ac.th/handle/123456789/774>
7. ทิวากรณ์ ราชูธร, ทองทิพย์ สดะวงษ์ลักษณ์, พุฒิพงศ์ สัตยวงศ์ทิพย์. การพัฒนาศักยภาพแกนนำครัวเรือนในการจัดการขยะมูลฝอยตำบลหนองพลวง อำเภोजักราช จังหวัดนครราชสีมา. วารสารสาธารณสุข มหาวิทยาลัยบูรพา 2563;15(1):14-25. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/phjbuu/article/view/183513>
8. สิทธิพร เขาค้อน, กฤษณะ ดาราเรือง, สมเดช สิทธิพงศ์พิทยา. การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเพื่อการบริหารจัดการขยะชุมชนฐานราก: องค์การบริหารส่วนตำบลลำพยนต์ อำเภอตากฟ้า จังหวัดนครสวรรค์. วารสารวิจัยมหาวิทยาลัยเวสเทิร์น มนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ 2564;7(2):181-91. <https://so04.tci-thaijo.org/index.php/WTURJ/article/view/254289>
9. Kemmis S, McTaggart R, [editor]. The action research planner. 3rd ed. Victoria: Deakin University, 1988.
10. Yamane T. Statistics: An Introductory Analysis. 3rd ed. New York, Harper & Row, 1973.
11. Bloom BS. Taxonomy of Educational Objectives: The Classification of Educational Goals. New York: Longman, 1986.

12. อกิณญญา กิจเกิดแสง. พฤติกรรมและความรู้
ของประชาชนในการจัดขยะอิเล็กทรอนิกส์
กรณีศึกษา ตำบลหัวโพ จังหวัดราชบุรี.
วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชา
การจัดการภาครัฐและภาคเอกชน บัณฑิต
วิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร, 2561.

<http://ithesis->

ir.su.ac.th/dspace/handle/123456789/2003

ปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จังหวัดชัยภูมิ

พิรญา วันนา, ส.บ.*

นพรัตน์ เสนาฮาด, ส.ค.**

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวางนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอ จังหวัดชัยภูมิ ศึกษาในกลุ่มตัวอย่าง 139 คน โดยการสุ่มแบบชั้นภูมิ จาก 16 อำเภอ ใช้เครื่องมือวิจัย คือแบบสอบถาม ทดสอบความเที่ยงด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach's Alpha Coefficient = 0.98) และการทดสอบทางสถิติด้วยสถิติพรรณนา และสถิติเชิงอนุมาน Pearson correlation และ Multiple linear regression

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 56.8) อายุเฉลี่ย 46 ปี และมีระยะเวลาการเป็นคณะกรรมการเฉลี่ย 2 ปี ผลวิจัยพบว่า กระบวนการบริหาร (Mean = 4.09, S.D. = 0.43) และการดำเนินงานของคณะกรรมการ (Mean = 3.96, S.D. = 0.46) อยู่ในระดับมาก ในด้านกระบวนการบริหาร การวางแผนมีค่าเฉลี่ยสูงสุด (4.17) รองลงมาคือการจัดการองค์การ (4.15) ขณะที่การอำนวยการมีค่าน้อยที่สุด (4.03) ส่วนด้านการดำเนินงาน การทำงานเป็นทีมมีค่าเฉลี่ยสูงสุด (4.13) ตามด้วยการมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่าย (4.00) และการให้ความสำคัญกับประชาชนกลุ่มเป้าหมายมีค่าน้อยที่สุด (3.89) ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณระบุว่า การอำนวยการ ($B = 0.271, p = 0.012$) การวางแผน ($B = 0.269, p = 0.003$) และการบริหารงานบุคคล ($B = 0.341, p = 0.003$) สามารถพยากรณ์การดำเนินงานได้ร้อยละ 49.2 ($R^2 = 0.492, p < 0.001$) โดยการบริหารงานบุคคลมีอิทธิพลสูงสุด

ผลการวิจัยนี้ชี้ว่า การพัฒนาคุณภาพการดำเนินงานควรเน้นการบริหารงานบุคคล การอำนวยการ และการวางแผนตามลำดับ งานวิจัยนี้มีคุณค่าทางวิชาการ โดยนำเสนอข้อมูลเชิงประจักษ์ที่เป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาการดำเนินงานของคณะกรรมการในอนาคต

คำสำคัญ: กระบวนการบริหาร, การดำเนินงาน, คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

*นักศึกษาระดับปริญญาตรี สาขาสถาปัตยกรรมศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารสาธารณสุข มหาวิทยาลัยขอนแก่น

**ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

** ผู้ประพันธ์บรรณกิจ: นพรัตน์ เสนาฮาด, E-mail: noppse@kku.ac.th

Factors influencing the implementation of district health board in Chaiyaphum Province

Peeraya Wanna, B.P.H.*

Nopparat Senahad, Dr.P.H.**

Abstract

This cross-sectional analytical study aimed to investigate the factors influencing the performance of the District Quality of Life Development Committee (DQDC) in Chaiyaphum Province, Thailand. A stratified random sampling technique was employed to recruit 139 participants from 16 districts. Data were collected using a structured questionnaire, with reliability confirmed by Cronbach's alpha coefficient of 0.98. Data analysis involved descriptive statistics and inferential statistics, including Pearson correlation and multiple linear regression analysis.

The majority of participants were male (56.8%) with an average age of 46 years and an average committee service duration of 2 years. The findings revealed that both the administrative process (Mean = 4.09, SD = 0.43) and committee performance (Mean = 3.96, SD = 0.46) were at a high level. Within the administrative process, planning received the highest mean score (4.17), followed by organizational management (4.15), while directing had the lowest score (4.03). In terms of performance, teamwork had the highest mean score (4.13), followed by community and network participation (4.00), whereas prioritizing target populations scored the lowest (3.89). Multiple linear regression analysis indicated that directing ($B = 0.271$, $p = 0.012$), planning ($B = 0.269$, $p = 0.003$), and personnel management ($B = 0.341$, $p = 0.003$) significantly predicted committee performance, collectively explaining 49.2% of the variance ($R^2 = 0.492$, $p < 0.001$), with personnel management having the strongest influence.

This study highlights the importance of focusing on personnel management, directing, and planning to enhance the quality of committee performance. The findings provide valuable empirical evidence for improving the operational effectiveness of the DQDC in the future.

Keywords : Demographic Characteristics, Administrative Process, District Health Board

*Master of public health (Public Health Administration) Candidate, Department of public Health Administration, Faculty of public Health, Khon Kean University

**Assistant Professor, Department of Public Health Administration, Faculty of Public Health, Khon Khean University

** Corresponding author: Nopparat Senahad, E-mail: noppse@kku.ac.th

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนเป็นเป้าหมายสำคัญในยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (พ.ศ. 2561-2580) ที่มุ่งนำประเทศไปสู่ความมั่นคง มั่งคั่ง และยั่งยืน โดยเน้นการบูรณาการความร่วมมือระหว่างภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน⁽¹⁾ เพื่อขับเคลื่อนเป้าหมายดังกล่าว รัฐบาลได้ออกระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ. 2561 กำหนดให้มีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ในทุกอำเภอทั่วประเทศ⁽²⁾

กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดนโยบายยกระดับคุณภาพชีวิตของประชาชนเพื่อบรรลุวิสัยทัศน์ "ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน" ผ่านกลไกการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ โดยมุ่งเน้นการบูรณาการการทำงานระหว่างหน่วยงานต่าง ๆ ในทุกระดับ⁽³⁾ จังหวัดชัยภูมิได้ดำเนินการตามนโยบายดังกล่าว โดยส่งเสริมการพัฒนาและบริหารจัดการเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอครอบคลุมทั้ง 16 อำเภอ ให้ความสำคัญกับการพัฒนาบทบาทภาคประชาชน ท้องถิ่น และทุกภาคส่วน เพื่อลดปัญหาและปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ

อย่างไรก็ตาม การดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตในพื้นที่ใกล้เคียงพบปัญหาสำคัญหลายประการ โดยการศึกษาในพื้นที่จังหวัดนครราชสีมาพบว่า 1) รูปแบบการดำเนินงานยังไม่เป็นรูปธรรมชัดเจนและมีการทำงานแบบแยกส่วน 2) ผู้บริหารระดับสูงมีการโยกย้ายบ่อยและให้ความสำคัญไม่เพียงพอ 3) การจัดการทรัพยากรขาดประสิทธิภาพและข้อมูลไม่เป็นระบบ⁽⁴⁾ ส่วนการ

ดำเนินงานในเขตสุขภาพที่ 9 ซึ่งรวมถึงจังหวัดชัยภูมิ พบปัญหา 1) ขาดการบูรณาการและการมีส่วนร่วมระหว่างภาคส่วนต่าง ๆ 2) การติดตามประเมินผลไม่ต่อเนื่อง และ 3) ประเด็น พชอ. มีความหลากหลาย⁽⁵⁾

การบริหารจัดการเป็นหัวใจสำคัญของการขับเคลื่อนการทำงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ซึ่งประกอบด้วยกระบวนการสำคัญ ได้แก่ การวางแผน การจัดองค์กร การบริหารงานบุคคล การอำนวยการ และการควบคุมกำกับ ทั้งนี้ การทำงานมีความซับซ้อนเนื่องจากต้องบูรณาการจากหลายภาคส่วน โดยคณะกรรมการฯ มีความหลากหลายทั้งด้านอายุ การศึกษา อาชีพ และประสบการณ์

ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาคุณลักษณะทางประชากรและกระบวนการบริหารที่มีผลต่อการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอในจังหวัดชัยภูมิ เพื่อเป็นแนวทางและข้อเสนอเชิงนโยบายในการบริหารจัดการระบบสุขภาพระดับอำเภอและตำบลให้มีศักยภาพในการรองรับนโยบาย ประสานให้เกิดการทำงานแบบบูรณาการทั้งในเชิงปฏิบัติการและการบริหารจัดการอย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน

ผลการศึกษาจะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอทั้งในจังหวัดชัยภูมิและพื้นที่อื่น ๆ ที่มีบริบทใกล้เคียง เพื่อให้สามารถขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ ตอบสนองต่อความต้องการและแก้ไขปัญหาของประชาชนในพื้นที่ได้อย่างแท้จริง

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอ จังหวัดชัยภูมิ

กรอบแนวคิดในการวิจัย

งานวิจัยนี้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอในจังหวัดชัยภูมิ โดยกำหนดตัวแปรอิสระคือคุณลักษณะทางประชากร (เพศ, อายุ, สถานภาพสมรส, การศึกษา, ตำแหน่ง, รายได้, ระยะเวลาการเป็นกรรมการ) และกระบวนการบริหาร

ระยะเวลาการเป็นกรรมการ) และกระบวนการบริหาร (การวางแผน, การจัดการองค์กร, การบริหารงานบุคคล, การอำนวยการ, การควบคุมกำกับ) ซึ่งคาดว่าจะมีอิทธิพลต่อตัวแปรตามคือการดำเนินงานของคณะกรรมการฯ (การทำงานเป็นทีม, การให้ความสำคัญกับประชาชน, การมีส่วนร่วมของชุมชน, การขึ้นชมและให้คุณค่า, การแบ่งปันทรัพยากร) ผลการวิจัยจะใช้เพื่อระบุปัจจัยสำคัญที่ควรพัฒนา เพื่อยกระดับประสิทธิภาพการดำเนินงานและคุณภาพชีวิตของประชาชนอย่างยั่งยืน

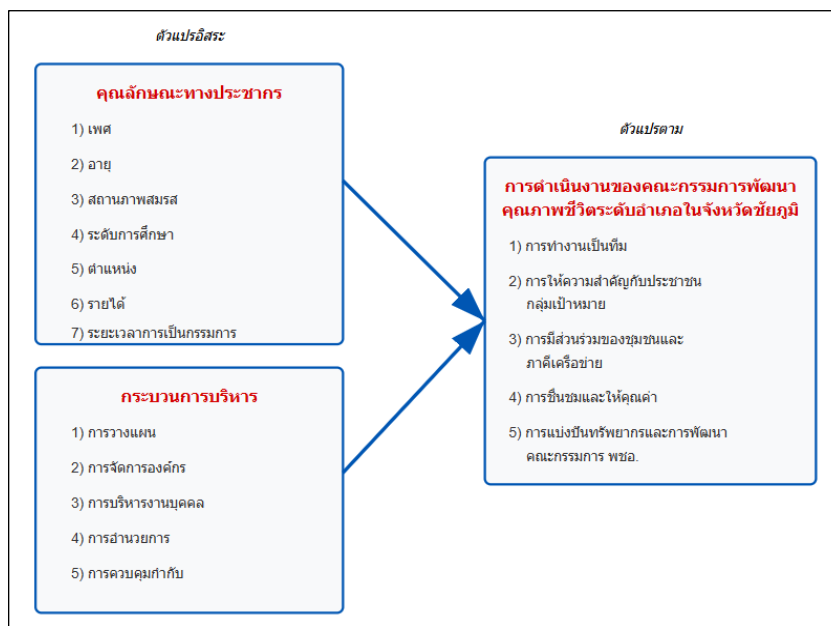


Figure 1: Research Framework.

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Cross-Sectional Analysis Research) ศึกษาในกลุ่มคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

จังหวัดชัยภูมิ ระหว่างเดือนพฤษภาคม 2567 - เมษายน 2568

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ ศึกษาในกลุ่มคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอจากทั้ง 16 อำเภอในจังหวัดชัยภูมิ ซึ่งมีประชากรทั้งสิ้น 338 คน ผู้วิจัย

ได้คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของ Cohen (1988)⁽⁶⁾ เพื่อเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ ได้จำนวนตัวอย่างเท่ากับ 127 คน

อย่างไรก็ตาม เนื่องจากการเก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามอาจเกิดการสูญหายหรือได้รับแบบสอบถามที่ไม่สมบูรณ์ ผู้วิจัยจึงปรับเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของออรุณ จิรวินน์กุล (2558)⁽⁷⁾ คือ $n_{adj} = n/(1-R)$ โดย R เป็นสัดส่วนของกลุ่มตัวอย่างที่คาดว่าจะสูญหาย ทำให้ได้กลุ่มตัวอย่างสุดท้ายจำนวน 139 คน

การเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการสุ่มแบบแบ่งชั้นภูมิ (Stratified Random Sampling) โดยแบ่งประชากรตามวิชาชีพและคำนวณจำนวนตัวอย่างในแต่ละกลุ่มตามสัดส่วนของประชากร การคัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัยมีเกณฑ์การคัดเลือกคือ ต้องเป็นผู้ที่ได้รับการแต่งตั้งเป็นกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภออย่างเป็นทางการ และมีระยะเวลาการปฏิบัติงานไม่น้อยกว่า 1 ปี ส่วนเกณฑ์การคัดออกคือ ผู้ที่ไม่สนใจหรือไม่ให้ความยินยอมในการเข้าร่วมโครงการวิจัย

เครื่องมือในการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้แบบสอบถาม (Questionnaire) มีรายละเอียดดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถาม (Questionnaire) มีทั้งหมด 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับลักษณะทางประชากรศาสตร์ของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จังหวัดชัยภูมิ ประกอบด้วย อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับ

การศึกษา ตำแหน่ง รายได้ และประสบการณ์การทำงาน โดยลักษณะคำถามเป็นคำถามปลายปิดให้เลือกตอบและคำถามแบบปลายเปิดให้เติมข้อความลงในช่องว่างตามความเป็นจริง

ส่วนที่ 2 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับกระบวนการบริหารที่มีผลต่อการดำเนินงานคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จังหวัดชัยภูมิ จำนวน 25 ข้อ ประกอบด้วย 5 ด้าน ได้แก่ 1) การวางแผน 2) การจัดการองค์กร 3) การบริหารทรัพยากรบุคคล 4) การอำนวยความสะดวก และ 5) การควบคุม กำกับ โดยมีลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วน ประมาณค่า (Rating Scale) มีคำตอบให้เลือก 5 ระดับ (5,4,3,2,1)

ส่วนที่ 3 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับการดำเนินงานคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จังหวัดชัยภูมิ จำนวน 30 ข้อ ประกอบไปด้วย 6 ด้าน 1) การทำงานเป็นทีมร่วมกันในระดับอำเภอ 2) การให้ความสำคัญกับกลุ่มเป้าหมายและประชาชน 3) การมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่าย 4) การชื่นชมและให้คุณค่า 5) การแบ่งปันทรัพยากรและการพัฒนาคณะกรรมการ พชอ. 6) การแก้ไขปัญหาหรือการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนตามบริบทของพื้นที่ โดยมีลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วน ประมาณค่า (Rating Scale) มีคำตอบให้เลือก 5 ระดับ (5,4,3,2,1)

ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยให้ผู้รับผิดชอบงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอเป็นผู้ประสานงานกับกลุ่มตัวอย่าง คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอในจังหวัดชัยภูมิ ระหว่าง ธันวาคม 2567 – มกราคม 2568 มีผู้ตอบแบบสอบถามทั้งสิ้น 139 คน คิดเป็น ร้อยละ 100

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยใช้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน และนำมาหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Item Objective Congruence : IOC) จำนวน 62 ข้อ พบว่า ทุกข้อมีค่าดัชนีความสอดคล้องเท่ากับ 1 และการตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยจะนำแบบสอบถามที่ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบและได้แก้ไขปรับปรุงตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญไปทดลองใช้ (Try Out) กับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอในจังหวัดนครราชสีมา โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ ค่าความเที่ยงของแบบสอบถาม 0.98

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติเชิงพรรณนาเพื่ออธิบายลักษณะต่างๆ ของข้อมูล โดยเน้นการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าสูงสุด และค่าต่ำสุด เพื่อให้ได้ภาพรวมของคุณลักษณะส่วนบุคคล เช่น เพศ อายุ การศึกษา รวมถึงกระบวนการบริหารและระดับการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอ

การวิเคราะห์เชิงอนุมาน เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของลักษณะส่วนบุคคล และกระบวนการบริหาร กับระดับการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอ ใช้การวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's r) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$

และศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลและความสัมพันธ์เชิงสาเหตุต่อระดับการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอ ใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Linear Regression) การรายงานผลใช้ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$ และนำเสนอในรูปแบบตาราง พร้อมค่าสถิติที่เกี่ยวข้อง เช่น ค่าระดับความสัมพันธ์ (B) พร้อมช่วงเชื่อมั่นร้อยละ 95, ค่าสถิติทดสอบ (t) และค่าความน่าจะเป็น (p-value)

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไป, ระดับการดำเนินงาน และการบริหารของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอ

การศึกษานี้มีกลุ่มตัวอย่าง 139 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 56.8) มีอายุเฉลี่ย 46 ปี (S.D. = 10.56 ปี) มีสถานภาพสมรส (ร้อยละ 68.3) และสำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไป (ร้อยละ 86.3) โดยมีรายได้เฉลี่ย 40,567 บาท และมีประสบการณ์เป็นคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอในช่วง 1-2 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 45.3)

จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า ระดับการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอโดยรวมอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 3.96 (S.D. = 0.46) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านที่มีประสิทธิภาพสูงสุดคือ การทำงานเป็นทีม ซึ่งอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 4.13 (S.D. = 0.51) รองลงมาคือ การมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่าย อยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 4.00 (S.D. = 0.61) ในขณะที่ด้านที่ต้องได้รับการพัฒนาเป็นอันดับแรกคือ

การให้ความสำคัญกับประชาชนกลุ่มเป้าหมาย
ซึ่งแม้จะอยู่ในระดับมาก แต่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด 3.89

(S.D. = 0.60) รองลงมาคือ การชื่นชมและให้คุณค่า
มีค่าเฉลี่ย 3.90 (S.D. = 0.53) ดังแสดงใน Table 1

Table 1: The Implementation of District Health Board in Chaiyaphum Province

การดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอในจังหวัดชัยภูมิ	Mean	S.D.	แปลผล
1. การทำงานเป็นทีม	4.13	0.51	มาก
2. การให้ความสำคัญกับประชาชนกลุ่มเป้าหมาย	3.89	0.60	มาก
3. การมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่าย	4.00	0.61	มาก
4. การชื่นชมและให้คุณค่า	3.90	0.53	มาก
5. การแบ่งปันทรัพยากรและการพัฒนาคณะกรรมการ พชอ.	3.92	0.50	มาก
6. การแก้ไขปัญหา/การพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนตามบริบทของพื้นที่	3.91	0.57	มาก
รวม	3.96	0.46	มาก

และการวิเคราะห์กระบวนการบริหารของ
คณะกรรมการสุขภาพระดับอำเภอในจังหวัดชัยภูมิ
พบว่า โดยรวมอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 4.09 (S.D.
= 0.43) ซึ่งแสดงให้เห็นว่า คณะกรรมการมี
ประสิทธิภาพในการบริหารจัดการในระดับที่น่า
พอใจ และมีความสม่ำเสมอในการปฏิบัติงาน
ค่อนข้างสูง เนื่องจากค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานอยู่ใน
ระดับต่ำ เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า การ
วางแผนเป็นจุดแข็งที่โดดเด่นที่สุดของการบริหาร
มีค่าเฉลี่ยสูงสุด 4.17 (S.D. = 0.53) ตามด้วยการ
จัดการองค์กร มีค่าเฉลี่ย 4.15 (S.D. = 0.54) ส่วนการ
บริหารงานบุคลากรมีค่าเฉลี่ย 4.07 (S.D. = 0.45)
และการควบคุมกำกับมีค่าเฉลี่ย 4.05 (S.D. = 0.54)
ในขณะที่การอำนวยการมีค่าเฉลี่ยต่ำสุด 4.03 (S.D.
= 0.53) แม้ว่าจะยังคงอยู่ในระดับมาก

ประเด็นสำคัญที่ค้นพบคือ คณะกรรมการ
มีความเข้มแข็งในการวางแผนและการจัดการ
องค์กร ซึ่งเป็นพื้นฐานสำคัญของการบริหารที่มี
ประสิทธิภาพ อย่างไรก็ตาม การอำนวยการซึ่งเป็น
กระบวนการที่เกี่ยวข้องกับการประสานงานและ
การสื่อสารระหว่างหน่วยงาน ยังมีช่องว่างในการ
พัฒนาเมื่อเปรียบเทียบกับด้านอื่น ๆ นอกจากนี้
ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของการบริหารงานบุคลากรที่
ต่ำที่สุด (0.45) แสดงให้เห็นว่า คณะกรรมการมี
มาตรฐานและแนวทางปฏิบัติในการบริหาร
บุคลากรที่สม่ำเสมอมากที่สุดในด้านนี้ ดังแสดงใน
Table 2

Table 2: Administrative Process of the District Health Board in Chaiyaphum Province

กระบวนการบริหาร	Mean	S.D.	แปลผล
1. การวางแผน	4.17	0.53	มาก
2. การจัดการองค์กร	4.15	0.54	มาก
3. การบริหารงานบุคลากร	4.07	0.45	มาก
4. การอำนวยการ	4.03	0.53	มาก
5. การควบคุมกำกับ	4.05	0.54	มาก
ภาพรวมกระบวนการบริหาร	4.09	0.43	มาก

ความสัมพันธ์เบื้องต้นระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคล, กระบวนการบริหาร และระดับการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอ

จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ มีข้อค้นพบที่น่าสนใจหลายประการ โดยพบว่า พบว่า รายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดำเนินงานในระดับ

ปานกลาง ($r = 0.361$) มากกว่าอายุ ($r = 0.276$) และระยะเวลาการเป็นคณะกรรมการ ($r = 0.243$) ซึ่งมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ สิ่งนี้แสดงให้เห็นว่าฐานะทางเศรษฐกิจที่ดีขึ้นอาจส่งผลต่อความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ของคณะกรรมการได้ดีกว่า โดยอาจเนื่องมาจากความมั่นคงทางการเงินทำให้สามารถอุทิศเวลาและทรัพยากรในการทำงานเพื่อชุมชนได้มากขึ้น ดัง

Table 3

Table 3: Relationship of characteristic and implementation of District Health Board

ลักษณะทางประชากรศาสตร์	การดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอในจังหวัดชัยภูมิ		
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ของ		ระดับความสัมพันธ์
	เพียร์สัน(r)	P-value	
1. อายุ	0.276***	<0.001	ต่ำ
2. ระยะเวลาเป็นคณะกรรมการ	0.243***	0.004	ต่ำ
3. รายได้	0.361***	<0.001	ปานกลาง

*** Correlation is significant at the 0.001 level (2-tailed)

ประเด็นสำคัญที่สุด พบใน Table 4 ซึ่งแสดงว่า กระบวนการบริหารมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดำเนินงานในระดับสูง ($r = 0.707$, p

<0.001) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า การอำนวยการมีความสัมพันธ์สูงสุด ($r = 0.639$)

ตามด้วยการบริหารงานบุคลากร ($r = 0.622$) การวางแผน ($r = 0.593$) การควบคุมกำกับ ($r = 0.549$) และการจัดการองค์กร ($r = 0.545$) ตามลำดับ ทุกด้านมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.001$

Table 4: Relationship of administrative process and implementation of district health board

กระบวนการบริหาร	การดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอในจังหวัดชัยภูมิ		
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน(r)	P-value	ระดับความสัมพันธ์
กระบวนการบริหาร	0.707***	<0.001	สูง
1. การวางแผน	0.593***	<0.001	ปานกลาง
2. การจัดการองค์กร	0.545***	<0.001	ปานกลาง
3. การบริหารงานบุคลากร	0.622***	<0.001	ปานกลาง
4. การอำนวยการ	0.639***	<0.001	ปานกลาง
5. การควบคุมกำกับ	0.549***	<0.001	ปานกลาง

*** Correlation is significant at the 0.001 level (2-tailed)

ปัจจัยที่มีผลต่อระดับการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอ

จากการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน พบว่ากระบวนการบริหารสามด้านมีผลต่อการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของการดำเนินงานได้ร้อยละ 49.2 ($R^2 = 0.492$) หรือร้อยละ 48.1 เมื่อปรับค่าแล้ว ($R^2 \text{ adj} = 0.481$)

ตัวแปรแรกที่มีอิทธิพลคือ การอำนวยการ ซึ่งสามารถอธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 40.9 ($B = 0.271, p = 0.012$) เมื่อเพิ่มตัวแปรการวางแผน ($B = 0.269, p = 0.003$) ทำให้ประสิทธิภาพการทำงาน

เพิ่มขึ้นอีกร้อยละ 4.9 และเมื่อเพิ่มการบริหารงานบุคคล ซึ่งมีค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยสูงที่สุด ($B = 0.341, p = 0.003$) ทำให้ประสิทธิภาพการทำงานเพิ่มขึ้นอีกร้อยละ 3.4 จนได้เป็นร้อยละ 49.2 โดยรวม

สมการพยากรณ์การดำเนินงานของคณะกรรมการฯ คือ $Y = 1.244 + 0.271$ (การอำนวยการ) + 0.269 (การวางแผน) + 0.341 (การบริหารงานบุคคล) ซึ่งมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.001$ แสดงให้เห็นว่าหากต้องการพัฒนาการดำเนินงานของคณะกรรมการฯ ควรให้ความสำคัญกับการพัฒนากระบวนการบริหารทั้งสามด้านนี้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งด้านการบริหารงานบุคคลซึ่งมีอิทธิพลสูงสุด ตามด้วยการอำนวยการและการวางแผนตามลำดับ

Table 5: Regression coefficients of the input variables equation with the role operation District Health Board

ตัวแปร	B	95% CI		T	P-value	R ²	R ² adj	R ² Change
		Lower	Upper					
1. การอำนวยการ	0.271	0.060	0.482	2.536	0.012	0.409	0.405	-
2. การวางแผน	0.269	0.096	0.441	3.077	0.003	0.458	0.450	0.049
3. การบริหารงานบุคคล	0.341	0.118	0.564	3.022	0.003	0.492	0.481	0.034

ค่าคงที่=1.244, P-value<0.001, R=0.702, R²=0.492, R² adj=0.481

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอในจังหวัดชัยภูมิ พบผลการวิจัยที่น่าสนใจและสามารถอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์การวิจัยได้ดังนี้

ผลการวิเคราะห์พบว่า กระบวนการบริหาร 3 ด้าน ได้แก่ การอำนวยการ การวางแผน และการบริหารงานบุคคล สามารถร่วมกันพยากรณ์การดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอในจังหวัดชัยภูมิ ได้ร้อยละ 49.2 (R²=0.492, p<0.001) โดยมีรายละเอียดดังนี้

การอำนวยการ เป็นปัจจัยแรกที่เข้าสู่สมการพยากรณ์ (B=0.271, p=0.012) สามารถอธิบายความแปรปรวนของการดำเนินงานได้ร้อยละ 40.9 ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิด⁽⁸⁾ ที่อธิบายว่าการอำนวยการเป็นหน้าที่เกี่ยวกับการตัดสินใจที่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงไปในทางสร้างสรรค์ มีการมอบหมายหน้าที่ การจูงใจ การประสานงาน และการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงาน ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้องค์กรบรรลุวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้⁽⁹⁾ นอกจากนี้ ยังสอดคล้องกับงานวิจัยที่พบว่ากระบวนการบริหารด้านการอำนวยการมีผลต่อความสุขในการปฏิบัติงานของทันตบุคลากรในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล⁽¹⁰⁾

การวางแผน เป็นปัจจัยที่สองที่เข้าสู่สมการพยากรณ์ (B=0.269, p=0.003) เมื่อเพิ่มตัวแปรนี้ ทำให้ความสามารถในการอธิบายความแปรปรวนเพิ่มขึ้นอีกร้อยละ 4.9 (R² Change=0.049) สอดคล้องกับงานวิจัยที่พบว่ากระบวนการบริหารด้านการวางแผนเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการปฏิบัติงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอในจังหวัดอุบลราชธานี⁽¹¹⁾ และงานวิจัยที่พบว่ากระบวนการวางแผนมีความสำคัญต่อการปฏิบัติตามบทบาทของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอในเขตสุขภาพที่ 10 การวางแผนที่ดีจะช่วยกำหนดทิศทางเป้าหมาย และวิธีการดำเนินงานที่ชัดเจน ทำให้การปฏิบัติงานมีประสิทธิภาพมากขึ้น⁽¹²⁾

การบริหารงานบุคคล เป็นปัจจัยที่สามที่เข้าสู่สมการพยากรณ์ (B = 0.341, p = 0.003) และมีค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยสูงที่สุด เมื่อเพิ่มตัวแปรนี้ ทำให้ความสามารถในการอธิบายความแปรปรวนเพิ่มขึ้นอีกร้อยละ 3.4 (R² Change = 0.034) สอดคล้องกับงานวิจัยที่พบว่าการบริหารงานบุคคลเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการปฏิบัติงานคลินิกหมอครอบครัวของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในจังหวัดนครราชสีมา⁽¹³⁾ และพบว่าปัจจัยด้านการบริหารงานบุคคลมีผลต่อการปฏิบัติงานของทีมหมอครอบครัวในเขตอำเภอเมือง

จังหวัดอุดรธานี เนื่องจากการบริหารงานบุคคล เกี่ยวข้องกับการคัดเลือก พัฒนาและจูงใจบุคลากรให้ ปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งบุคลากรเป็น ทรัพยากรสำคัญในการขับเคลื่อนการดำเนินงานของ องค์กร⁽¹⁴⁾

ที่น่าสังเกตคือ ปัจจัยด้านการจัดการองค์กร และการควบคุมกำกับไม่ได้เข้าสู่สมการพยากรณ์ แม้ว่าจะมีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานของ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอใน ระดับปานกลาง ($r=0.545, p<0.001$ และ $r=0.549, p<0.001$ ตามลำดับ) ซึ่งอาจเนื่องมาจากปัจจัยทั้งสองมี ความสัมพันธ์กับปัจจัยที่เข้าสู่สมการพยากรณ์แล้ว ทำให้ไม่สามารถเพิ่มประสิทธิภาพการพยากรณ์ได้อย่างมี นัยสำคัญ สอดคล้องกับงานวิจัยที่พบว่ากระบวนการ บริหารด้านการจัดการองค์กรและการควบคุมกำกับไม่ มีอิทธิพลต่อการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนา เครือข่ายระบบบริการสุขภาพระดับอำเภอในจังหวัด กาฬสินธุ์⁽¹⁵⁾

สรุป การวิจัยนี้ศึกษาปัจจัยขับเคลื่อนการ ดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต ระดับอำเภอในจังหวัดชัยภูมิ พบว่ากระบวนการ บริหาร โดยเฉพาะการบริหารงานบุคคล การ อำนาจการ และการวางแผน เป็นตัวแปรหลักที่ ร่วมกันอธิบายประสิทธิภาพการทำงานได้ถึงร้อยละ 49.2 แม้กระบวนการบริหารและการดำเนินงาน โดยรวมอยู่ในระดับดี แต่การมีส่วนร่วมของ ประชาชนกลุ่มเป้าหมายยังเป็นจุดอ่อนที่ต้องพัฒนา ผลการศึกษาชี้ว่าการเสริมสร้างศักยภาพบุคลากร การสื่อสารเชิงนโยบายที่ชัดเจน และการออกแบบ แผนงานตามบริบทพื้นที่ เป็นกลไกสำคัญที่จะ

ยกระดับการทำงานขององค์กรภาครัฐในบริบท ชุมชนได้อย่างยั่งยืน

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะสำหรับการนำผลการวิจัยไปใช้

1. จากผลการวิจัยที่พบว่า การบริหารงาน บุคคลมีค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยสูงที่สุด ($B=0.341$) คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับ อำเภอควรให้ความสำคัญกับการคัดเลือกและพัฒนา บุคลากรที่มีความรู้ความสามารถเหมาะสมกับการ ดำเนินงาน มีการวิเคราะห์ลักษณะงานและขอบเขต ของงานเพื่อกำหนดคุณสมบัติที่เหมาะสม และ ส่งเสริมการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรอย่าง ต่อเนื่อง

2. ด้านการอำนาจการ ควรมีการพัฒนา ระบบการสั่งการและการตัดสินใจที่มีประสิทธิภาพ มีช่องทางการสื่อสารที่หลากหลายและทั่วถึง มีการ ประสานงานกับภาคีเครือข่ายอย่างมีประสิทธิภาพ และมีแนวทางในการแก้ไขปัญหาและอุปสรรคที่ อาจเกิดขึ้นระหว่างการทำงาน

3. ด้านการวางแผน ควรมีการกำหนด เป้าหมายและวัตถุประสงค์ที่ชัดเจน มีการกำหนด วิธีการดำเนินงานและการจัดสรรทรัพยากรที่ เหมาะสม และมีการกำหนดวิธีการควบคุมกำกับ แผนการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพ

4. ควรมีการส่งเสริมให้คณะกรรมการที่มี ประสบการณ์มาก (อายุมาก รายได้สูง ระยะเวลาการ เป็นกรรมการนาน) ถ่ายทอดความรู้และ ประสบการณ์ให้แก่คณะกรรมการที่มีประสบการณ์ น้อยกว่าเพื่อเสริมสร้างศักยภาพของคณะกรรมการ โดยรวม

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาปัจจัยอื่น ๆ ที่อาจมีผลต่อการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ เช่น ภาวะผู้นำ การบูรณาการความร่วมมือระหว่างภาคส่วนต่าง ๆ การสนับสนุนจากหน่วยงานภายนอก

2. ควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพเพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับกระบวนการทำงานและปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จและความล้มเหลวในการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

3. ควรมีการศึกษาประเมินผลกระทบของการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอที่มีต่อคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่ เพื่อประเมินผลสำเร็จของการดำเนินงานในมิติของผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับประชาชนอย่างแท้จริง

4. ควรมีการศึกษาวิจัยและพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการที่เหมาะสมสำหรับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอในบริบทของประเทศไทย โดยนำผลการวิจัยที่ได้ไปพัฒนาเป็นต้นแบบที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในพื้นที่อื่น ๆ

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยได้รับอนุมัติผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยขอนแก่นเมื่อวันที่ 18 พฤศจิกายน 2567 ลำดับที่ 3.4.01 : 47/2567 เลขที่ HE 672221

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ ประธานคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ และกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอในจังหวัดชัยภูมิทุกท่านที่ให้ความร่วมมือแก่ผู้วิจัยเป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. ยุทธศาสตร์ชาติ พ.ศ. 2561 – 2580 (ฉบับประกาศราชกิจจานุเบกษา), 2561:4-9. <https://datariskcom-ddc.moph.go.th/download/ยุทธศาสตร์ชาติ-พ-ศ-2561-2580-ฉบับ/>
2. สำนักนายกรัฐมนตรี. ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ.2561. ราชกิจจานุเบกษา 2561;135(ตอนพิเศษ 54 ง): 1-7. https://banfaisao.go.th/index/load_data/?doc=9887
3. กระทรวงสาธารณสุข. แผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุขประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2561. นนทบุรี: กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2561. <https://iad.moph.go.th/main/download/แผนยุทธศาสตร์ชาติ-ระยะ-20/>

4. แววดี เหมวรานนท์. การประเมินผลการดำเนินงานคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จังหวัด นครราชสีมา. วารสารวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา 2563;6(1):140-57. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/journalkorat/article/view/247555>
5. กระทรวงสาธารณสุข. สรุปผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2566 รอบที่ 1, 2566. <https://dmsic.moph.go.th/index/detail/9254>
6. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. 2nd ed. Hillsdale, N.J.: L. Erlbaum Associates, 1988.
7. อรุณ จิรวัดน์กุล. สถิติทางวิทยาศาสตร์สุขภาพเพื่อการวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ : วิทยพัฒน์, 2558.
8. Weihrich H, Koontz H. Management: A global perspective. 10th ed. New York: McGraw-Hill, 1993.
9. สุชาดา จำปาน้อย, ประจักษ์ บัวผัน, นพรัตน์ เสนาฮาด. สุนทรียทักษะภาวะผู้นำและการสนับสนุนจากองค์กร ที่มีผลต่อการดำเนินงานอนามัยสิ่งแวดล้อมของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ใน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดบุรีรัมย์. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9 : วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม 2567;18(3):974-88. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/RHPC9Journal/article/view/268316>
10. บรรหาร เอ็มประโคน, มกราพันธุ์ จูฑะรสก, ประจักษ์ บัวผัน. ปัจจัยแห่งความสำเร็จและการสนับสนุนจากองค์กรที่มีผลต่อความสุขในการปฏิบัติงานของทันตบุคลากร ใน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดบุรีรัมย์. วารสารทันตภิบาล 2566;34(2):18-35. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/TDNJ/article/view/261924>
11. กิตติ เหลาสภาพ, ชานันท์ ไชยานุกุล. ปัจจัยการบริหารและกระบวนการบริหารที่ส่งผลต่อการปฏิบัติงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพแห่งประเทศไทย 2562;4(2):67-76. DOI:<https://doi.org/10.55164/hsjt.v4i2.256325>

12. อรรถวิทย์ วงศ์ณี, กิตติ เหลาสุภาพ. ปัจจัยที่ส่งผลต่อการปฏิบัติตามบทบาทของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอในเขตสุขภาพที่ 10. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ 2565;15(3):169-83.
<https://he02.tci-thaijo.org/index.php/RDHSJ/article/view/258154>
13. ณัฐดนัย โคตรบรรเทา, มกราพันธุ์ จูฑะรสก, ประจักษ์ บัวผัน. ปัจจัยทางการบริหารและปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มีผลต่อการปฏิบัติงานคลินิกหมอครอบครัวหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในจังหวัดนครราชสีมา. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9: วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม 2566;17(2):645-61. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/RHPC9Journal/article/view/261863>
14. จักรกฤษณ์ อาสาสะนา, ประจักษ์ บัวผัน, มกราพันธุ์ จูฑะรสก, ธนมนทชนก พรหมพินิจ. ปัจจัยทางการบริหารและปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของทีมหมอครอบครัวในเขตอำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี. วารสารวิจัย มข. (ฉบับบัณฑิตศึกษา) 2566;23(2):184-97.
<https://ph02.tci-thaijo.org/index.php/gskku/article/view/246153>
15. สมดี โคตรตาแสง, ชนะพล ศรีฤาชา. กระบวนการบริหารที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาเครือข่ายระบบบริการสุขภาพระดับอำเภอ ในจังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ 2558;7(3):137-45.

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุ โดยการวิเคราะห์จัดกลุ่มภาวะสุขภาพและความรอบรู้ของกลุ่มเป้าหมาย ในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหลุบคา อำเภอแก้งคร้อ จังหวัดชัยภูมิ

ธวัชชัย ทองนำ, ศ.ม.*

บทคัดย่อ

สถานการณ์ผู้สูงอายุที่ยังต้องเผชิญกับภาวะโรคเรื้อรัง ความบกพร่องทางกาย และขาดความรู้ด้านสุขภาพ แก้ไขได้ด้วยการวิเคราะห์จัดกลุ่มและให้รูปแบบการดูแลที่เหมาะสมในแต่ละกลุ่ม โดยการวิจัยและพัฒนานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุด้วยการวิเคราะห์จัดกลุ่มด้วยภาวะสุขภาพและความรอบรู้ รวมถึงการประเมินผลรูปแบบที่พัฒนา ทดลองในกลุ่มผู้สูงอายุ 199 ราย ในพื้นที่ตำบลหลุบคา 8 หมู่บ้าน อำเภอแก้งคร้อ จังหวัดชัยภูมิ ระหว่างปี 2567 เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถาม และแบบประเมินผล วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา และสถิติอนุมาน Cluster analysis แบบ k-mean/k-median, paired t-test

จากการวิเคราะห์จัดกลุ่มข้อมูลด้วยภาวะสุขภาพ และความรอบรู้ สามารถจำแนกผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ไม่สมดุลระหว่างความรู้สุขภาพและการปฏิบัติ จัดโปรแกรมสุขภาพด้วยการติดตามเยี่ยมบ้านและจัดคลินิกโรคเรื้อรังชุมชน เดือนละครั้ง, กลุ่มความรู้ไม่นำไปสู่การปฏิบัติ จัดโปรแกรมสุขภาพด้วยกลุ่มกายภาพบำบัดชุมชน สัปดาห์ละครั้งร่วมกับปรับสภาพแวดล้อมภายในบ้าน และกลุ่มเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจากพฤติกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยกิจกรรมโรงเรียนผู้สูงอายุ และกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน การประเมินผลในรอบ 7 เดือน พบว่า คะแนนคุณภาพชีวิตมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นแต่ยังไม่มีความสำคัญทางสถิติ (Mean diff. = 1.43; 95% CI: -0.67, 3.53) ส่วนระดับการมีส่วนร่วมของชุมชน มีคะแนนเพิ่มขึ้น 0.75 คะแนน (95% CI: 0.34, 1.16) ขณะที่ความพึงพอใจวัดภายหลังการดำเนินงาน อยู่ในระดับมาก โดยมีคะแนนเฉลี่ย 4.10 (sd.=0.36)

ผลการดำเนินงาน ยังไม่สามารถยืนยันถึงผลกระทบที่ชัดเจนต่อคุณภาพชีวิตได้ แต่การมีส่วนร่วมและความพึงพอใจในการดำเนินงานอยู่ในระดับที่น่าพอใจ แสดงให้เห็นถึงศักยภาพและความสำคัญของการมีส่วนร่วมจากทุกฝ่ายในชุมชน และความต้องการพัฒนาเพิ่มเติมเพื่อสร้างผลลัพธ์ที่ดีในอนาคต

คำสำคัญ : การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุ, การวิเคราะห์จัดกลุ่ม, ความรอบรู้ด้านสุขภาพ

*นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหลุบคา อำเภอแก้งคร้อ จังหวัดชัยภูมิ

*ผู้ประสานรับบรรณกิจ: ธวัชชัย ทองนำ, E-mail: ud_tech@hotmail.com

Developing an elderly care model by analyzing and classifying health status and health literacy of the target group in the service area of Lhub Kha health promotion hospital, Kaeng Khro, Chaiyaphum.

Tawatchai Tongnum, M.P.H.*

Abstract

The elderly population continues to face challenges with chronic diseases, physical impairments, and a lack of health literacy. These issues can be addressed through cluster analysis and the provision of tailored care models for each group. This research and development study aims to develop a care model for the elderly by clustering based on health status and health literacy, and to evaluate the developed model. The study involved 199 elderly participants in eight villages of Lhubka Subdistrict, Kaeng Khro District, Chaiyaphum Province, during the year 2024. Data were collected using questionnaires and evaluation forms, and analyzed using descriptive statistics and inferential statistics (Cluster analysis & paired t-test).

Cluster analysis based on health status and health literacy identified three distinct elderly groups: the Health Knowledge-Practice Imbalance Group, for whom a health program was implemented involving home visits and monthly community chronic disease clinics; the Knowledge Without Action Group, for whom a health program was implemented involving weekly community physiotherapy combined with home environment modifications; and the Behavioral Health Risk Group, for whom a behavior modification program was implemented through elderly school activities and peer support groups. Evaluation over a seven-month period showed a trend towards increased quality of life scores, though not statistically significant (Mean diff. = 1.43; 95% CI: -0.67, 3.53). Community participation scores increased by 0.75 points (95% CI: 0.34, 1.16). Satisfaction levels, measured post-intervention, were high, with a mean score of 4.10 (sd. = 0.36).

While the study did not confirm a significant impact on quality of life, the satisfactory levels of community participation and overall satisfaction demonstrate the potential and importance of community-wide involvement. Further development is needed to achieve better outcomes in the future.

Keyword : Elderly Care Model, Cluster analysis, Health Literacy

* Public Health Technical Officer, Professional Level, Lhub Kha Sub-district Health Promoting Hospital, Kaeng Khro District, Chaiyaphum Province. *Corresponding author: Tawatchai Tongnum, E-mail: ud_tech@hotmail.com

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบัน ประชากรผู้สูงอายุทั่วโลกเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยในเขตเมืองเติบโตร้อยละ 68 (ค.ศ. 2000-2015) เทียบกับชนบทร้อยละ 25⁽¹⁾ คาดว่าในปี 2050 ผู้สูงอายุ (65 ปีขึ้นไป) จะมี 1.5 พันล้านคน คิดเป็นร้อยละ 16 ของประชากรโลก⁽²⁾ ส่งผลให้เกิดความท้าทายด้านสุขภาพ เช่น โรคหัวใจ ภาวะสมองเสื่อม และความบกพร่องทางกาย⁽³⁾ โดยเฉพาะในประเทศกำลังพัฒนาที่ขาดการสนับสนุน⁽¹⁾ นอกจากนี้ สังคมสูงอายุยังกระทบต่อเศรษฐกิจ เงินบำนาญ และลัทธิอายุ โดยสองในสามของผู้สูงอายุอาศัยอยู่ในประเทศรายได้ต่ำถึงปานกลางในอนาคต⁽⁴⁻⁵⁾ ทว่ายังเป็นโอกาสในการพัฒนานวัตกรรมดูแลสุขภาพเพื่อยกระดับคุณภาพชีวิต

ในประเทศไทย สถานการณ์ผู้สูงอายุเผชิญความท้าทายที่คล้ายคลึงกัน จำเป็นต้องมีกลยุทธ์รับมือผ่านความร่วมมือและการสนับสนุนทางสังคม⁽⁶⁻⁷⁾ การเข้าถึงสุขภาพจิตและการสนับสนุนมีผลต่อคุณภาพชีวิต⁽⁸⁾ รวมถึงโรคเรื้อรังต่าง ๆ เช่น ความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 23.8) โรคเบาหวาน (ร้อยละ 21.8) และปัญหากล้ามเนื้อ (ร้อยละ 24.4) ที่พบได้บ่อย⁽⁹⁾ โดยที่ผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียวมีความต้องการด้านสุขภาพที่ไม่ได้รับการตอบสนองสูง 1.61 เท่า และ 5.63 เท่าในกลุ่มโรคเรื้อรัง⁽¹⁰⁾ รวมถึงความโดดเดี่ยวและภาระหนี้สินยังเป็นปัญหาที่เด่นชัด⁽¹¹⁾ รัฐบาลจึงเน้นนโยบายเพิ่มการเข้าถึงบริการ⁽¹²⁾

แต่ช่องว่างในการบริการในพื้นที่ชนบทยังคงมีอยู่ โดยที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหุบคา อำเภอแก้งคร้อ จังหวัดชัยภูมิ ผู้สูงอายุยังคงเผชิญกับปัญหาโรคเรื้อรัง ความบกพร่องทางกาย และขาดความรู้ด้านสุขภาพ สภาพปัญหาเหล่านี้ซับซ้อนยิ่งขึ้นจากความจำกัดของทรัพยากรและการเข้าถึงบริการสุขภาพในพื้นที่ห่างไกล ส่งผลให้การดูแลไม่ครอบคลุมและไม่ตอบโจทย์ความต้องการที่แตกต่างกันของผู้สูงอายุแต่ละกลุ่ม อีกทั้งการขาดการวิเคราะห์จัดกลุ่มภาวะสุขภาพและความรอบรู้ของผู้สูงอายุในพื้นที่ ยังเป็นช่องว่างสำคัญที่ทำให้การวางแผนการดูแลขาดประสิทธิภาพ

การพัฒนารูปแบบการดูแลโดยวิเคราะห์จัดกลุ่มภาวะสุขภาพและความรอบรู้จึงจำเป็นที่จะช่วยระบุความต้องการเฉพาะ เช่น กลุ่มโรคเรื้อรัง ความบกพร่องทางกาย หรือขาดความรู้⁽¹³⁻¹⁶⁾ หรือความรู้ด้านสุขภาพส่งเสริมการจัดการตนเอง⁽¹⁷⁾ แต่การศึกษาในไทยยังขาดการบูรณาการข้อมูลสำหรับบริบทชนบทอย่างตำบลหุบคา เหตุผลความจำเป็นของการวิจัยนี้คือ 1) ความท้าทายจากสังคมผู้สูงอายุระดับโลก ประเทศ และท้องถิ่น 2) ช่องว่างการวิเคราะห์กลุ่มในพื้นที่ และ 3) ความจำเป็นในการพัฒนารูปแบบการดูแลที่ตอบโจทย์เพื่อลดปัญหาการเข้าถึงบริการและยกระดับคุณภาพชีวิต งานวิจัยนี้มุ่งพัฒนารูปแบบการดูแลที่มีประสิทธิภาพผ่านการวิเคราะห์และการมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อประโยชน์ต่อนโยบายสุขภาพท้องถิ่น

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อวิเคราะห์จัดกลุ่มภาวะสุขภาพและความรอบรู้ของผู้สูงอายุในตำบลหุบคา อำเภอแก่งคร้อ จังหวัดชัยภูมิ
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุ โดยอาศัยข้อมูลจากการวิเคราะห์จัดกลุ่มภาวะสุขภาพและความรอบรู้
3. เพื่อประเมินผลรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุ

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัย

เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research & Development) โดยมีขั้นตอนการดำเนินงานแบ่งเป็น 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์และความต้องการ ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการดูแล และระยะที่ 3 การทดลองใช้และประเมินผล

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษา คือ ผู้สูงอายุ ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหุบคา อำเภอแก่งคร้อ จังหวัดชัยภูมิ จำนวน 8 หมู่บ้าน 945 ราย

กลุ่มตัวอย่างคำนวณตามคำแนะนำของ Qiu W, & Joe H. (2006)⁽¹⁸⁾ ที่เสนอขนาดตัวอย่าง $10 \cdot d \cdot k$ โดย d = จำนวนตัวแปร, k = คลัสเตอร์ ในการศึกษา กำหนดจำนวนคลัสเตอร์ = 3 (โรคเรื้อรัง, บกพร่องทางกาย, ขาดความรู้) และตัวแปร = 6 (ADL, ดัชนีมวลกาย, ทดสอบสภาพสมอง, ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, พฤติกรรม, การปฏิบัติตัว) คำนวณขนาดตัวอย่างได้ $10 \cdot 6 \cdot 3$ เท่ากับ 180

รายชื่อผู้สูงอายุ 19 ราย รวมเป็นขนาดตัวอย่างทั้งสิ้น 199 ราย

และกลุ่มตัวอย่างในการประเมินผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุ ประกอบด้วย คณะอนุกรรมการดูแลผู้สูงอายุ ได้แก่ ผู้นำชุมชน บุคลากรสาธารณสุข และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน 31 คน

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research & Development: R&D) โดยมี 3 ขั้นตอนดังนี้

ระยะที่ 1: การวิเคราะห์สถานการณ์และความต้องการ (Needs Assessment) ประกอบด้วย

1) การสำรวจข้อมูลพื้นฐาน ซึ่งประกอบด้วย ข้อมูลประชากรผู้สูงอายุในพื้นที่ศึกษา, ข้อมูลด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ (โรคเรื้อรัง, ความบกพร่องทางกาย, ปัญหาสุขภาพจิต), ข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ และข้อมูลทรัพยากรและศักยภาพของชุมชน

2) การวิเคราะห์จัดกลุ่มผู้สูงอายุ โดยอาศัยข้อมูล 3 ด้าน ประกอบด้วย การมีโรคเรื้อรัง (ความดันโลหิตสูง, เบาหวาน, โรคหัวใจ) การมีความบกพร่องทางกาย (ปัญหาการเคลื่อนไหว, กลืนปัสสาวะไม่อยู่, สายตาเรื้อรัง) และข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพ (วัดจากพฤติกรรมการดูแลตนเอง)

ระยะที่ 2: การพัฒนารูปแบบการดูแล (Model Development)

3) การพัฒนารูปแบบการดูแล โดยการออกแบบการดูแลที่เหมาะสมกับแต่ละกลุ่มผู้สูงอายุ พิจารณาจากภาวะสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และบริบทชุมชน และกำหนดกิจกรรมและบริการที่ตอบสนองความต้องการของแต่ละกลุ่ม รวมถึงกำหนดบทบาทของภาคีเครือข่ายในชุมชน (อาสาสมัครสาธารณสุข, ผู้นำชุมชน, ครอบครัว, หน่วยงานภาครัฐและเอกชน)

4) การสร้างสื่อให้ความรู้ด้านสุขภาพที่เหมาะสมกับแต่ละกลุ่มผู้สูงอายุ รวมถึงการฝึกอบรมสำหรับผู้ดูแลและอาสาสมัครสาธารณสุข

ระยะที่ 3: การทดลองใช้และการ ประเมินผล (Implementation and Evaluation)

5) การทดลองใช้รูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้นในหมู่บ้านเป้าหมาย 8 หมู่บ้าน และติดตามผลด้วยแบบสอบถามและแบบประเมินผลด้านสุขภาพทุกเดือน จนครบ 7 เดือน

6) การประเมินผลด้านสุขภาพ (คุณภาพชีวิต) และการประเมินผลด้านสังคม (การมีส่วนร่วมของชุมชน) รวมถึงด้านจิตใจ (ความพึงพอใจในการดำเนินการ)

เครื่องมือในการวิจัย

1) แบบสอบถาม ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลทั่วไป จำนวน 10 ข้อ, แบบประเมินภาวะสุขภาพ จำนวน 10 ข้อ (0 – 12 คะแนน), แบบทดสอบภาวะสมอง จำนวน 10 ข้อ (0 – 10 คะแนน), แบบสอบถามความรอบรู้ จำนวน 14 ข้อ (Rating

scale 5 ระดับ) และแบบสอบถามพฤติกรรมและการปฏิบัติตัว 19 ข้อ (Rating scale 5 ระดับ)

2) แบบประเมินผลด้านสุขภาพประกอบด้วย

แบบวัดคุณภาพชีวิต *WHOQOL-26* ข้อคำถาม มีข้อคำถามที่มีความหมายเชิงบวก 23 ข้อ และข้อคำถามที่มีความหมายเชิงลบ 3 ข้อ และเป็น Rating scale 1 – 5

แบบสอบถามการมีส่วนร่วม จำนวน 5 ด้าน 30 ข้อ เป็นแบบสอบถามชนิด Rating scale 5 ระดับ แปลผลแบ่งออกเป็น 3 ระดับ คะแนนเฉลี่ย 3.61 – 5.00 = มีส่วนร่วมในระดับมาก, คะแนนเฉลี่ย 2.31 – 3.60 = มีส่วนร่วมในระดับปานกลาง และคะแนนเฉลี่ย 1.00 – 2.30 = มีส่วนร่วมในระดับน้อย และ

แบบประเมินความพึงพอใจ เป็น Rating scale 5 ระดับ จำนวน 15 ข้อ แปลผลออกเป็น 5 ระดับ คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 1.49 = พึงพอใจระดับน้อยที่สุด, คะแนนเฉลี่ย 1.50 – 2.49 = พึงพอใจระดับน้อย, คะแนนเฉลี่ย 2.50 – 3.49 = พึงพอใจระดับปานกลาง, คะแนนเฉลี่ย 3.50 – 4.49 พึงพอใจระดับมาก และคะแนนเฉลี่ย 4.50 – 5.00 = พึงพอใจระดับมากที่สุด

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ใช้วิธีการทอดแบบสอบถาม โดยกลุ่มตัวอย่างตอบด้วยตนเอง หรือผู้ช่วยนักวิจัยอ่านข้อคำถามและให้กลุ่มตัวอย่างตอบ เช่นเดียวกับแบบประเมินการมีส่วนร่วมของชุมชน และความพึงพอใจในการดำเนินงาน ส่วนแบบประเมินคุณภาพ

ชีวิต นักวิจัยหรือผู้ช่วยนักวิจัยจะเป็นผู้ประเมินโดยพิจารณาจากอาการ หรือการสอบถามจากตัวผู้ป่วย ญาติหรือผู้ดูแล รวมถึงพิจารณาจากข้อมูลด้านสุขภาพในเวชระเบียนของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลประกอบ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติพรรณนาเพื่ออธิบายคุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด และวิเคราะห์หาค่าเฉลี่ยด้วยสถิติ Cluster Analysis แบบ k-mean/k-median นำเสนอด้วยตาราง และกราฟ

การประเมินผลก่อนและหลังดำเนินการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุ ด้วยตัวแปรคุณภาพชีวิต การมีส่วนร่วมของชุมชน วิเคราะห์ด้วยสถิติ paired t-test นำเสนอด้วยค่า Mean difference และช่วงเชื่อมั่นร้อยละ 95 ส่วนความพึงพอใจในการดำเนินงาน วิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนา ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และแปลผลตามเกณฑ์จัดกลุ่ม

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 199 คน เป็นหญิงมากกว่าชาย (ร้อยละ 58.3) อายุมัธยฐาน 67 ปี (min = 60, max = 92) เกือบทั้งหมด (ร้อยละ 94.9) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา และมีสถานภาพสมรส (ร้อยละ 66.7) และส่วนใหญ่ประกอบอาชีพ

เกษตรกรรม (ร้อยละ 67.2) มีรายได้ระหว่าง 2,000 – 4,000 บาท ทั้งนี้ รายได้ดังกล่าวพอเพียงในการดำรงชีวิต (ร้อยละ 81.8) นอกจากนี้ ยังพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ใช้โทรศัพท์มือถือในการติดต่อสื่อสาร (ร้อยละ 84.9)

ในด้านสุขภาพ พบว่าผู้สูงอายุมีโรคประจำตัวร้อยละ 54.5 โดยพบว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 17.7 ทั้งนี้ ในจำนวนผู้ที่มีโรคประจำตัว มีเพียงโรคเดียว ร้อยละ 91.9 และมีโรคประจำตัว 2 โรค คิดเป็นร้อยละ 5.1 และมีโรคประจำตัวมากกว่า 2 โรค คิดเป็นร้อยละ 3.0 ขณะที่น้ำหนักเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง เท่ากับ 58.53 (sd.=9.86) ส่วนสูงเฉลี่ย เท่ากับ 158.47 (sd.=7.64) นอกจากนี้ ยังพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีเส้นรอบเอวมัธยฐาน เท่ากับ 83 ซม. (min = 64, max = 111)

การวิเคราะห์จำแนกผู้สูงอายุตามภาวะสุขภาพและความรอบรู้ด้านสุขภาพ

การจำแนกผู้สูงอายุตามกลุ่มศักยภาพด้วยเกณฑ์ (Barthel Activities of Daily Living: ADL) พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนน ADL เฉลี่ย 19.56 คะแนน (sd.= 1.27) และอยู่ในกลุ่มผู้สูงอายุติดสังคม ที่สามารถพึ่งตนเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชน และสังคมได้ทั้งหมด (ร้อยละ 100.0) ส่วนความรอบรู้ด้านสุขภาพในภาพรวม มีคะแนนมัธยฐาน 50 คะแนน (min = 27, max = 66) และพฤติกรรมสุขภาพ มีคะแนนมัธยฐาน เท่ากับ 58 คะแนน (min = 40, max = 68)

จากการจำแนกกลุ่มผู้สูงอายุตามภาวะสุขภาพและความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยใช้ตัวแปรความรู้ด้านสุขภาพ (การเข้าถึงข้อมูล, การเข้าใจข้อมูลสุขภาพ, ทักษะการสื่อสาร, การจัดการตนเอง) พฤติกรรมสุขภาพ ภาวะสุขภาพ (ADL) และดัชนีมวลกาย ด้วยการวิเคราะห์ Cluster analysis แบบ k-means พบว่า สามารถจำแนกกลุ่มผู้สูงอายุที่มีลักษณะคล้ายกันได้ 3 กลุ่ม ประกอบด้วย

กลุ่มแรก ความรอบรู้ด้านสุขภาพค่อนข้างต่ำ (Mean between 9.33 – 14.00) ขณะที่พฤติกรรมสุขภาพดีกว่ากลุ่มอื่น ๆ (Mean = 61.97) รวมถึงภาวะสุขภาพ (ADL(Mean) = 19.00) และดัชนีมวลกายปกติ (BMI = 22.56) กลุ่มนี้ จะให้คำจำกัดความ

ว่า กลุ่มที่ไม่สมดุลระหว่างความรู้สุขภาพและการปฏิบัติ

กลุ่มสอง ความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงกว่ากลุ่มแรก (mean between 11.41 – 16.76) ขณะที่พฤติกรรมสุขภาพต่ำกว่ากลุ่มแรก (Mean = 59.42) และภาวะสุขภาพรวมถึงดัชนีมวลกายปกติ (ADL = 19.67, BMI = 23.98) กลุ่มนี้ จะให้คำจำกัดความว่า กลุ่มความรู้ไม่นำไปสู่การปฏิบัติ

กลุ่มสาม มีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับปานกลาง (Mean between 10.32 – 14.68) แต่มีพฤติกรรมสุขภาพในระดับต่ำสุด (Mean = 51.96) ส่วนภาวะสุขภาพและดัชนีมวลกายปกติ (ADL = 19.72, BMI = 22.68) กลุ่มนี้จะให้คำจำกัดความว่า กลุ่มเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจากพฤติกรรม

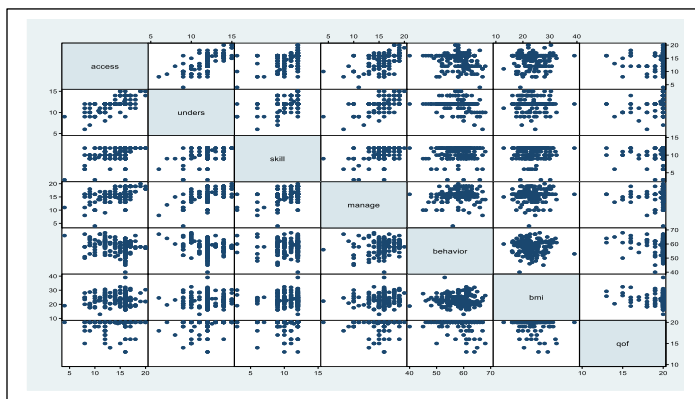


Figure 1: Relationship Matrix Graph Among Health Literacy, Behavior, Health Status, and Body Mass Index

รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุ

จากการวิเคราะห์จำแนกกลุ่มตัวอย่าง 199 ราย แบ่งผู้สูงอายุออกเป็น 3 กลุ่ม สามารถออกแบบการดูแลสุขภาพตามผลการวิเคราะห์ ดังนี้

1) กลุ่มที่ไม่สมดุลระหว่างความรู้สุขภาพและการปฏิบัติ (Group with a Discrepancy between Health Literacy and Behavior) กลุ่มนี้มีลักษณะเด่น

คือมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับค่อนข้างต่ำ แต่มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีกว่ากลุ่มอื่น ๆ และมีภาวะสุขภาพและดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ กลุ่มนี้ ได้ออกแบบการดูแลสุขภาพ คือ การดูแลโดยการเยี่ยมบ้าน โดย อสม. ร่วมกับเจ้าหน้าที่ รพ. สต. เพื่อติดตามอาการและให้ยา และจัดตั้ง "คลินิกโรคเรื้อรังชุมชน" เดือนละครั้ง โดยมีแพทย์

หมุนเวียนจากโรงพยาบาล รวมถึงมีกิจกรรมให้ความรู้แก่ครอบครัวให้ช่วยดูแลผู้ป่วย เช่น การวัดความดัน การให้ยาตามแพทย์สั่ง นอกจากนี้ ยังมี

การพัฒนาแอปพลิเคชันหรือสมุดบันทึกสุขภาพสำหรับติดตามอาการ (ปรับให้เหมาะกับผู้ที่ไม่ถนัดเทคโนโลยี)



Figure 2: Health Care Interventions for the Group with Imbalance Between Health Knowledge and Practice

2) กลุ่มความรู้ไม่นำไปสู่การปฏิบัติ (Knowledge-Action Gap Group) กลุ่มนี้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงกว่ากลุ่มแรก แต่มีพฤติกรรมสุขภาพที่ต่ำกว่า และมีภาวะสุขภาพและดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ กลุ่มนี้อาจมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพที่ดี แต่ยังไม่สามารถนำความรู้เหล่านั้นมาปรับใช้ในชีวิตประจำวันได้อย่างสม่ำเสมอ ในกลุ่มนี้ มีการออกแบบการดูแลสุขภาพ

โดยจัดกิจกรรม "กลุ่มกายภาพบำบัดชุมชน" สัปดาห์ละครั้ง โดย อสม. หรือนักกายภาพบำบัดฝึกสอนทำออกกำลังกายง่าย ๆ และปรับสภาพแวดล้อมในบ้าน เช่น ดัดราวจับ ทำทางลาด โดยอาศัยอาสาสมัครชุมชน รวมถึงจัดหาอุปกรณ์ช่วยเหลือพื้นฐาน (เช่น ไม้เท้า) ผ่านการระดมทุนในชุมชนหรือสนับสนุนจาก อบต.



Figure 3: Health Promotion for the Group with Knowledge-Implementation Disconnect

3) กลุ่มเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจากพฤติกรรม (Behaviorally-induced health risk group) กลุ่มนี้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับปานกลาง แต่มีพฤติกรรมสุขภาพที่ต่ำที่สุดเมื่อเทียบกับกลุ่มอื่น ๆ และมีภาวะสุขภาพและดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ กลุ่มนี้อาจมีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพในอนาคตเนื่องจากพฤติกรรมที่ไม่ส่งเสริมสุขภาพ แม้ว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพจะอยู่

ในระดับที่ยอมรับได้ กลุ่มนี้ มีการดำเนินการจัดกิจกรรม "โรงเรียนผู้สูงอายุ" เดือนละ 2 ครั้ง โดย อสม. และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขสอนเรื่องโภชนาการ การใช้ยา และการป้องกันโรค รวมถึงใช้สื่อท้องถิ่น เช่น วิทยุชุมชน หรือการเล่าเรื่องผ่านผู้นำชุมชน เพื่อเผยแพร่ความรู้ และจัดตั้ง "กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน" ให้ผู้สูงอายุที่มีความรู้ช่วยสอนเพื่อนในชุมชน



Figure 4: Health Strategies for the Group with Behavioral Health Risks

จากการวิเคราะห์จัดกลุ่ม นำเสนอรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีองค์ประกอบหลัก ดังนี้

1. การดูแลเชิงรุกในชุมชน ผ่านระบบการเยี่ยมบ้านโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ร่วมกับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.)

2. การดูแลโดยชุมชนเป็นฐาน ผ่านการจัดตั้งคลินิกและกิจกรรมในชุมชน เช่น คลินิกโรคเรื้อรังชุมชน กลุ่มกายภาพบำบัดชุมชน และโรงเรียนผู้สูงอายุ

3. การสร้างเครือข่ายการดูแล โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว อาสาสมัคร และหน่วยงานท้องถิ่น

4. การใช้เทคโนโลยีและสื่อท้องถิ่น เพื่อติดตามและให้ความรู้ด้านสุขภาพ โดยปรับให้เหมาะสมกับบริบทและความสามารถของผู้สูงอายุ

รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุนี้มีความโดดเด่นในการปรับกิจกรรมให้เหมาะสมกับความแตกต่างของแต่ละกลุ่ม โดยใช้ทรัพยากรในชุมชนเป็นฐาน ทั้งบุคลากรและสถานที่ บูรณาการความร่วมมือระหว่างเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุข และครอบครัวในการดูแล พร้อมปรับเทคโนโลยีให้เหมาะสมกับทักษะของผู้สูงอายุ ทำให้เกิดระบบการดูแลที่คำนึงถึงความแตกต่างรายบุคคลและอาศัยการมีส่วนร่วมของชุมชน

การประเมินผล

จากการทดลองใช้รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุ ที่พัฒนาขึ้นจากการวิเคราะห์จำแนกกลุ่ม ตามภาวะ สุขภาพและความรอบรู้ด้านสุขภาพ ในพื้นที่ตำบล หลุบคา อำเภอแก้งคร้อ จังหวัดชัยภูมิ จำนวน 8 หมู่บ้าน ระหว่างเดือน มีนาคม – กันยายน 2567 พบว่า คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ซึ่งประเมินจาก แบบทดสอบ WHOQOL ในผู้สูงอายุ 170 ราย ใน ภาพรวมมีคะแนนเพิ่มขึ้น 1.43 คะแนน (95% CI: - 0.67, 3.53) อย่างไรก็ตาม ความแตกต่างดังกล่าว ไม่ มีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกับคุณภาพชีวิตราย ด้าน ซึ่งทั้ง 4 ด้าน (ด้านกายภาพ, ด้านจิตใจ, ด้าน สังคม, ด้านสิ่งแวดล้อม) ไม่พบความแตกต่างทาง สถิติเช่นกัน (p-value > 0.05)

ระดับการมีส่วนร่วมของชุมชน และความ พึงพอใจ ประเมินจากคณะกรรมการพัฒนา รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 31 ราย พบว่า ระดับการมีส่วนร่วมของชุมชน มีความแตกต่างกัน เพียงเล็กน้อย โดยมีคะแนนเพิ่มขึ้น 0.75 คะแนน หลังจากการทดลองใช้รูปแบบ (95% CI: 0.34, 1.16) ความแตกต่างดังกล่าว มีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.001) ขณะที่ ความพึงพอใจในการดำเนินงาน ไม่มีการประเมินผลก่อนการดำเนินงาน แต่หลังการ ดำเนินงาน พบว่า ในภาพรวม มีคะแนนเฉลี่ย 4.10 (sd.=0.36) อธิบายได้ว่า คณะทำงานผู้สูงอายุใน พื้นที่ มีความพึงพอใจในระดับมาก (คะแนนเฉลี่ย 3.50 – 4.49) ภายหลังจากการทดลองใช้รูปแบบการ ดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่

Table 1: Evaluation of the Development of an Elderly Care Model

Item	n	Before (mean/sd.)	After (mean/sd.)	Mean diff.	95% CI	p-value
Quality of life	170	81.26(10.14)	82.69(9.55)	1.43	-0.67, 3.53	0.182
- Physical Well-being	170	23.00(3.25)	23.45(3.12)	0.45	-0.23, 1.13	0.194
- Mental Health	170	21.65(3.25)	21.98(3.12)	0.33	-0.35, 1.01	0.340
- Social Relations	170	9.28(1.94)	9.57(1.86)	0.29	-0.12, 0.70	0.160
- Environmental Aspect	170	27.44(4.02)	27.89(3.67)	0.45	-0.37, 1.27	0.282
Level of Community Participation	31	3.02(0.77)	3.77(0.84)	0.75	0.34, 1.16	0.001
Satisfaction	31	-	4.10(0.36)	-	-	-

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนา รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่ตำบลหลุบคา อำเภอแก้งคร้อ จังหวัดชัยภูมิ โดยการวิเคราะห์และ

จัดกลุ่มผู้สูงอายุตามภาวะสุขภาพและความรอบรู้ ด้านสุขภาพ และประเมินผลของรูปแบบการดูแลที่ พัฒนาขึ้น ผลการวิจัยพบประเด็นสำคัญที่น่าสนใจ ดังนี้

การจัดกลุ่มผู้สูงอายุตามภาวะสุขภาพและความรอบรู้

จากการวิเคราะห์จำแนกผู้สูงอายุในพื้นที่ตำบลหุบคา จำนวน 170 ราย สามารถแบ่งออกเป็น 3 กลุ่มตามลักษณะภาวะสุขภาพและความรอบรู้ได้แก่

กลุ่มที่ความรู้ด้านสุขภาพไม่สอดคล้องกับปฏิบัติ: พบว่าผู้สูงอายุกลุ่มนี้ต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่อง เช่น การติดตามอาการและการให้ยา ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Kachappillil (2021)⁽⁹⁾ ที่ระบุว่าโรคเรื้อรัง เช่น ความดันโลหิตสูงและเบาหวาน มีความชุกสูงในผู้สูงอายุ ประมาณร้อยละ 23.8 และ 21.8 กลุ่มนี้ต้องการการดูแลเชิงรุก โดยเฉพาะการติดตามอาการและการให้ยาอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ การจัดตั้ง "คลินิกโรคเรื้อรังชุมชน" และการเยี่ยมบ้านโดย อสม. ร่วมกับเจ้าหน้าที่ รพ.สต. ช่วยให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดและทันทั่วถึง

กลุ่มที่ไม่นำความรู้ไปสู่การปฏิบัติ: กลุ่มนี้เน้นกระตุ้นพฤติกรรมด้วยกิจกรรมปฏิบัติและแรงจูงใจ สอดคล้องกับ Chaudhry SI et al. (2010)⁽¹⁹⁾ ที่พบว่า ความบกพร่องทางกายในผู้สูงอายุเพิ่มความซับซ้อนในการดูแล กลุ่มนี้จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายและการปรับสภาพแวดล้อมในบ้านให้ปลอดภัย กิจกรรม "กลุ่มกายภาพบำบัดชุมชน" และการจัดหาอุปกรณ์ช่วยเหลือพื้นฐาน เช่น ไม้เท้าและราวจับ ช่วยเพิ่มความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน และ

กลุ่มเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจากพฤติกรรม: กลุ่มนี้เน้นแนวทางบูรณาการที่ผสมผสานความรู้และการปฏิบัติ พร้อมการติดตามอย่างใกล้ชิด ซึ่ง Fuadah et al. (2024)⁽¹⁷⁾ อธิบายว่าความรู้ด้านสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญในการป้องกันภาวะแทรกซ้อน การจำแนกกลุ่มนี้ช่วยให้การดูแลตอบโจทยความต้องการเฉพาะได้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับรายงานของ Panthong & Wongkanthiya (2023)⁽¹³⁾ ที่อธิบายว่ากลุ่มนี้ต้องการการเสริมสร้างความรู้และทักษะด้านสุขภาพ การจัดกิจกรรม "โรงเรียนผู้สูงวัย" และการใช้สื่อท้องถิ่น เช่น วิทยุชุมชน ช่วยให้ผู้สูงอายุเข้าถึงข้อมูลสุขภาพได้ง่ายขึ้น

รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่เกิดจากการวิเคราะห์จัดกลุ่ม

รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่พัฒนาขึ้นในครั้งนี้นำประกอบด้วย 3 กิจกรรมหลัก ได้แก่ “คลินิกโรคเรื้อรังชุมชน” ใช้การเยี่ยมบ้านโดย อสม. และเจ้าหน้าที่ รพ.สต. เดือนละครั้ง ช่วยให้ผู้สูงอายุกลุ่มโรคเรื้อรังได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง และพัฒนาสมรรถนะที่สุขภาพและมีระบบติดตามอาการผ่านแอปพลิเคชัน “กลุ่มกายภาพบำบัดชุมชน” ส่งเสริมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกาย ด้วยการจัด “กลุ่มกายภาพบำบัดชุมชน” สัปดาห์ละครั้ง และปรับสภาพแวดล้อมในบ้านให้ปลอดภัย และ “โรงเรียนผู้สูงวัย” เพิ่มความรู้และทักษะด้านสุขภาพผ่านกิจกรรมการเรียนรู้และสื่อท้องถิ่น ด้วยการจัด “โรงเรียนผู้สูงวัย” เดือนละ 2 ครั้ง และใช้สื่อท้องถิ่น เช่น วิทยุชุมชน รูปแบบนี้เน้นการมีส่วนร่วมของ

ชุมชน ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิด Community-Based Participatory Research^(6, 14) ซึ่งช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลและลดภาระของระบบสุขภาพ

รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่พัฒนาขึ้นจากการศึกษานี้ เป็นรูปแบบที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน การใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ในชุมชน และการปรับรูปแบบการดูแลให้สอดคล้องกับความต้องการของแต่ละกลุ่มผู้สูงอายุ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนที่เน้นการพึ่งพาตนเองและการมีส่วนร่วมของชุมชน⁽²⁰⁾

ผลการประเมินสะท้อนการมีส่วนร่วม

ผลการทดลองใช้งานรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่พัฒนาขึ้นนับตั้งแต่เดือนมีนาคม – กันยายน 2567 แสดงให้เห็นถึงการเปลี่ยนแปลงในคุณภาพชีวิต แม้ว่าในภาพรวม คะแนนของ "WHOQOL" เพิ่มขึ้น 1.43 คะแนน (95% CI: -0.67, 3.53) แต่ไม่พบความแตกต่างที่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} > 0.05$) ซึ่งอาจบ่งบอกถึงความต้องการการปรับปรุงในรูปแบบการดูแลหรือการเพิ่มระยะเวลาในการทดลองใช้งานเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ชัดเจนขึ้น อย่างไรก็ตาม การประเมินระดับการมีส่วนร่วมของชุมชนซึ่งวัดจากคะแนนการ 31 ราย พบว่ามีการเปลี่ยนแปลงที่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.001$) แสดงให้เห็นถึงการมีส่วนร่วมที่เพิ่มขึ้นในกิจกรรมต่าง ๆ ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความสำเร็จในการกระตุ้นการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุและชุมชน และความพึงพอใจในการดำเนินงานแสดงถึงผลตอบรับที่ดี โดยมีคะแนน

เฉลี่ย 4.10 (sd.=0.36) โดยไม่สามารถเปรียบเทียบกับผลก่อนดำเนินการได้ อย่างไรก็ตาม คะแนนเฉลี่ยในระดับมาก (3.50 – 4.49) เป็นสัญญาณที่ดีว่าผู้ทำงานมีความพึงพอใจต่อผลลัพธ์จากการทดลองใช้รูปแบบการดูแล

ผลการประเมินนี้สอดคล้องกับรายงานวิจัยที่พบว่าการมีส่วนร่วมของชุมชนและการสร้างเครือข่ายสนับสนุนเป็นปัจจัยสำคัญในการเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้สูงอายุ รวมถึงการดูแลแบบบูรณาการช่วยเพิ่มประสิทธิผลในชุมชนชนบท^(14, 21-22)

ข้อจำกัดของการวิจัย

จากการศึกษายังมีข้อจำกัดหลายประการ ได้แก่ ระยะเวลาการทดลองใช้รูปแบบการดูแล 7 เดือน อาจไม่เพียงพอที่จะเห็นผลของการเปลี่ยนแปลงอย่างชัดเจน ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อความน่าเชื่อถือของผลการวิจัย รวมถึง การศึกษาครั้งนี้ไม่ได้ควบคุมตัวแปรอื่นๆ ที่อาจมีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เช่น โรคประจำตัว และฐานะทางเศรษฐกิจ ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อความถูกต้องของผลการวิจัย

สรุปผล

รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่พัฒนาขึ้นในครั้งนี้มีศักยภาพในการตอบสนองความต้องการเฉพาะของกลุ่มผู้สูงอายุในพื้นที่ตำบลหุบคา โดยเฉพาะการเสริมสร้างความรู้ การฟื้นฟูสมรรถภาพทางกาย และการดูแลเชิงรุกสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง แม้ว่าจะยังไม่สามารถยืนยันถึงผลกระทบที่ชัดเจนต่อคุณภาพชีวิตได้ แต่จากผล

ของระดับการมีส่วนร่วมและความพึงพอใจในการดำเนินงาน แสดงให้เห็นถึงศักยภาพและความสำคัญของการมีส่วนร่วมจากทุกฝ่ายในชุมชนและความต้องการพัฒนาเพิ่มเติมเพื่อสร้างผลลัพธ์ที่มีนัยสำคัญในอนาคต

อย่างไรก็ตาม ควรมีการศึกษาติดตามผลในระยะยาวเพื่อประเมินผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง และขยายผลการวิจัยไปยังพื้นที่อื่น ๆ เพื่อสร้างระบบการดูแลผู้สูงอายุที่ยั่งยืนและมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัย มีข้อเสนอแนะ ดังนี้

1. การวิจัยในอนาคต ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเพื่อประเมินผลของรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุในระยะยาว และศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชน

2. การนำไปใช้ประโยชน์ ควรมีการขยายผลรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่พัฒนาขึ้น ไปยังพื้นที่อื่น ๆ ที่มีบริบทใกล้เคียงกัน และมีการปรับปรุงรูปแบบให้เหมาะสมกับบริบทของแต่ละพื้นที่

3. ควรมีการพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) และบุคลากรที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้สามารถดำเนินงานตามรูปแบบการดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ หมายเลขรับรอง 17/2568 เมื่อวันที่ 17 กุมภาพันธ์ 2568

เอกสารอ้างอิง

1. Mondea MT. The Overview of the Elderly Population. J Aging Neuro Psychol 2017;1:1-2. DOI:[10.29011/JANP102.100002](https://doi.org/10.29011/JANP102.100002)
2. Padeiro M, Santana P, Grant M. Global aging and health determinants in a changing world. In: Oliveira PJ, Malva JO, [editors]. Aging : from fundamental biology to societal impact. London ; San Diego, CA : Academic Press, an imprint of Elsevier, 2023.p:3-30. DOI:<https://doi.org/10.1016/B978-0-12-823761-8.00021-5>
3. Wu HW, Kumar P, Cao S. A global challenge for smart and healthy care homes for the elderly. Indoor and Built Environment 2022;31(7):1733-7. DOI:<https://doi.org/10.1177/1420326X221103381>

4. Grinin L, Grinin A, Korotayev A. Aging of the Global Population as an Integral Problem of the Future. Sociological Journal 2023;29(2):110-31.
DOI:[10.19181/socjour.2023.29.2.6](https://doi.org/10.19181/socjour.2023.29.2.6)
5. Grinin L, Grinin A, Korotayev A. Global Aging: An Integral Problem of the Future. How to Turn a Problem into a Development Driver?. In: Sadovnichy V, Akaev A, Ilyin I, Malkov S, Leonid Grinin, Andrey Korotayev, [editors]. Reconsidering the Limits to Growth: A Report to the Russian Association of the Club of Rome, 2023.p:117-35.
DOI:https://doi.org/10.1007/978-3-031-34999-7_7
6. Tipayatikumporn UU, Jindachote P, Maneechai S, Potivichayanont K, Saengchan P, Nuangchalerm P. Factors influencing elderly coping with social challenges in Thailand's aging society. IJAAS 2024;11(12):42-7.
DOI:[10.21833/ijaas.2024.12.005](https://doi.org/10.21833/ijaas.2024.12.005)
7. Promsiri T, Arunyik B, Keerativutisest V. Exploring determinants influencing the selection of geriatric nursing care services in Thailand Bangkok metropolitan area. Edelweiss Applied Science and Technology 2024;8(4):1887-900.
DOI:<https://doi.org/10.55214/25768484.v8i4.1562>
8. Chayomchai A, Sriplang N, Khowjoy K, Petmee P, Sonthon P. A study to understand the current situation and develop the newly adjusted active aging model with empirical evidence among the Thai elderly. Humanities and Social Sciences Letters 2024;12(4):886-902.
DOI:<https://doi.org/10.18488/73.v12i4.3925>
9. Kachappillil AJ. Health problems among Elderly -A community based survey in a rural area of Ernakulam district. IJNER 2021;9(3):325-7. DOI:[10.52711/2454-2660.2021.00076](https://doi.org/10.52711/2454-2660.2021.00076)
10. Paek SC, Zhang NJ. Unmet health-care needs among older adults living alone in Thailand. IJPS 2025;11(2):64-74.
DOI:<https://doi.org/10.36922/ijps.1218>
11. Tontisirin N, Anantsuksomsri S, Laovakul D. Spatial-temporal distribution of debt and delinquency of the elderly in Thailand: Perspectives from the National Credit Bureau data. PloS One 2024;9(7):e0306626.
DOI:[10.1371/journal.pone.0306626](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0306626)
12. Chaithawee C, Samai T, Muksikhong J, Thammachotiko PS. Assessment of state policy and legal framework related to enhancing the well-being of the elderly in Thailand. Social and Legal Studies 2024;7(3):66-74.
DOI:[10.32518/sals3.2024.66](https://doi.org/10.32518/sals3.2024.66)

13. Panthong R, Wongkanthiya T. Analysis of clustering and association using data mining technique for elderly health condition dataset. IJ-AI 2023;12(4):1774-83.
DOI:<http://doi.org/10.11591/ijai.v12.i4.pp1774-1783>
14. Lin YZ, Borromeo AR, Lin MM, Bascos MJG. The concept analysis of medical and old-age care integration model: a transformative framework for delivering healthcare to an aging population. Discov Med 2024;1:136.
DOI:<https://doi.org/10.1007/s44337-024-00137-0>
15. Ji W, Luo R, Sun Y, Yang M, Liu Y, Chen H, et.al. A networked intelligent elderly care model based on nursing robots to achieve healthy aging. Research (Wash D C) 2025;8:0592. DOI:[10.34133/research.0592](https://doi.org/10.34133/research.0592)
16. Zhu L. Exploring the Development Model of Senior Care Industry and the Application of Smart Senior Care based on Multi-Country Practices. IJEH 2024;17(3):317-23.
DOI:<https://doi.org/10.54097/w7pjgb44>
17. Fuadah F, Saragih BD, Harun I, Purnasari H, Sinaga H. The Influence of Health Education on Elderly Knowledge about Healthy Lifestyle Patterns at RW 08 Jayagiri Lembang Village. IJPBMS 2024;4(6):529-33.
DOI:<https://doi.org/10.47191/ijpbms/v4-i6-08>
18. Qiu W, Joe H. Generation of Random Clusters with Specified Degree of Separation. Journal of Classification 2006;23(2):315-34.
DOI:[10.1007/s00357-006-0018-y](https://doi.org/10.1007/s00357-006-0018-y)
19. Chaudhry SI, McAvay G, Ning Y, Allore HG, Newman AB, Gill TM. Geriatric Impairments and Disability: The Cardiovascular Health Study. J Am Geriatr Soc 2010;58(9):1686-92. DOI:[10.1111/j.1532-5415.2010.03022.x](https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2010.03022.x)
20. World Health Organization. Integrated care for older people : guidelines on community-level interventions to manage declines in intrinsic capacity. Geneva : World Health Organization, 2017.
21. Wang S, Yan B. China's elderly mutual aid model: an active ageing perspective. Quality in Ageing and Older Adults 2025;26(1):3-17.
DOI:<https://doi.org/10.1108/QAOA-08-2024-0051>
22. Wilson T, Greenfield E. The aging network as a catalyst for community gerontology and applied research. Innov Aging 2023;7(Suppl 1):253. DOI:[10.1093/geroni/igad104.0839](https://doi.org/10.1093/geroni/igad104.0839)

รูปแบบการป้องกันโรคโควิด-19 ในผู้สูงอายุ จังหวัดชัยภูมิ

สุวารี ทวนวิเศษกุล, พย.ม.*

ปาริชาติ ญาคินนิม, ประ.ด.**

ปญญกรินทร์ หอยรัตน์, สด.*

ดวงใจ วิชัย, ประ.ด.***

บทคัดย่อ

การระบาดของโรคโควิด-19 ส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงสูง การป้องกันจึงต้องอาศัยความร่วมมือหลายภาคส่วนและรูปแบบที่เหมาะสมกับบริบทท้องถิ่น การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบการป้องกันโรคโควิด-19 ในผู้สูงอายุ จังหวัดชัยภูมิ ใช้วิจัยเชิงคุณภาพแบบปฏิบัติการ โดยผู้ให้ข้อมูล 37 ท่าน จาก 6 กลุ่มเป้าหมาย เก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึกและสนทนากลุ่ม ระหว่างเดือนมกราคม - เมษายน 2565 ภายใตกรอบแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพ 6 ด้าน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษา พบว่า รูปแบบการป้องกันโรคโควิด-19 ในผู้สูงอายุจังหวัดชัยภูมิ เป็นระบบเครือข่ายบูรณาการ 6 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ผู้สูงอายุเป็นศูนย์กลาง มี 4 มิติ คือ ความรู้ความตระหนัก การรู้เท่าทันสื่อ การจัดการสุขภาพตนเอง และการเข้าถึงบริการ 2) ผู้ดูแลและครอบครัวเป็นแหล่งข้อมูลเชื่อถือมากที่สุด 3) อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) เป็นกลไกหลักทำงานเชิงรุกด้วยจิตอาสา 4) ผู้นำชุมชนเป็นศูนย์กลางประสานงานและกระจายข้อมูล 5) สื่อจากทุกภาคส่วนมีอิทธิพลต่อการรับรู้และพฤติกรรม 6) หน่วยงานเอกชนสนับสนุนการป้องกันและบังคับใช้มาตรการ ปัจจัยความสำเร็จหลัก คือการทำงานเชิงรุกของ อสม. ด้วยความเสียสละ การสร้างความไว้วางใจ และระบบสนับสนุนที่ครอบคลุม

รูปแบบของจังหวัดชัยภูมิเป็น "ระบบป้องกันแบบชุมชนเป็นฐาน" โดย อสม.เป็นกลไกหลักเชื่อมโยงระบบสุขภาพกับชุมชน ขับเคลื่อนด้วยจิตอาสา จุดเด่นอยู่ที่การเข้าถึงใกล้ชิดและระบบสนับสนุนครอบคลุม สามารถประยุกต์เตรียมรับมือโรคระบาดในอนาคต และเป็นต้นแบบระบบดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวม

คำสำคัญ : รูปแบบการป้องกันโรคโควิด-19 ในผู้สูงอายุ, ระบบสุขภาพชุมชน, อาสาสมัครสาธารณสุข

*อาจารย์ สาขาการพยาบาลอนามัยชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ

**อาจารย์ สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ

*** อาจารย์ สาขาสาธารณสุขศาสตร์ คณะศิลปศาสตร์และวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ

**ผู้ประพันธ์บรรณกิจ: ปาริชาติ ญาคินนิม, E-mail: pyatniyom@yahoo.com

The COVID-19 prevention model among older people, Chaiyaphum Province

Suwaree Thuanwiseskul, M.N.S.*

Parichat Yatniyom, Ph.D.**

Pankarin Hoyrat, Dr.P.H.*

Duangjai Wichai, Ph.D.***

Abstract

The COVID-19 pandemic has severely impacted the high-risk elderly population. Effective prevention requires multi-sector cooperation tailored to local contexts. This study in Chaiyaphum Province used a qualitative approach, interviewing 37 informants across six groups from January to April 2022, based on six health literacy pillars.

Content analysis revealed that the prevention model is an integrated network with six key components: elderly at the center with four dimensions (knowledge, media literacy, self-care, access), trusted sources like families, proactive village health volunteers, community leaders, media influence, and private sector support.

Success relies on the volunteer efforts of health workers, trust-building, and a comprehensive support system. The model, called "community-based prevention," links healthcare with the community through volunteer-driven efforts, serving as a holistic blueprint for future outbreak responses and elderly care.

Keyword : COVID-19 Prevention Model for the Elderly, Community Health System, Public Health Volunteers

* Lecturer, Community Nursing Department, Faculty of Nursing, Chaiyaphum Rajabhat University

** Lecturer, Adult and Gerontological Nursing Department, Faculty of Nursing, Chaiyaphum Rajabhat University

*** Lecturer, Bachelor of Public Health Program in Public Health, Faculty of Arts and Sciences Chaiyaphum Rajabhat University

** Corresponding author: Parichat Yatniyom, E-mail: pyatniyom@yahoo.com

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การระบาดของโรคโควิด-19 ได้ส่งผลกระทบต่อประชาชนทุกกลุ่ม โดยประเทศไทยได้เผชิญการระบาดถึง 5 ระลอก⁽¹⁾ แต่ละระลอกมีลักษณะเฉพาะและความรุนแรงที่แตกต่างกัน เริ่มตั้งแต่สายพันธุ์อัลฟา เดลตา และล่าสุดคือโอไมครอน ซึ่งไวรัสมีการกลายพันธุ์อย่างต่อเนื่องทำให้สามารถแพร่เชื้อได้ง่ายขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งโอไมครอนสายพันธุ์ BA.4 และ BA.5 ที่มีความสามารถในการหลบภูมิคุ้มกันได้ดีและเพิ่มอัตราการเสียชีวิต แม้ว่าอาการจะไม่รุนแรงเท่าสายพันธุ์ก่อนหน้านี้

ท่ามกลางสถานการณ์การระบาดดังกล่าว กลุ่มประชากรที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงและการเสียชีวิตจากโรคโควิด-19 คือกลุ่มที่เรียกว่า "กลุ่ม 608" ซึ่งประกอบด้วยผู้สูงอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปและผู้ที่มีโรคเรื้อรังประจำตัว⁽²⁾ จากข้อมูลเมื่อเดือนมีนาคม 2565 พบว่าผู้สูงอายุติดเชื้อจำนวน 153,082 ราย และมีผู้เสียชีวิตสะสมถึง 930 ราย⁽³⁾ และในระดับพื้นที่ จังหวัดชัยภูมิประสบกับสถานการณ์การแพร่ระบาดที่น่าเป็นห่วง ยังคงพบผู้ป่วยติดเชื้อสะสม 33,812 ราย ซึ่งรวมถึงผู้สูงอายุ 112 ราย มีผู้เสียชีวิตสะสม 235 ราย โดยเป็นผู้สูงอายุ 54 ราย⁽⁴⁾ ข้อมูลเหล่านี้ชี้ให้เห็นว่าผู้สูงอายุทั่วโลกและในจังหวัดชัยภูมิ ยังคงเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงและต้องการการดูแลป้องกันเป็นพิเศษ

เพื่อรับมือกับสถานการณ์ดังกล่าว รัฐบาลได้มุ่งเน้นการสร้างภูมิคุ้มกันหมู่ผ่านการรณรงค์ให้ประชาชนเข้ารับการฉีดวัคซีนป้องกันโรค เช่น Sinovac, Sinopharm, AstraZeneca, Pfizer และ

Moderna⁽⁵⁾ ควบคู่ไปกับการส่งเสริมให้ประชาชนปฏิบัติตามมาตรการ DMHTT ได้แก่ การเว้นระยะห่าง การใส่หน้ากาก การล้างมือ การตรวจอุณหภูมิ และการสแกนแอปไทยชนะ รวมถึงการหลีกเลี่ยงสถานที่เสี่ยงและการปรับใช้วิถีชีวิตแบบ New Normal แต่อย่างไรก็ตาม ยังพบว่าในกลุ่มผู้สูงอายุมีถึง 2.2 ล้านคนที่ยังไม่ได้รับวัคซีนเข็มแรก และ 6 ล้านคนที่ยังไม่ได้รับวัคซีนเข็มกระตุ้น⁽⁶⁾ ซึ่งเป็นช่องว่างสำคัญที่ต้องได้รับการแก้ไข

ภายใต้สถานการณ์โควิด-19 และวิถีชีวิตใหม่ (New Normal) การป้องกันและควบคุมโรคในกลุ่มผู้สูงอายุ จึงต้องอาศัยความร่วมมือจากหลายภาคส่วน ประกอบด้วย 1) ตัวผู้สูงอายุเองที่ต้องมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อปรับพฤติกรรมให้เหมาะสม 2) ครอบครัวที่มีบทบาทในการดูแลและสนับสนุน 3) สังคมและชุมชน เช่น ผู้นำท้องถิ่น โรงเรียนผู้สูงอายุ และหน่วยงานท้องถิ่น เช่น อบต. เทศบาล 4) ระบบสาธารณสุข เช่น ศูนย์โควิดฯ โรงพยาบาลทุกระดับ อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) และ 5) ภาคเอกชน เช่น ร้านยา คลินิก ซึ่งภาคีเครือข่ายเหล่านี้จำเป็นต้องทำงานร่วมกันอย่างบูรณาการเพื่อให้การควบคุมและป้องกันโรคในผู้สูงอายุเกิดประสิทธิภาพสูงสุด

อย่างไรก็ตาม แนวทางการป้องกันและควบคุมโรคที่มีประสิทธิภาพอาจแตกต่างกันไปตามลักษณะทางภูมิศาสตร์ สภาพสังคม วัฒนธรรม และทรัพยากรของแต่ละพื้นที่ ดังนั้นจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีการศึกษาองค์ประกอบของรูปแบบการป้องกันที่เหมาะสม

กับบริบทเฉพาะของชุมชนในจังหวัดชัยภูมิ เพื่อที่จะสามารถพัฒนาเป็นนวัตกรรม โปรแกรม หรือแผนนโยบายที่มีประสิทธิภาพและตอบสนองต่อความต้องการของผู้สูงอายุในพื้นที่ได้อย่างแท้จริงต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษารูปแบบการป้องกันโรคโควิด 19 ในผู้สูงอายุ จังหวัดชัยภูมิ

กรอบแนวคิด

การวิจัยดำเนินการตามกรอบแนวคิด ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy)⁽⁷⁾ 6 ด้าน ได้แก่ 1) การเข้าถึงข้อมูล 2) ความรู้ความเข้าใจ 3) ทักษะการสื่อสาร 4) ทักษะการตัดสินใจ 5) ทักษะการจัดการตนเอง และ 6) การรู้เท่าทันสื่อ เป็นตัวแปรต้น โดยเก็บข้อมูลจากกลุ่มเป้าหมายหลัก 6 กลุ่ม เพื่อวิเคราะห์ให้เห็นถึงรูปแบบการป้องกันโรคโควิด-19 ในผู้สูงอายุของชุมชน ดัง Figure 1

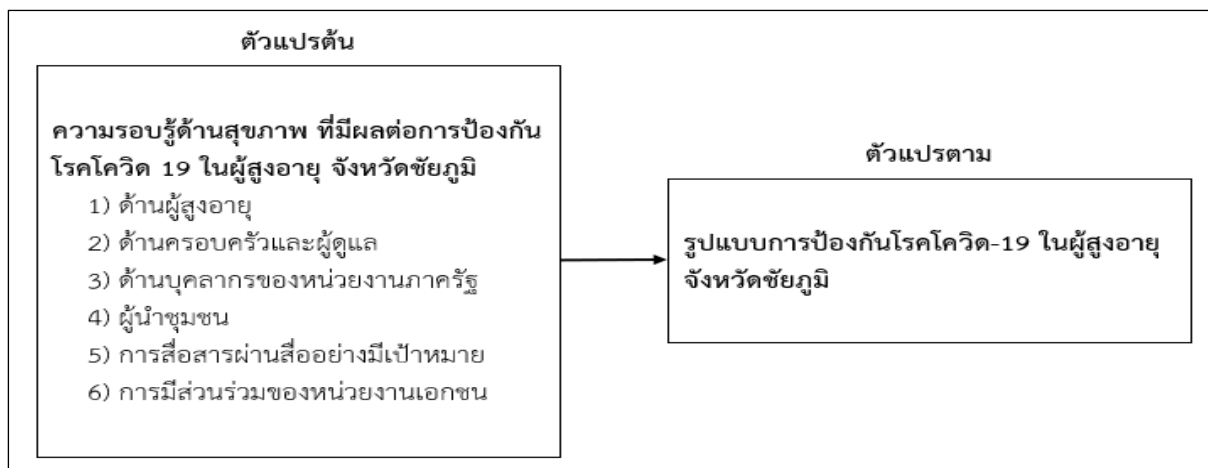


Figure 1: Research Framework.

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) เพื่อศึกษารูปแบบการป้องกันโรคโควิด-19 ในกลุ่มผู้สูงอายุ โดยศึกษาในกลุ่มเป้าหมาย 6 กลุ่ม ในช่วงเดือน มกราคม - เมษายน พ.ศ.2565 ดำเนินการในพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ

ผู้ให้ข้อมูลหลัก

การศึกษานี้ เลือกกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักแบบเฉพาะเจาะจง รวม 37 ท่าน ประกอบด้วยผู้สูงอายุที่ไม่เป็นผู้ป่วยติดเตียง 6 คน และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุเพื่อป้องกันโรคโควิด-19 อีก 31 ท่าน คือ ผู้ดูแลในครอบครัว 6 คน อสม. ที่มีประสบการณ์การทำงานเป็น Care Giver มาอย่างน้อย 1 ปี จำนวน 14 คน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลตติยภูมิ และกลุ่มงานควบคุม

โรคสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ รวม 6 คน เจ้าหน้าที่องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น 2 คน และภาคีเครือข่ายชุมชน ได้แก่ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน และผู้อำนวยการโรงเรียนผู้สูงอายุ จำนวน 3 คน

เกณฑ์การคัดเลือกกำหนดให้ผู้เข้าร่วมต้องเป็นบุคลากรในภาครัฐหรือภาคีชุมชนที่อยู่ในพื้นที่จังหวัดชัยภูมิ และปฏิบัติงานเกี่ยวกับผู้สูงอายุอย่างน้อย 1 ปี โดยต้องสามารถสื่อสารและตอบคำถามได้อย่างเข้าใจ ได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันโควิด-19 ครบอย่างน้อย 3 เข็ม และมีความสมัครใจเข้าร่วมโครงการ ทั้งนี้ ผู้ที่ไม่ได้อยู่ในพื้นที่ขณะเก็บข้อมูลหรือป่วยเป็นโรคโควิด-19 จะถูกคัดออกจากการศึกษา

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้ใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เพื่อศึกษารูปแบบการป้องกันโรคโควิด-19 ในผู้สูงอายุจังหวัดชัยภูมิ โดยมี 4 ขั้นตอนหลักที่ ดังนี้

ขั้นวางแผน (Plan): เริ่มต้นด้วยการระบุปัญหาและทำความเข้าใจสถานการณ์ในพื้นที่ จากนั้นกำหนดวัตถุประสงค์การวิจัยและวางแผนการเก็บรวบรวมข้อมูลอย่างเป็นระบบ เพื่อเตรียมความพร้อมก่อนลงสู่การปฏิบัติจริง

ขั้นปฏิบัติ (Act): นำแผนที่วางไว้สู่การปฏิบัติ โดยการเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายและเริ่มเก็บข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลหลัก เพื่อศึกษาแนวทางการป้องกันโรคโควิด-19 ในผู้สูงอายุอย่างเป็นรูปธรรม

ขั้นสังเกต (Observe): ดำเนินการควบคู่ไปกับการเก็บข้อมูล โดยวิเคราะห์ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่มไปพร้อมกัน

หากพบประเด็นที่ยังไม่ชัดเจนจะเก็บข้อมูลเพิ่มเติมทันที จากนั้นนำข้อมูลทั้งหมดมาวิเคราะห์อย่างเป็นระบบเพื่อหาประเด็นสำคัญและความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้น

ขั้นสะท้อนผล (Reflect): สังเคราะห์ผลการศึกษาเพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคโควิด-19 ในผู้สูงอายุจังหวัดชัยภูมิ ในลักษณะของระบบเครือข่ายหลายชั้นที่มีผู้สูงอายุเป็นศูนย์กลางขยายไปสู่ครอบครัว ชุมชน และระดับจังหวัด

เครื่องมือในการวิจัย

การวิจัยนี้ ใช้เครื่องมือ 3 ประเภท ได้แก่ แนวคำถามสำหรับการสัมภาษณ์เชิงลึก แนวคำถามสำหรับการสนทนากลุ่ม และการศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้อง

แนวคำถามพัฒนาจากกรอบแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพ 6 ด้าน ประกอบด้วย การเข้าถึงข้อมูล ความรู้ความเข้าใจ ทักษะการสื่อสาร ทักษะการตัดสินใจ ทักษะการจัดการตนเอง และการรู้เท่าทันสื่อ โดยผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ได้แก่ อาจารย์พยาบาลด้านผู้สูงอายุ 2 ท่าน พยาบาลเฉพาะทางด้านผู้สูงอายุ 1 ท่าน พยาบาลรับผิดชอบงานโควิด 1 ท่าน และแพทย์ 1 ท่าน

นอกจากนี้ใช้แบบบันทึกภาคสนามเพื่อบันทึกเหตุการณ์และรายละเอียดต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นระหว่างการเก็บข้อมูล ครอบคลุมวันเวลา สถานที่ บุคคลที่เกี่ยวข้อง และพฤติกรรมที่เกิดขึ้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลตามขั้นตอนดังนี้

การเตรียมการ: เริ่มต้นด้วยการประชุมทีมวิจัยเพื่อชี้แจงเครื่องมือการวิจัย เทคนิคการสัมภาษณ์ การพิทักษ์สิทธิ์ผู้ให้ข้อมูล และการวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อให้ทีมมีความเข้าใจที่สอดคล้องกัน

การเข้าถึงพื้นที่: ผู้วิจัยแนะนำตนเองกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ทั้งโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น และผู้นำชุมชน เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และขอความร่วมมือ

การคัดเลือกผู้ให้ข้อมูล: ใช้คำแนะนำจากพยาบาลวิชาชีพสำหรับกลุ่มผู้สูงอายุและอาสาสมัครสาธารณสุข และจากผู้บังคับบัญชาสำหรับบุคลากรภาครัฐ จากนั้นชี้แจงวัตถุประสงค์และขอลงนามในหนังสือยินยอมก่อนเก็บข้อมูล

การเก็บข้อมูล: แบ่งเป็น 3 วิธี ได้แก่ การสนทนากลุ่มกับผู้สูงอายุและอาสาสมัครสาธารณสุข (60-120 นาที) การสัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้ดูแลและบุคลากรภาครัฐ (45-60 นาที) โดยขออนุญาตบันทึกเสียงทุกครั้ง และการศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้อง เช่น ข้อมูลการรับวัคซีน นโยบายองค์กร และประกาศของคณะกรรมการป้องกันโรคโควิด

ระหว่างการสัมภาษณ์จะวิเคราะห์ข้อมูลไปพร้อมกัน หากพบประเด็นที่ยังไม่ครบถ้วนจะนัดสัมภาษณ์เพิ่มเติมทันที หลังสิ้นสุดจะจด

บันทึกภาคสนามและถอดเทปการสัมภาษณ์แบบคำต่อคำเพื่อการวิเคราะห์ต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลการสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่มกับกลุ่มเป้าหมาย และการสังเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)

ผลการวิจัย

จากการศึกษาเชิงคุณภาพผ่านการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่มกับกลุ่มเป้าหมายที่คัดเลือกแบบเจาะจง พบว่ารูปแบบการป้องกันโรคโควิด-19 ในผู้สูงอายุจังหวัดชัยภูมิเป็นระบบเครือข่ายที่เชื่อมโยงกันอย่างครอบคลุมและมีการทำงานร่วมกันแบบบูรณาการระหว่างหลายภาคส่วน ซึ่งสามารถจำแนกออกเป็น 6 องค์ประกอบหลักที่มีความเชื่อมโยงและส่งผลกระทบต่อกันอย่างเป็นระบบ ดังนี้

องค์ประกอบแรก: เป็นจุดศูนย์กลางของรูปแบบการป้องกันคือตัวผู้สูงอายุเอง ซึ่งมีบทบาทสำคัญในการดูแลตนเองผ่าน 4 มิติหลัก ได้แก่ ความรู้ความตระหนักเกี่ยวกับโรคโควิด-19 การรู้เท่าทันสื่อและการเข้าถึงข้อมูล การจัดการดูแลสุขภาพตนเอง และการเข้าถึงบริการสุขภาพ จากการสัมภาษณ์พบว่า ความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเป็นปัจจัยสำคัญที่สุดในการป้องกัน ดังที่ผู้สูงอายุหญิงท่านหนึ่งกล่าวว่า “ถ้าบ่มีความรู้ ก่าบ่สามารถป้องกันการติดเชื้อได้หรอก..... เพราะ โควิด 19 มันมาหลายทาง ที่รู้คือไปตลาดมือไม้ไปจับอะไรมาที่มีเชื้อก็ติดได้...หลังๆ มาบอกอยู่ในบ้านก็ต้องใส่ mask ว่าลูกหลานเอามา

ด้วยจากนอกบ้านถ้าบอບอกกันก็บอฐู บอฐูก็ป้องกันบอได้” หญิงสูงอายุ เป็น หญิง อายุ 65 ปี แสดงให้เห็นว่าการมีความรู้ที่ถูกต้องช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถปรับพฤติกรรมการป้องกันได้อย่างเหมาะสม

อย่างไรก็ตาม การเข้าถึงข้อมูลและการรู้เท่าทันสื่อกลับเป็นปัญหาสำคัญ เนื่องจากผู้สูงอายุได้รับข้อมูลจากหลายแหล่งที่มีทั้งข้อมูลที่ถูกต้องและไม่ถูกต้อง โดยเฉพาะข้อมูลแบบปากต่อปากที่ส่งผลต่อการตัดสินใจของผู้สูงอายุ ดังที่ชายสูงอายุท่านหนึ่งเล่าว่า “ลุงฟังมาจากเขาเล่าในตลาดว่ายายเขาไปฉีดวัคซีนแล้วตาย บางคนไปฉีดแล้วป่วย....ตอนนี้ลุงยังไม่ไปฉีดหรอกทางหมอเขาามาตามตลอดกลัวมีเป็นแบบยายเขา” ชายสูงอายุ เป็น ชาย อายุ 62 ปี ซึ่งแสดงให้เห็นถึงอิทธิพลของข้อมูลที่ไม่ถูกต้องต่อพฤติกรรมการป้องกันของผู้สูงอายุ

การจัดการสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุครอบคลุมทั้งการป้องกันการติดเชื้อ การรักษาเมื่อเจ็บป่วย และการฟื้นฟูหลังติดเชื้อ โดยผู้สูงอายุที่มีความรู้และปฏิบัติตนอย่างถูกต้องสามารถป้องกันการติดเชื้อได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังที่หญิงสูงอายุท่านหนึ่งเล่าประสบการณ์ว่า “แม้ยังไม่เคยติดโควิดตั้งแต่เขาเป็นกันมาต่อก็รอบ เพราะเขาแจ้งให้ทำอะไรล้างมือนี้ในกระเป๋ามีเจลแอลกอฮอล์ ใส่หน้ากากบางทีก็ผ้าบางทีหน้ากากหมอบ กินช้อนกลาง ไม่ไปที่ชุมชนก็ไม่ไป ไปฉีดวัคซีนก็ไปฉีดครบจำ เห็นในข่าวกลัวเหมือนกันเขาว่าผู้สูงอายุเป็นแล้วเสี่ยงมากกว่าคนอื่น” หญิงสูงอายุ เป็น หญิง อายุ 67 ปี

ปัญหาสำคัญที่พบในการเข้าถึงบริการสุขภาพคือ ข้อจำกัดทางเศรษฐกิจของผู้สูงอายุ บางราย ดังที่ชายสูงอายุท่านหนึ่งกล่าวว่า “ถ้ามีเงิน 20-30 บาทเขาไปซื้อปลาหมากินกับข้าวดีกว่าถ้าจะให้ไปซื้อหน้ากาก....ที่มีใส่อยู่นี้ก็ อสม.เขาแจก บางทีใส่จนหงอกสกปรก ถ้าเขาไม่เอามาแจกก็ไม่มีใส่ แอลกอฮอล์ล้างมือเหมือนกันจะให้เอาเงินไปซื้อพวกนี้ซื้อแจ่ว ปลาหมากินดีกว่า” ชายสูงอายุ เป็น ชาย อายุ 64 ปี ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความท้าทายในการเข้าถึงอุปกรณ์ป้องกันของผู้สูงอายุกลุ่มที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำ

องค์ประกอบที่ 2: คือ ผู้ดูแลและครอบครัวซึ่งมีอิทธิพลอย่างมากต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคของผู้สูงอายุ เนื่องจากเป็นแหล่งข้อมูลที่ผู้สูงอายุเชื่อถือมากที่สุด และเป็นผู้ดูแลในชีวิตประจำวัน จากการสัมภาษณ์ พบว่าครอบครัวที่มีความรู้ความเข้าใจและให้การสนับสนุนอย่างเหมาะสม ส่งผลให้ผู้สูงอายุสามารถป้องกันโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังที่ชายสูงอายุท่านหนึ่งเล่าว่า “ตอนโรคระบาดมาๆ ลุงๆ บอกไม่ให้ออกนอกบ้านเลย ตลาดไม่ได้ไป เขาเป็นคนดูแล ถ้าเราต้องเดินทางด้วยรถทัวร์ก็ย่ำว่าในกระเป๋าต้องมีหน้ากาก เจลแอลกอฮอล์ล้างมือ เขาพาไปฉีดวัคซีนตามกำหนดหมอนัดเป๊ะ ก็เลยรอดมาได้ทุกวันนี้ตั้งแต่โรคระบาดยังไม่ติดเลยสักครั้ง” ชายสูงอายุ เป็น ชาย อายุ 61 ปี ในทางตรงกันข้าม ครอบครัวที่ขาดความระมัดระวังกลับกลายเป็นแหล่งแพร่เชื้อให้กับผู้สูงอายุ ดังที่อาสาสมัครสาธารณสุขท่านหนึ่งเล่าว่า “ก็ลูกหลานแหละตัวดี ที่หมู่บ้านนั้นลูกหลานนั้นแหละเอามาติดผู้สูงอายุมาจากกรุงเทพฯ ไม่

ยอมตรวจ ATK ผู้เฒ่าก็เลยต้องติดโควิดไปด้วย ถ้าลูกหลานไม่สนใจตัวเองก็พลอยเอาโรคติดผู้เฒ่าในบ้านนำ” อาสาสมัครสาธารณสุข เป็น หญิง อายุ 38 ปี ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความสำคัญของการมีความรู้และพฤติกรรมที่เหมาะสมของสมาชิกในครอบครัว

องค์ประกอบที่สาม: มีความสำคัญอย่างยิ่งคือบุคลากรของหน่วยงานภาครัฐ โดยเฉพาะอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ที่ถือเป็นกลไกหลักในการดำเนินงานป้องกันโรคโควิด-19 ในระดับชุมชน จากการสัมภาษณ์ พบว่าความเสียสละและจิตอาสาของบุคลากรเหล่านี้เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้การป้องกันโรคประสบความสำเร็จ ดังที่หญิงสูงอายุที่เคยติดเชื้อท่านหนึ่งเล่าว่า “ยายเคยติดเชื้อที่รอดหายมาได้ไม่เป็นหนัก เพราะ อสม. มาบอกให้ฉีดวัคซีนก็ไปฉีดครบ ตอนป่วย อสม. เขามาดูแลเอายามาให้แยกตัวกักตัวในบ้าน เขามาให้ความรู้ที่ต้องทำนั้นก็จะทำตามคุณหมอบอก กินยาครบก็หายไม่ติดเชื้อรุนแรง ช่วงแรก ๆ เทศบาลเขามีอาหารกล่องแจกด้วย” หญิงสูงอายุ เป็น หญิง อายุ 64 ปี

การทำงานเชิงรุกของอาสาสมัครสาธารณสุขเป็นลักษณะเด่นที่แตกต่างจากระบบบริการสุขภาพทั่วไป โดยพวกเขาจะเข้าไปในชุมชนและติดตามดูแลผู้สูงอายุอย่างใกล้ชิด ดังที่อสม.หญิงท่านหนึ่งอธิบายบทบาทของตนเองว่า “เรียนตรวจ ATK และทำหน้าที่ตรวจคนในพื้นที่ชุมชนที่ตนเองรับผิดชอบ ให้ความรู้คนในชุมชนเรื่องการใส่หน้ากาก อยู่ห่างกัน การล้างมือ คนสูงอายุก็ต้องระวังเรื่องลูกหลานกลับมาเยี่ยมนี้แหละคนนำโรคมาให้ บางที

ผู้สูงอายุไม่รู้ต้องให้ความรู้เขา การฉีดวัคซีน การส่งยาส่งอาหารตามบ้าน วันหยุดไม่มีทำงานตลอด โทรศัพท์ไลน์ต้องเปิดไว้” ” อาสาสมัครสาธารณสุข เป็น หญิง อายุ 49 ปี

ความเสียสละของอาสาสมัครสาธารณสุขสะท้อนออกมาอย่างชัดเจนจากคำกล่าวของ อสม. ท่านหนึ่งว่า “เราจะทิ้งได้ไงคุณหมอ ชาวบ้านก็หวังพึ่งเราไม่รู้อะไรก็ตามเราคิดค้นแค่ไหนก็ต้องไปดูเขา กลัวติดโควิดก็กลัวเราก็มียูมมีครอบครัวต้องดูแล แต่ก็ต้องดูแลคนในชุมชนที่เราหวังพึ่งเราด้วย สงสารเขาคุณหมอ เราเสียสละเวลานิดๆ หน่อยๆ ได้ช่วยเหลือคนในบ้านเรา” ซึ่งแสดงให้เห็นถึงจิตวิญญาณของการทำงานเพื่อส่วนรวมที่เป็นรากฐานสำคัญของระบบการป้องกันโรค อาสาสมัครสาธารณสุข เป็น หญิง อายุ 54 ปี

การทำงานแบบประสานเครือข่ายร่วมกันระหว่างหน่วยงานต่าง ๆ เป็นอีกลักษณะสำคัญของรูปแบบการป้องกันโรค โดยมีการประสานงานระหว่าง รพ.สต. โรงพยาบาลประจำจังหวัด เทศบาล องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) และหน่วยงานอื่น ๆ ในการสนับสนุนทั้งงบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ และการดำเนินการต่าง ๆ ดังที่เจ้าหน้าที่เทศบาลอธิบายว่า “เทศบาลเราทำหลายอย่างในช่วงนั้นก็ถือว่าหนักหนาพอสมควร ทำทุกอย่างครบทั้งแจกอุปกรณ์ป้องกันพวกหน้ากาก เจลแอลกอฮอล์ นิดมาเชื่อน้ำยา จัดสร้างศูนย์พักคอยเพื่อกักตัวทั้งคนป่วยและคนเสี่ยง ถ้าหนักหนาก็จัดรถไปส่งที่ รพ. ชัยภูมิ รพ.สนามสิริวัฒนวิ...ที่นี้จัดศูนย์พักคอยไว้ตรงศาลพ่อหมื่นแล้วจัด อสม. ให้ช่วยอยู่เวร 2 คน

ต่อวัน จ่ายค่าตอบแทนให้เฉลี่ย 300 และร่วมกับ รพ.สต. บ้านค่ายจัดสร้าง รพ.สนามบ้านค่าย ในช่วงที่ระบาดหนัก ๆ” เจ้าหน้าที่เทศบาล เป็น ชาย อายุ 52 ปี

องค์ประกอบที่ 4: คือ ผู้นำชุมชน ซึ่งมีบทบาทเป็นศูนย์กลางในการประสานงานและเป็นแหล่งข้อมูลของชุมชน ผู้นำชุมชนทำหน้าที่เชื่อมโยงระหว่างหน่วยงานภาครัฐกับประชาชนในพื้นที่ และช่วยในการเฝ้าระวังและติดตามสถานการณ์ในชุมชน ดังที่ผู้นำชุมชนท่านหนึ่งอธิบายว่า “ส่วนใหญ่ทำหน้าที่ประสานงานร่วมกับ อบต. เทศบาล หมอประจำ รพ.สต. อสม. ในการทำงานในชุมชนเรา สอดส่องตรวจเชิงรุก หากคนติดเชื้อ คนเข้าคนออกคนแปลกหน้าที่มาในชุมชน พอรู้ว่าบ้านนี้ติดก็ประสานแจ้ง อสม. เพื่อให้หมอจัดยามาให้ หายแล้วก็ประสานเทศบาลมาฉีดยาฆ่าเชื้อ คนไม่ติดก็ให้ความรู้เอาหน้ากาก เจลแอลกอฮอล์ ไปแจกเขา เราสื่อสารกันผ่านไลน์ในการทำงานและโทรศัพท์บ้างหน้าที่หลักๆ คือดูคนในชุมชนหมู่ 1 ที่เรารับผิดชอบ” ผู้นำชุมชน เป็น ชาย อายุ 47 ปี

นอกจากนี้ ผู้นำชุมชนยังทำหน้าที่เป็นศูนย์กลางในการกระจายข้อมูลและวัสดุอุปกรณ์ป้องกันโรค ดังที่ผู้นำชุมชนอีกท่านหนึ่งเล่าว่า “เราเป็นเสมือนศูนย์กลางของข้อมูลในชุมชนเรา ถึงเวลาคุณหมอก็ก็นำให้ออกกระจายเสียงตามสาย บางครั้งมากระจายแอลกอฮอล์ หน้ากากไว้ที่เรา มีหน้าที่เรียกประธานชุมชนคุ่มนั้นคุ่มนี้มารับของเอาไปดูแลคนในชุมชน ถ้าเขาเข้าใจข้อมูลผิดๆ ก็ช่วยกันกับ อสม. แก้ไข” ผู้นำชุมชน เป็น ชาย อายุ 51 ปี

องค์ประกอบที่ 5: คือ สื่อจากทุกภาคส่วน ซึ่งมีอิทธิพลต่อการรับรู้และพฤติกรรมของผู้สูงอายุอย่างมาก สื่อทั้งแบบดั้งเดิม เช่น โทรทัศน์ วิทยุ และสื่อใหม่ เช่น Facebook Line มีบทบาทสำคัญในการส่งผ่านข้อมูลทั้งที่ถูกต้องและไม่ถูกต้อง ดังที่หญิงสูงอายุท่านหนึ่งเล่าว่า “ติดตามข่าวโควิดในทีวีก็ตกใจอยู่ กลัวคนตายเยอะแยะ ในทีวีเขาทำให้ปฏิบัติตัวใส่หน้ากาก ล้างมือล้างแอลกอฮอล์ กินอาหารร้อนใช้ช้อนกลาง ให้ไปฉีดวัคซีนก็ทำตามเขาแหละคุณหมอ” หญิงสูงอายุ เป็น หญิง อายุ 61 ปี

อย่างไรก็ตาม สื่อออนไลน์บางประเภทกลับเป็นแหล่งข้อมูลที่ไม่ถูกต้องและส่งผลกระทบต่อ การป้องกันโรค ดังที่ชายสูงอายุท่านหนึ่งเล่าว่า “ในทีวี ในไลน์เขาส่งข้อมูลมาว่ามีคนฉีดวัคซีนแล้วตาย บอกเป็นผลข้างเคียงว่างั้นแรกๆ กลัวเหมือนกัน ไม่ได้ไปฉีดวัคซีนตามเขานัดเพราะกลัว” ชายสูงอายุ เป็น ชาย อายุ 66 ปี รวมถึงการแพร่กระจายข้อมูลการรักษาแบบพื้นบ้านที่ไม่ได้รับการพิสูจน์ทางวิทยาศาสตร์ ดังที่ชายสูงอายุอีกท่านเล่าว่า “ในเฟซบุ๊กแชร์มาว่าไม่ต้องรอติดโควิดกินฟ้าทะลายโจรกินไว้เลยเพื่อป้องกัน กินใบกระเพราก็ป้องกันได้ กระชายขาวเขาว่าพืชที่ให้เราเผ็ดโอ เราก็เอามาปฏิบัติตัวตามนั้นปั่นกินทุกวัน” ชายสูงอายุ เป็น ชาย อายุ 63 ปี

องค์ประกอบสุดท้าย: คือ การมีส่วนร่วมของหน่วยงานเอกชน ซึ่งประกอบด้วยร้านขายยา คลินิกแพทย์ ห้างสรรพสินค้า ร้านค้า โรงแรม และสถานประกอบการอื่น ๆ ที่ช่วยสนับสนุนการป้องกันโรคผ่านการจำหน่ายอุปกรณ์ป้องกัน การควบคุมมาตรการในสถานประกอบการ และการ

ให้ความรู้แก่ลูกค้า ดังที่หญิงสูงอายุท่านหนึ่งเล่าประสบการณ์ว่า “บางทีก็ลืมใส่หน้ากากออกจากบ้านลูกพาไปห้าง โรบินสันเขาแจ้งมวด ต้องล้างมือใส่หน้ากาก อย่างจะซื้อของใน 7-eleven ถ้าไม่ใส่หน้ากากไม่ให้เข้าไปซื้อ เอออันนี้เขาก็แจ้งมวด คินะเลยพลอยทำให้เราต้องใส่หน้ากากตลอดเวลาไปเลย” หญิงสูงอายุ เป็น หญิง อายุ 62 ปี

ร้านขายยา มีบทบาทสำคัญในการคัดกรองผู้ป่วยเบื้องต้นและให้คำแนะนำ ดังที่เจ้าของร้านขายยาท่านหนึ่งเล่าว่า “ก็ก็ต้องเปิดขายของให้ลูกค้าแต่ตัวเองก็กลัวติดเหมือนกัน ที่ร้านต้องทำจากกันตั้งแอลกอฮอล์ล้างมือไว้หลาย ๆ จุด ต้องบอกลูกค้าไม่ให้ใส่หน้ากากไม่ให้เข้า....บางคนมาซื้อยาแก้เจ็บคอ ยาแก้ไอเสบบอกเจ็บคอก็ไม่ใช่อันนี้เริ่มสงสัยแล้ว บางทีเราก็บอกให้เขาตรวจโควิดเลย อย่าไปนอนรอกินแต่ยาอยู่บ้านอาการเหมือนโควิดบางคนเรามีส่วนบอกเขาหลายคน

ค่ะ” เจ้าของร้านขายยา เป็น หญิง อายุ 38 ปีซึ่งแสดงให้เห็นถึงบทบาทของเอกชนในการเป็นจุดเฝ้าระวังเบื้องต้น

จากการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพทั้งหมด พบว่าปัจจัยที่ทำให้การป้องกันโรคโควิด-19 ในผู้สูงอายุจังหวัดชัยภูมิประสบความสำเร็จคือความเสียสละ จิตอาสา และการทำงานในเชิงรุกของอาสาสมัครสาธารณสุขและผู้นำชุมชน ประกอบกับการทำงานแบบเครือข่ายที่เชื่อมโยงทุกภาคส่วนเข้าด้วยกัน ดังที่พยาบาลวิชาชีพท่านหนึ่งสรุปว่า “มีเขาเป็นคีย์แมนในการทำงานเชิงรุกที่สำคัญมาก ๆ การตรวจคัดกรองคนเข้าออกในชุมชน การให้ข้อมูลชาวบ้านเขาจะลงไปในเชิงรุกให้กับเรา” ซึ่งเป็นสิ่งที่แสดงให้เห็นถึงความเข้มแข็งของระบบการป้องกันโรคในระดับชุมชนที่สามารถตอบสนองต่อความต้องการของผู้สูงอายุได้อย่างครอบคลุมและมีประสิทธิภาพ

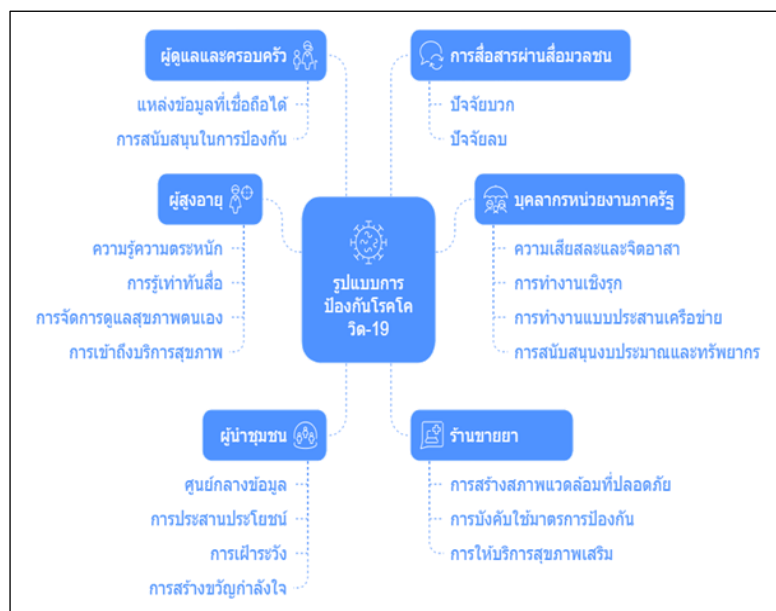


Figure 2: COVID-19 Prevention Model for 6 Key Target Groups

จากการสังเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ พบว่า รูปแบบการป้องกันโรคโควิด-19 ในผู้สูงอายุ จังหวัดชัยภูมิเป็นระบบเครือข่ายหลายชั้นที่มีผู้สูงอายุเป็นศูนย์กลาง ขยายไปสู่ครอบครัว ชุมชน และจังหวัด โดยแต่ละชั้นทำงานร่วมกัน อย่างไร้รอยต่อ

ประเด็นที่โดดเด่นที่สุดคือการทำงานเชิงรุกของอาสาสมัครสาธารณสุขที่เข้าไปดูแลผู้สูงอายุถึงบ้าน ครอบคลุมการให้ความรู้ แจกอุปกรณ์ป้องกัน ตรวจคัดกรอง ส่งยา และติดตามการฉีดวัคซีน การทำงานแบบนี้ขับเคลื่อนด้วยจิตอาสาและความเสียสละของบุคลากรที่ยอมทำงานนอกเวลาและเสี่ยงต่อการติดเชื้อ

การสื่อสารใช้หลายช่องทางแต่พบว่าการสื่อสารผ่านบุคคลที่ผู้สูงอายุเชื่อถือ เช่น ครอบครัว อสม. และผู้นำชุมชน มีประสิทธิภาพมากกว่าสื่อมวลชน เมื่อมีข้อมูลผิดพลาดแพร่กระจาย ระบบจะใช้บุคคลเหล่านี้แก้ไขอย่างทันท่วงที

การจัดการทรัพยากรเป็นการรวมพลังจากหลายภาคส่วน โดยองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นประสานการจัดหาและกระจาย รพ.สต. ดูแลด้านการแพทย์ และเอกชนสนับสนุนการจำหน่ายอุปกรณ์และบังคับใช้มาตรการ ระบบปรับตามสภาพเศรษฐกิจของผู้สูงอายุโดยแจกอุปกรณ์ฟรีและส่งยาถึงบ้าน

การเฝ้าระวังเป็นเครือข่ายที่ทุกคนมีส่วนร่วม ตั้งแต่ผู้นำชุมชนสอดส่องคนเข้าออก อสม. ตรวจคัดกรอง ไปจนถึงเอกชนคัดกรองลูกค้า ทำให้ตรวจพบและควบคุมการแพร่กระจายได้รวดเร็ว การดูแลเป็นระบบต่อเนื่องครอบคลุมการป้องกัน รักษา และฟื้นฟู พร้อมปรับตัวยืดหยุ่นตามสถานการณ์

โดยสรุป รูปแบบการดำเนินงานเป็น "ระบบป้องกันแบบชุมชนเป็นฐาน" ที่มี อสม. เป็นกลไกหลักเชื่อมโยงระบบสุขภาพกับชุมชน ขับเคลื่อนด้วยจิตอาสา ความสำเร็จอยู่ที่การสร้าง ความไว้วางใจ การเข้าถึงอย่างใกล้ชิด และระบบสนับสนุนที่ครอบคลุม

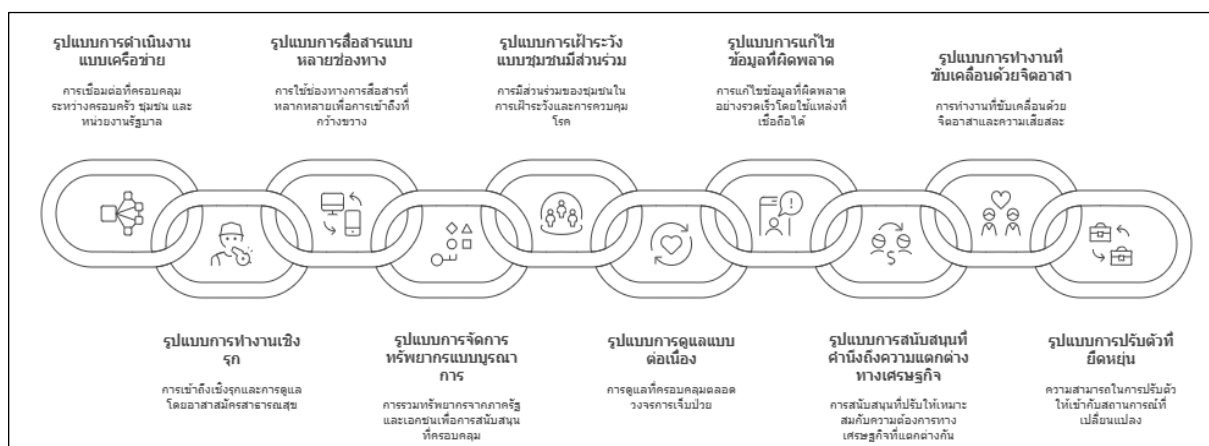


Figure 3: The Roles of COVID-19 Prevention, ranging from Preventive to Proactive Approaches, synthesized from Key Informant Data.

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษาเชิงคุณภาพ ระบุถึงแบบจำลองระบบการป้องกันโรคโควิด-19 ในผู้สูงอายุ ซึ่งประกอบด้วยหกองค์ประกอบหลัก เริ่มจากผู้สูงอายุกลายเป็นศูนย์กลางของระบบ ด้วยความรู้ความตระหนักในการดูแลสุขภาพตนเองและการเข้าถึงบริการสุขภาพ และกลุ่มผู้ดูแลและครอบครัว ซึ่งทำหน้าที่ให้ข้อมูลที่เชื่อถือได้และเป็นแรงสนับสนุนสำคัญต่อผู้สูงอายุ ในขณะที่ขบวนบุคลากรภาครัฐ โดยเฉพาะ อสม. ทำงานเชิงรุกและเป็นกลไกสำคัญของระบบ รวมถึง ผู้นำชุมชนทำหน้าที่เป็นศูนย์กลางในการประสานงานและเผยแพร่ข้อมูล ส่วนสื่อจากทุกภาคส่วนมีอิทธิพลต่อการรับรู้และพฤติกรรมของกลุ่มเป้าหมาย และสุดท้ายหน่วยงานเอกชนก็มีบทบาทสนับสนุนด้านการป้องกันและการบังคับใช้นโยบาย

ทั้งหมดนี้แสดงให้เห็นว่าความสำเร็จในการป้องกันโรคโควิด-19 ในผู้สูงอายุของจังหวัดชัยภูมิ เกิดจากการทำงานร่วมกันในเครือข่ายที่เชื่อมโยงทุกภาคส่วน โดยอาสาสมัครสาธารณสุขทำหน้าที่เป็นกลไกหลักในการขับเคลื่อนระบบนี้ อย่างมีประสิทธิภาพ นำไปสู่ประเด็นในการอภิปรายที่สำคัญ ดังนี้

การทำงานเชิงรุกของอาสาสมัครสาธารณสุข: แกนหลักของความสำเร็จ

ผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับรายงานขององค์การอนามัยโลก (WHO) ที่ระบุว่า อสม. ของไทย เป็นบุคลากรสุขภาพที่ป้องกันชุมชนทั่วประเทศจากโควิด-19 การศึกษานี้เผยให้เห็น

ชัดเจนว่า อสม. ในพื้นที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลสุขภาพปฐมนิคมมากกว่า 4 ทศวรรษ⁽⁸⁾ การทำงานเชิงรุกของ อสม. ในจังหวัดชัยภูมิที่ปรากฏในการวิจัยนี้ เช่น การเยี่ยมบ้าน การตรวจคัดกรอง การแจกอุปกรณ์ป้องกัน สะท้อนถึงรูปแบบการทำงานที่ WHO ยอมรับว่าเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ประเทศไทยสามารถควบคุมการระบาดของโควิด-19 ได้อย่างมีประสิทธิภาพ การที่ อสม. ได้รับการฝึกอบรมในการเฝ้าระวังโรคติดเชื้อตั้งแต่ปี 2004 ช่วงการระบาดของไข้หวัดนก ทำให้พวกเขามีความพร้อมในการรับมือกับสถานการณ์ฉุกเฉินด้านสาธารณสุข รวมถึง ความสามารถเข้าถึงผู้สูงอายุได้อย่างใกล้ชิด⁽⁸⁻¹⁰⁾

การสร้างเครือข่ายสุขภาพชุมชนแบบบูรณาการ

รูปแบบการทำงานแบบเครือข่ายที่พบในการวิจัยนี้ สะท้อนถึงระบบสุขภาพชุมชนของประเทศไทยที่มีความเข้มแข็ง การศึกษาของ ธนะวัฒน์ รามสุข และคณะ (2023)⁽¹¹⁾ พบว่า การสนับสนุนทางสังคม รายได้เพียงพอ และการเข้าถึงบริการสุขภาพและอุปกรณ์ป้องกันมีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมป้องกันการโควิด-19 ที่ดีในผู้สูงอายุ ประเด็นสำคัญที่พบในการวิจัยนี้คือการที่ครอบครัวมีอิทธิพลอย่างมากต่อพฤติกรรมการป้องกันตนเองของผู้สูงอายุ⁽¹²⁾ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการดูแลผู้สูงอายุแบบครอบครัวเป็นฐานของประเทศไทยและประเทศเพื่อนบ้านในภูมิภาคเอเชีย ซึ่งเป็นแบบจำลองการดูแลระยะยาวแบบป้องกันที่เสริมสร้างระบบการดูแลแบบครอบครัวที่ปฏิบัติกันมาแต่เดิม

ความท้าทายในการเข้าถึงข้อมูลและทรัพยากร

การวิจัยนี้เผยให้เห็นปัญหาสำคัญเรื่อง การรู้เท่าทันสื่อและข้อจำกัดทางเศรษฐกิจของ ผู้สูงอายุ⁽¹³⁻¹⁴⁾ ปัญหาเหล่านี้สอดคล้องกับรายงาน ของ Khiewrord & Morrison (2020)⁽¹⁵⁾ ที่ระบุว่า ผู้สูงอายุหลายคนในไทยมีการเข้าถึงอุปกรณ์ ป้องกันที่จำกัด และมีความยากลำบากในการ ปฏิบัติตามมาตรการควบคุมขั้นพื้นฐานเนื่องจาก สภาพเศรษฐกิจและการครองชีพ

การศึกษาของ Vicerra (2021)⁽¹⁶⁾ ใน ประเทศไทยพบว่า มีความแตกต่างระหว่างความรู้ และการปฏิบัติเกี่ยวกับโควิด-19 ในผู้สูงอายุ และ ผู้สูงอายุหลายคนยังคงทำงานอยู่ในช่วงล็อกดาวน์ ซึ่งเกี่ยวข้องกับการลดการปฏิบัติตามมาตรการ ป้องกัน ผลการวิจัยนี้เน้นย้ำถึงความสำคัญของการที่ ข้อมูลสุขภาพต้องปรับให้เหมาะสมกับกลุ่ม ประชากรเป้าหมาย และความต้องการของพวกเขา ต้องได้รับการตอบสนองเนื่องจากมีความเสี่ยง เพิ่มขึ้นจากความเปราะบางทางการเงินและ สุขภาพ

บทบาทของสื่อและการสื่อสาร สาธารณสุข

การวิจัยนี้เผยให้เห็นถึงอิทธิพลที่ หลากหลายของสื่อต่อผู้สูงอายุ ทั้งในแง่บวกและ ลบ การที่ผู้สูงอายุได้รับข้อมูลผิดพลาดจากสื่อ ออนไลน์และการสื่อสารแบบปากต่อปาก ทำให้ เกิดความลังเลในการฉีดวัคซีนและการปฏิบัติตาม คำแนะนำทางการแพทย์ ปัญหานี้สะท้อนถึงความ จำเป็นของการมีระบบการตรวจสอบข้อมูลและ

การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ⁽¹⁷⁾ การที่ ผู้สูงอายุที่ อาศัยในชนบทมีระดับความตระหนักสูงกว่าผู้ที่ อาศัยในเขตเมือง ซึ่งตรงข้ามกับการศึกษาใน ประเทศอื่น อาจเป็นผลมาจากการทำงานของ ระบบสุขภาพชุมชนของไทยที่เข้มแข็งและการ ที่อสม.สามารถเข้าถึงชุมชนชนบทได้อย่างมี ประสิทธิภาพ

สรุปผล

การวิจัยนี้ ชี้ให้เห็นแบบจำลองการ ป้องกันโรคโควิด-19 ในผู้สูงอายุที่ประสบ ความสำเร็จ โดย “ระบบป้องกันแบบชุมชนเป็น ฐาน” โดยอาสาสมัครสาธารณสุขเป็นกลไกหลัก เชื่อมโยงระบบสุขภาพกับชุมชน ขับเคลื่อนด้วย จิตอาสาและความเสียสละ จุดเด่นของแบบจำลอง นี้อยู่ที่การสร้างควมไว้วางใจ การเข้าถึงอย่าง ใกล้ชิด และระบบสนับสนุนที่ครอบคลุม ซึ่ง สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการเตรียมรับมือโรค ระบาดในอนาคต นอกจากนี้ ยังเป็นต้นแบบ ระบบดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบองค์รวมที่ สามารถปรับตัวรับมือกับความท้าทายด้าน สาธารณสุขอย่างยั่งยืน สอดคล้องกับแนวคิดของ Nutbeam (2008)⁽⁷⁾ ที่กล่าวว่า ความรอบรู้ด้าน สุขภาพ ประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่ 1) การเข้าถึง ข้อมูล 2) ความรู้ความเข้าใจ 3) ทักษะการสื่อสาร 4) ทักษะการตัดสินใจ 5) ทักษะการจัดการตนเอง และ 6) การรู้เท่าทันสื่อ ซึ่งเป็นความสามารถและ ทักษะทางการรับรู้และสังคมที่เป็นตัวกำหนด แรงจูงใจ และความสามารถของแต่ละบุคคล เพื่อ ทำให้เกิดการตัดสินใจทางสุขภาพเกี่ยวกับการ ดูแลสุขภาพ การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ได้อย่างเหมาะสม

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

1. เสริมสร้างพลังอำนาจบุคลากรหลัก ส่งเสริมบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขและ ผู้นำชุมชนในการทำงานเชิงรุก ร่วมกับภาคี เครือข่าย พร้อมสนับสนุนอุปกรณ์และสวัสดิการ เพื่อการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพ

2. พัฒนาระบบสนับสนุนที่เป็นมิตร จัดระบบบริการที่เข้าถึงง่าย เน้นการให้ข้อมูล สุขภาพผ่านช่องทางที่เหมาะสม เช่น วิทยูทูบ การพบปะแบบเผชิญหน้าในบรรยากาศเป็น กันเอง โดยใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย เพื่อให้ผู้สูงอายุ สามารถปรับพฤติกรรมการป้องกันโรคได้อย่าง เหมาะสมและยั่งยืน

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

ควรนำรูปแบบการป้องกันโรคโควิด-19 ในผู้สูงอายุจังหวัดชัยภูมิทั้ง 6 องค์ประกอบไปใช้ ในพื้นที่อื่น โดยพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัคร สาธารณสุข ผู้นำชุมชน และบุคลากรท้องถิ่นผ่าน การฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการ ให้ความรู้ด้านการ สื่อสารสุขภาพและทักษะการทำงานเชิงรุก พร้อม สนับสนุนเครื่องมือ อุปกรณ์ และสวัสดิการที่ เหมาะสม

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัย

การศึกษานี้ ผ่านการพิจารณาและอนุมัติ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ เลขที่ HE 65-1-011 ลง วันที่ 21 กรกฎาคม 2565

เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. สถานการณ์ผู้ติดเชื้อ COVID-19 ภายในประเทศ รายสัปดาห์. [อินเทอร์เน็ต]. 2564. [เข้าถึงเมื่อ 17 เมษายน 2564]. เข้าถึงได้จาก: <https://ddc.moph.go.th/covid19-dashboard/>
2. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. คำแนะนำ สำหรับผู้สูงอายุในสถานการณ์การระบาดของ โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19). [อินเทอร์เน็ต]. 2563. [เข้าถึงเมื่อ 17 เมษายน 2564]. เข้าถึงได้จาก: https://covid19.anamai.moph.go.th/web-upload/2xdccaaf3d7f6ae30ba6ae1459eaf3dd66/m_document/6734/34105/file_download/f58d7f01402d9b74c9c1982f80665644.pdf
3. กรมกิจการผู้สูงอายุ. ผู้สูงอายุติดเชื้อ Covid-19 ในประเทศไทย. [อินเทอร์เน็ต]. 2565. [เข้าถึง เมื่อ 17 เมษายน 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.dop.go.th/th/news/1/3177>
4. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ. รายงาน สถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในผู้สูงอายุจังหวัดชัยภูมิ. 2565 ชัยภูมิ : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ, 2565.

5. ยง ภู่วรวรรณ. “หมอยง” เผยวิธีฉีดวัคซีนโควิด “แอสตราเซเนกา” เข็มแรก 12 มี.ค. สามารถฉีดได้หลายคนในขบวนเดียว. [อินเทอร์เน็ต]. 2565. [เข้าถึงเมื่อ 17 เมษายน 2565]. เข้าถึงได้จาก:
<https://www.hfocus.org/content/2021/03/21208>
6. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. เปิดข้อมูลผู้สูงอายุช่วงวัยไหน หากติดเชื้อโควิด-19 เสี่ยงเสียชีวิตสูง!. [อินเทอร์เน็ต]. 2565. [เข้าถึงเมื่อ 17 เมษายน 2565]. เข้าถึงได้จาก:
<https://www.hfocus.org/content/2022/03/24644>
7. Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. Health Promot Int 2000;15(3):259-67.
<https://doi.org/10.1093/heapro/15.3.259>
8. World Health Organization. Thailand's 1 million village health volunteers - "unsung heroes" - are helping guard communities nationwide from COVID-19. [Internet]. 2020. [cited 2022 April 17]. Available from:
<https://www.who.int/thailand/news/feature-stories/detail/thailands-1-million-village-health-volunteers-unsung-heroes-are-helping-guard-communities-nationwide-from-covid-19>
9. บุญเรือน ทองทิพย์. โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) กับศักยภาพของผู้นำต่อการพัฒนาองค์การแบบ New Normal. วารสารสังคมศาสตร์และมานุษยวิทยาเชิงพุทธ 2563;5(11):434-47. <https://so04.tci-thaijo.org/index.php/JSBA/article/view/245891>
10. กิตติพร เนาว์สุวรรณ, นกษา สิงห์วีระธรรม, นวรัตน์ ไชยภูมิ, กชกร ฉายากุล. ความสำเร็จในการดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในชุมชน ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในประเทศไทย. วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ 2563;12(3):195-212.
<https://li01.tci-thaijo.org/index.php/pnujr/article/view/242995>
11. ธนะวัฒน์ รวมสุก, อารยา ทิพย์วงศ์, กนกวรรณ ค้างกัณ, สุธรรม นันทมงคลชัย. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ทางสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ เขตกรุงเทพมหานคร. วารสารพยาบาลสาธารณสุข 2566;37(3):35-47.
<https://he01.tci-thaijo.org/index.php/phn/article/view/265404>

12. Br.Siahaan RH, Utomo W, Herlina H.
Hubungan Dukungan Keluarga dan Efikasi Diri dengan Motivasi Lansia Hipertensi Dalam Mengontrol Tekanan Darah. Holistic Nursing and Health Science 2022;5(1):43-53. DOI:<https://doi.org/10.14710/hnhs.5.1.2022.43-53>
13. รัชณี เต็มอุดม, ศิริลักษณ์ ใจช่วง, กนกพร ไทรสุวรรณ, เพยวดี แอบไธสง, บารเมษฐ์ ภีราล้า. การพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในจังหวัดนครพนม. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น 2564;28(1):1-13. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jdpc7kk/article/view/247463>
14. Njenga GG, Mogambi H, Oriaso S. Issues Associated with Media and Health Information Seeking Behavior Among the Elderly in Kenya. Kabarak Journal of Research & Innovation 2024;14(02):180-90. DOI:<https://doi.org/10.58216/kjri.v14i02.463>
15. Khiewrord U, Morrison P. Thailand needs to do more to support older people from the impact of the COVID-19 pandemic. [Internet]. 2020. [cited 2022 April 17]. Available from: <https://reliefweb.int/report/thailand/thailand-needs-do-more-support-older-people-impact-covid-19-pandemic>
16. Vicerra PMM. Disparity between knowledge and practice regarding COVID-19 in Thailand: A cross-sectional study of older adults. PLOS One 2021;16(10):e0259154. DOI:[10.1371/journal.pone.0259154](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0259154)
17. สติปาติสาระ อีลา, อิกวณิ วานิ, อาฟิเดช คอละ, วัชร ขาวสังข์, ปิยะดา มณีนิล. การแก้ปัญหาการรับมือและการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 องค์การบริหารส่วนตำบลม่วงเตี้ย อ.แม่ลาน จ.ปัตตานี. การประชุมมหาดไทยวิชาการระดับชาติและนานาชาติครั้งที่ 12. 2564;466-78. [https://www.hu.ac.th/conference/conference2021/Proceeding/doc/02%20HU/070-HU%20\(P.466%20-%20478\).pdf](https://www.hu.ac.th/conference/conference2021/Proceeding/doc/02%20HU/070-HU%20(P.466%20-%20478).pdf)

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีเลือดออกในสมองในผู้ป่วยหลอดเลือดสมองขาดเลือด ที่ได้รับยา rt-PA โรงพยาบาลชัยภูมิ

อภิสิทธิ์ ทองงาม, พ.บ.*

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะเลือดออกในสมองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดที่ได้รับยา rt-PA โรงพยาบาลชัยภูมิ เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวางโดยใช้ข้อมูลย้อนหลังในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับยา rt-PA ระหว่างปี พ.ศ. 2565-2567 จำนวน 370 ราย วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และ Multiple logistic regression

ผลการศึกษา พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีอายุมาตรฐาน 69 ปี (21-92 ปี) ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 54.1) และพบอัตราการเกิดภาวะเลือดออกในสมองหลังได้รับยา rt-PA ร้อยละ 14.3 (95% CI: 10.9-18.3) นอกจากนี้ ยังพบว่าระดับความดันโลหิตทั้ง Systolic และ Diastolic ลดลงอย่างมีนัยสำคัญหลังได้รับยา rt-PA ($p < 0.001$) ผลการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกส์แบบพหุตัวแปร พบว่า ภาวะติดเชื้อ (OR = 2.99, 95% CI: 1.46-6.10), โรคไตเรื้อรังระยะ 3-5 (OR = 2.27, 95% CI: 1.06-4.86), อายุที่เพิ่มขึ้น (OR = 1.04, 95% CI: 1.01-1.08) และระยะเวลา Door to Needle time (OR = 1.01, 95% CI: 1.001-1.03) มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการเกิดภาวะเลือดออกในสมองหลังได้รับยา rt-PA

ภาวะติดเชื้อ โรคไตเรื้อรังระยะ 3-5 อายุ และระยะเวลา Door to Needle time เป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะเลือดออกในสมองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดที่ได้รับยา rt-PA การประเมินและจัดการปัจจัยเหล่านี้อย่างเหมาะสมอาจช่วยลดความเสี่ยงและปรับปรุงผลลัพธ์การรักษาในผู้ป่วยกลุ่มนี้ให้ดีขึ้น

คำสำคัญ : ภาวะเลือดออกในสมอง, ผู้ป่วยหลอดเลือดสมองขาดเลือด, ยา rt-PA

*นายแพทย์ชำนาญการ กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลชัยภูมิ

*ผู้ประพันธ์บรรณกิจ: อภิสิทธิ์ ทองงาม, E-mail: doctor_takung@hotmail.com

Risk factors related to intracranial hemorrhage in ischemic stroke patients undergoing rt-PA treatment at Chaiyaphum hospital

Apisit Thongngam, M.D.*

Abstract

This study aimed to analyze factors associated with hemorrhagic transformation in ischemic stroke patients who received rt-PA at Chaiyaphum Hospital. This was a cross-sectional analytical study using retrospective data from 370 stroke patients who received rt-PA between 2022 and 2024. Data were analyzed using descriptive statistics and multiple logistic regression.

The study found that the median age of the sample was 69 years (21-92 years), with the majority being male (54.1%). The incidence of hemorrhagic transformation after rt-PA administration was 14.3% (95% CI: 10.9-18.3). Additionally, both systolic and diastolic blood pressure levels significantly decreased after rt-PA administration ($p < 0.001$). Multiple logistic regression analysis revealed that alcohol dependence (OR = 2.99, 95% CI: 1.46-6.10), chronic kidney disease stages 3-5 (OR = 2.27, 95% CI: 1.06-4.86), increasing age (OR = 1.04, 95% CI: 1.01-1.08), and Door-to-Needle time (OR = 1.01, 95% CI: 1.001-1.03) were statistically significantly associated with hemorrhagic transformation after rt-PA administration.

Alcohol dependence, chronic kidney disease stages 3-5, age, and Door-to-Needle time are factors associated with hemorrhagic transformation in ischemic stroke patients receiving rt-PA. Appropriate assessment and management of these factors may help reduce the risk and improve treatment outcomes in this patient group.

Keyword : Intracranial hemorrhage, ischemic stroke patients, rt-PA

* Medical Doctor Professional level, Internal Medicine Group, Chaiyaphum Hospital.

*Corresponding author: Apisit Thongngam, E-mail: doctor_takung@hotmail.com

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหลอดเลือดสมองเป็นปัญหาสาธารณสุขระดับโลกที่ก่อให้เกิดภาระทางสุขภาพและเศรษฐกิจอย่างมหาศาล⁽¹⁻²⁾ โดยเฉพาะโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด (Ischemic Stroke) ซึ่งพบได้ถึงร้อยละ 85 ของจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด⁽³⁾ ในประเทศไทย โรคนี้เป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิตและความพิการถาวร โดยมีความชุกร้อยละ 1.9 ในประชากรอายุ 45 ปีขึ้นไป และพบบ่อยในผู้ชายที่มีอายุเฉลี่ย 65 ปี⁽⁴⁾ แม้โรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดจะพบมากที่สุด แต่โรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic Stroke) ก็พบในคนไทยได้บ่อยกว่าชาวตะวันตก⁽⁴⁻⁵⁾ ผู้ป่วยประมาณร้อยละ 32 ที่รอดชีวิตต้องเผชิญกับความพิการระดับปานกลางถึงรุนแรง พร้อมค่าใช้จ่ายในการรักษาเฉลี่ย 37,179 บาทต่อปีต่อคน สะท้อนถึงความสูญเสียทางเศรษฐกิจที่ต้องเร่งแก้ไข⁽⁶⁻⁷⁾

ปัจจุบัน การรักษาด้วยยาสลายลิ่มเลือด Recombinant Tissue Plasminogen Activator (rt-PA) ถือเป็นมาตรฐานการรักษาที่ได้รับการยอมรับทั่วโลก⁽⁸⁻⁹⁾ จากการวิเคราะห์พบว่า การให้ยา rt-PA ภายใน 3 - 4.5 ชั่วโมงแรกหลังเกิดอาการสามารถเพิ่มโอกาสฟื้นตัวเป็นปกติหรือมีความพิการเพียงเล็กน้อยได้⁽¹⁰⁻¹¹⁾ อย่างไรก็ตาม ในประเทศไทยมีผู้ป่วยเพียงร้อยละ 27.1 ที่ได้รับยา rt-PA ส่วนหนึ่งเป็นเพราะความกังวลเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อน⁽¹²⁻¹³⁾ โดยเฉพาะภาวะเลือดออกในสมองที่มีอาการ (Symptomatic Intracerebral Hemorrhage: sICH) ซึ่งพบได้ร้อยละ 2-7 ของผู้ป่วยที่ได้รับยา rt-PA⁽¹⁴⁾ การศึกษาล่าสุดพบว่า การเกิด sICH เพิ่มความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตใน

โรงพยาบาลสูงถึง 5.9 เท่า⁽¹⁵⁾ รวมทั้งเพิ่มโอกาสพิการอย่างรุนแรง⁽¹⁶⁾

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าปัจจัยเสี่ยงสำคัญของ sICH ได้แก่ การมีอายุมาก, คะแนน NIHSS สูง ระดับน้ำตาลในเลือดสูง, การใช้ยาต้านเกล็ดเลือดก่อนรักษา และความดันโลหิตสูงหลังให้ยา⁽¹⁷⁻¹⁸⁾ นอกจากนี้ ภาวะเลือดออกในสมองขนาดเล็ก (Cerebral Microbleeds) ยังเพิ่มความเสี่ยง sICH ถึง 1.84 เท่า⁽¹⁹⁾ อย่างไรก็ตาม การศึกษาในประเทศไทยยังมีข้อจำกัด ขณะที่งานวิจัยของ Khan และคณะ (2017) ระบุว่าผู้ป่วยเอเชียมีแนวโน้มจะเกิด sICH สูงกว่าชาวตะวันตก⁽²⁰⁾ สะท้อนถึงความจำเป็นต้องศึกษาปัจจัยเสี่ยงเฉพาะกลุ่ม และระบบบริการสุขภาพของไทย ที่อาจส่งผลกระทบต่อความเสี่ยงและผลลัพธ์การรักษา

แม้มีการศึกษาปัจจัยเสี่ยง sICH ในต่างประเทศจะมีจำนวนมาก แต่การวิจัยในไทยยังขาดข้อมูลที่ครอบคลุม งานวิจัยส่วนใหญ่เป็นการศึกษาเชิงเดี่ยว (Single-center) ทำให้ไม่สามารถสรุปผลเพื่อใช้ในนโยบายระดับชาติได้ นอกจากนี้ แนวทางป้องกันและจัดการ sICH ในบริบทของไทยยังไม่ได้มีการพัฒนาอย่างเป็นระบบ การศึกษานี้จึงมุ่งเติมเต็มช่องว่างดังกล่าว โดยวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยเสี่ยง sICH หลังให้ยา rt-PA ในประชากรไทยอย่างรอบด้าน เพื่อออกแบบมาตรการลดภาวะแทรกซ้อนและยกระดับคุณภาพการรักษาให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตและระบบสุขภาพของประเทศ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีเลือดออกในสมองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดหลังได้รับยา rt-PA โรงพยาบาลชัยภูมิ

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยนี้พิจารณาภาวะเลือดออกในสมองภายหลังการได้รับยา rt-PA ว่าเป็นผลจากปัจจัยที่เกี่ยวข้องกันอย่างซับซ้อนอย่างไร ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ครอบคลุมลักษณะเฉพาะของผู้ป่วย ได้แก่

อายุ เพศ ดัชนีมวลกาย ภาวะโรคประจำตัวต่าง ๆ และประวัติการใช้ยา ลักษณะจำเพาะของโรคหลอดเลือดสมองที่ผู้ป่วยเผชิญได้แก่ความรุนแรง ตำแหน่งที่เกิดการขาดเลือด และระยะเวลาตั้งแต่เกิดอาการ ปัจจัยด้านการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ ได้แก่ขนาดยา rt-PA ที่ใช้ และข้อมูลจากห้องปฏิบัติการ ได้แก่ การแข็งตัวของเลือด ระดับน้ำตาล การทำงานของอวัยวะ และเกล็ดเลือดก่อนการให้ยา rt-PA ซึ่งการวิเคราะห์ปัจจัยอย่างรอบด้านจะช่วยให้เข้าใจกลไกการเกิดภาวะแทรกซ้อนและนำไปสู่แนวทางการป้องกันที่มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

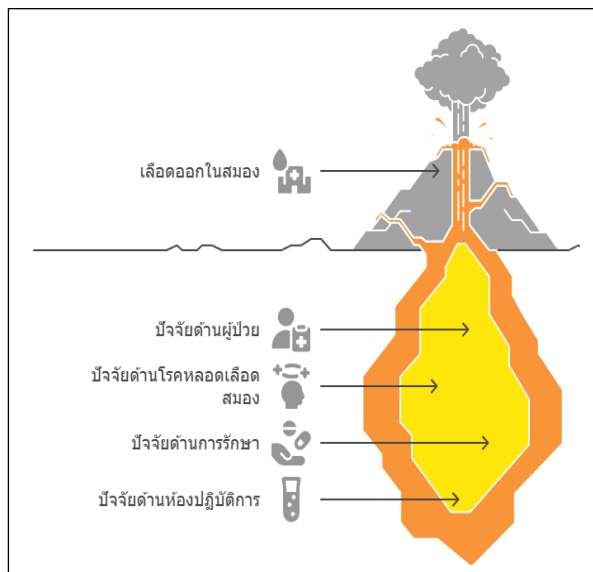


Figure 1: Conceptual Framework of the Research

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัย

เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional analytical study) โดยใช้ข้อมูลย้อนหลัง (secondary data) ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับยา rt-PA ระหว่างปี พ.ศ.2565 – 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป้าหมายในการศึกษาคือผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับยา rt-PA โดยขนาดตัวอย่างคำนวณจากสูตรสำหรับการวิเคราะห์ Multiple logistic regression ตามแนวทางของ Chow, Shao และ Wang (2008)⁽²¹⁾ ร่วมกับ Hsieh, Bloch และ Larsen (1998)⁽²²⁾ โดยอาศัย

ค่าพารามิเตอร์ที่อ้างอิงจากงานวิจัยของ Fekete และคณะ (2023)⁽²³⁾ ซึ่งได้รายงานค่า Odds ratio ของตัวแปรสำคัญไว้ที่ 3.45 และมีสัดส่วนกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มที่ 1 และกลุ่มที่ 2 ที่ร้อยละ 2.95 และ 97.1 ตามลำดับ การคำนวณได้กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 (แบบสองทาง) และกำหนดอำนาจการทดสอบที่ 0.80 (หรือ $\beta = 0.20$)

จากการคำนวณขั้นตอนสำหรับกรณีที่มีตัวแปรอิสระเพียง 1 ตัว ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างขั้นต่ำที่ 182 ราย (แบ่งเป็นกลุ่มที่ 1 จำนวน 6 ราย และกลุ่มที่ 2 จำนวน 176 ราย) อย่างไรก็ตาม เนื่องจากการวิจัยนี้ต้องการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระหลายตัว จึงจำเป็นต้องปรับขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยค่า Variance Inflation Factor (VIF) ซึ่งคำนวณจากสูตร $VIF = \frac{1}{(1-\rho^2)}$ โดย ρ คือค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระ

จากการพิจารณาตารางคำนวณค่า VIF ที่ระดับความสัมพันธ์ต่างๆ และการคาดการณ์ว่าความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระในการศึกษานี้มีค่าประมาณ 0.5 (ซึ่งให้ค่า $VIF = 2$) ทำให้ต้องปรับขนาดกลุ่มตัวอย่างจากเดิม โดยกลุ่มที่ 1 เพิ่มขึ้นเป็น 35 ราย กลุ่มที่ 2 เพิ่มขึ้นเป็น 335 ราย รวมเป็นขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 370 ราย

เครื่องมือในการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษานี้ใช้ข้อมูลจากระบบบันทึกเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ (HosXp) ของโรงพยาบาล เพื่อรวบรวมข้อมูลย้อนหลังของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/ขาดเลือด ที่ได้รับ

ยา rt-PA โดยครอบคลุมข้อมูลหลัก 7 ด้าน ประกอบด้วย 1) ข้อมูลประชากร (อายุ เพศ น้ำหนัก ภูมิภาค ส่วนสูง ดัชนีมวลกาย), 2) ประวัติโรคประจำตัว เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน โรคหัวใจ โรคไต โรคไขมันสูง โรคอ้วน โรคหลอดเลือดสมองก่อนหน้านี้, 3) ประวัติการใช้ยา ได้แก่ ยาต้านเกล็ดเลือด ยาต้านการแข็งตัวของเลือด การสูบบุหรี่ ดื่มสุรา, 4) ข้อมูลโรคหลอดเลือดสมอง เช่น ความรุนแรง (NIHSS score) ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มมีอาการจนได้รับยา และตำแหน่งหลอดเลือดขาดเลือด, 5) รายละเอียดการรักษา เช่น ขนาดยา t-PA การควบคุมความดันโลหิตหลังให้ยา, 6) ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น ความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด (CBC) การแข็งตัวของเลือด ระดับน้ำตาล eGFR LDL HbA1c และ 7) ความดันโลหิตแรกรับ และหลังได้ยารวมทั้งภาวะแทรกซ้อน (ซึมลง ภาวะเลือดออกในสมองที่มีอาการ (Symptomatic Intracerebral Hemorrhage: sICH) เลือดออกส่วนอื่น ๆ ของร่างกาย)

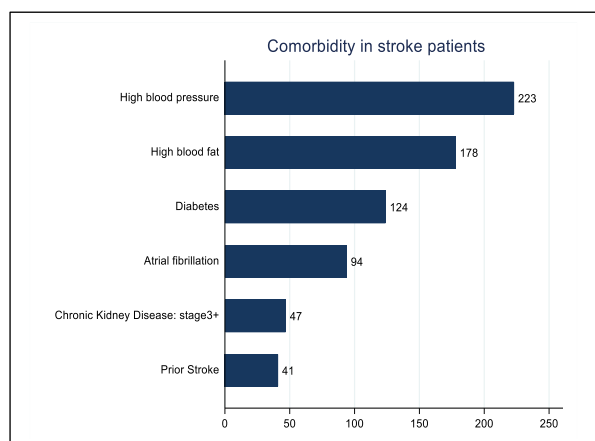
ทีมวิจัยที่ได้รับคัดเลือกจะสืบค้นและบันทึกข้อมูลตามแบบเก็บข้อมูลที่ได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ (CVI = 4.0) โดยการเข้าถึงข้อมูลได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนาในการอธิบายคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง โดยนำเสนอด้วยความถี่ ร้อยละสำหรับข้อมูลแบบแจกนับ (Categorical data) ส่วนข้อมูลต่อเนื่อง (Continuous data) ที่มีการแจกแจงปกติจะ

นำเสนอด้วยค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ขณะที่ข้อมูลที่มีการแจกแจงไม่ปกติจะใช้มัธยฐานค่าต่ำสุดและค่าสูงสุด

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะเลือดออกในสมอง ใช้การวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก โดยเริ่มจากการวิเคราะห์ตัวแปรเดียว (Univariable Logistic Regression) เพื่อวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ในตัวแปรเชิงเดี่ยวที่อาจมีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์ โดยใช้ค่า $p < 0.20$ เป็นเกณฑ์สำหรับการพิจารณา และจะถูกรวบรวมเข้าสู่การวิเคราะห์แบบ Multivariable Logistic Regression แบบ Backward elimination โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value} < 0.05$ ผลการวิเคราะห์จะนำเสนอในรูปของ Adjusted Odds Ratio พร้อม 95% Confidence interval และตรวจสอบความเหมาะสมของโมเดลด้วย Hosmer-Lemeshow goodness-of-fit test



จากการประเมินความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง พบว่ามีผู้ป่วยที่อยู่ในกลุ่มอาการเพียงเล็กน้อย (minor) ร้อยละ 1.4 และ

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ได้จากข้อมูลทุติยภูมิระหว่างปี 2565 ถึง 2567 มีจำนวนทั้งสิ้น 370 ราย เป็นผู้ป่วยในพื้นที่จังหวัดชัยภูมิ ร้อยละ 96.2 ที่เหลือมาจากพื้นที่อื่น ลักษณะทางประชากรเป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิงเล็กน้อย (ร้อยละ 54.1: 45.9) มีอายุมัธยฐาน 69 ปี (ค่าต่ำสุด = 21, ค่าสูงสุด = 92) ในกลุ่มตัวอย่างดังกล่าว มีพฤติกรรมสูบบุหรี่ร้อยละ 28.9 และดื่มสุรา ร้อยละ 21.6 ทั้งนี้ พฤติกรรมดังกล่าว พบได้ทั้งชายและหญิง

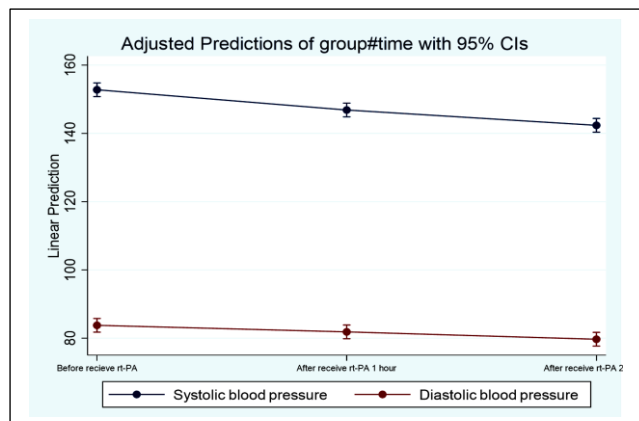
ภาวะสุขภาพก่อนหน้านี้นี้ พบว่า เป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 60.3 รองลงมา มีภาวะไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 48.1 และเบาหวาน ร้อยละ 33.5, หัวใจเต้นผิดจังหวะ ร้อยละ 25.4, โรคไตระยะ 3 ขึ้นไป ร้อยละ 12.7 และเคยเป็นโรคหลอดเลือดสมองมาก่อนหน้านี้ ร้อยละ 11.1 ดัง Figure 2

Figure 2: Complications in the Stroke Patient Group

อาการปานกลาง (moderate) ร้อยละ 71.6 ส่วนอาการค่อนข้างรุนแรง (moderate to severe) พบร้อยละ 24.1 และอาการรุนแรง พบร้อยละ 3.0

และพบว่าผู้ป่วยร้อยละ 14.3 ที่มีภาวะเลือดออกในสมองหลังได้รับยาละลายลิ่มเลือด rt-PA (95% CI: 10.9, 18.3) และร้อยละ 5.1 ต้องได้รับการรักษาด้วยการสวนหลอดเลือดสมองต่อ (mechanical thrombectomy) หลังได้รับยาละลายลิ่มเลือด ซึ่งโรงพยาบาลชัยภูมิเริ่มให้การรักษาดังกล่าวด้วยวิธีการสวนหลอดเลือดสมอง ตั้งแต่เมษายน 2566

จากการวิเคราะห์ระดับความดันโลหิตพบว่า มีการลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ



(p-value < 0.001) ทั้ง Systolic blood pressure (SBP) และ Diastolic blood pressure (DBP) หลังได้รับยา rt-PA โดยค่าเฉลี่ย SBP ลดลงจาก 152.77 มม.ปรอท (S.D. = 26.03) ก่อนได้รับยา เป็น 146.85 มม.ปรอท (S.D. = 22.86) ที่ 1 ชั่วโมง และ 142.35 มม.ปรอท (S.D. = 23.03) ที่ 24 ชั่วโมง ในขณะที่ค่าเฉลี่ย DBP ลดลงจาก 83.77 มม.ปรอท (S.D. = 14.93) เป็น 81.85 มม.ปรอท (S.D. = 13.39) ที่ 1 ชั่วโมง และ 79.69 มม.ปรอท (S.D. = 13.83) ที่ 24 ชั่วโมง

Figure 3: Systolic and Diastolic Blood Pressure Levels Before and After Receiving rt-PA within 24 Hours

ผู้ป่วยที่เกิดภาวะเลือดออกในสมองหลังได้รับยา rt-PA มีการใช้ยาต้านเกล็ดเลือดและต้านการแข็งตัวของเลือดก่อนได้รับการรักษา โดยพบว่าการใช้ยา Aspirin (ASA) มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 11.4 รองลงมาคือ Warfarin ร้อยละ 5.4 ส่วน Clopidogrel และ NOAC (Novel Oral Anticoagulants) พบร้อยละ 1.4 และ 1.1 ตามลำดับ นอกจากนี้ยังพบภาวะอ้วน (BMI > 30) ในผู้ป่วยร้อยละ 10.5

ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการพบว่า ผู้ป่วยมีระดับน้ำตาลในเลือดเฉลี่ย 136.13 มก.% (S.D. = 81.06) ซึ่งสูงกว่าค่าปกติ จำนวนเกล็ดเลือดเฉลี่ยอยู่ที่ 242.26×10^3 เซลล์/ลบ.มม. (S.D. = 81.23) ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ปกติ ค่า PT เฉลี่ยอยู่ที่ 11.96 นาที (S.D. = 1.59) และค่า INR เฉลี่ย 1.05 (S.D. = 0.14) ซึ่งสะท้อนการแข็งตัวของเลือดที่อยู่ในเกณฑ์ปกติหรือใกล้เคียงปกติ นอกจากนี้มีค่า HbA1C เฉลี่ย 6.57% (S.D. = 1.84) ค่า eGFR เฉลี่ย 75.89 (S.D. = 23.13) และค่า LDL เฉลี่ย 108.16 มก./ดล. (S.D. = 38.17)

Table 1: Prior Medication and Laboratory Results in Ischemic Stroke Patients

Drug treatment	n(total)	n(%)	Laboratory results	Mean	sd.
On ASA	370	42(11.4%)	Blood sugar (mg%)	136.13	81.06
On Clopidogrel	370	5(1.4%)	Platelet (1000cell/mm ³)	242.26	81.23
On Warfarin	370	20(5.4%)	PT (min)	11.96	1.59
On NOAC	370	4(1.1%)	INR (numeric)	1.05	0.14
Obesity (BMI>30)	370	39(10.5%)	HbA1C (mg%)	6.57	1.84
			eGFR	75.89	23.13
			LDL (mg/dl)	108.16	38.17

ปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะเลือดออกในสมอง หลังได้รับยา rt-PA จากการวิเคราะห์หัตถดอย โลจิสติกพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีเลือดออกในสมองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดสมองขาดเลือด หลังได้รับยา rt-PA โรงพยาบาลชัยภูมิ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ภาวะติดสุราเป็นปัจจัยที่เพิ่มความเสี่ยงมากที่สุดถึง 2.99 เท่า (95% CI: 1.46, 6.10)

รองลงมาคือโรคไตเรื้อรังระยะ 3-5 ซึ่งเพิ่มความเสี่ยง 2.27 เท่า (95% CI: 1.06, 4.86) นอกจากนี้ทุก 1 ปีที่เพิ่มขึ้นของอายุเพิ่มความเสี่ยง 1.04 เท่า (95% CI: 1.01, 1.08) และทุก 1 นาทีที่เพิ่มขึ้นของระยะเวลา Door to Needle เพิ่มความเสี่ยง 1.01 เท่า (95% CI: 1.001, 1.03) โมเดลนี้มีความเหมาะสมทางสถิติ (Goodness of fit = 0.329)

Table 2: Multivariable analysis of factors associated with intracranial hemorrhage

Variable	n	OR _(crude)	OR _(Adjusted)	95% CI OR _(Adjusted)	p-value
Age	370	1.04	1.04	1.01, 1.08	0.004
Alcohol dependent	370	1.90	2.99	1.46, 6.10	0.003
Door to Needle (min)	358	1.01	1.01	1.001, 1.03	0.034
CKD stage 3 – 5	370	2.71	2.27	1.06, 4.86	0.035
Chi-square goodness of fit test = 0.329					

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะเลือดออกในสมองหลังได้รับยาละลายลิ่มเลือด rt-PA ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในพื้นที่จังหวัดชัยภูมินี้ ให้ข้อมูลที่มีคุณค่าและชี้ให้เห็นประเด็นสำคัญหลายประการที่สามารถนำไปพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยได้อย่างเป็นรูปธรรม

ภาวะเลือดออกในสมองหลังได้รับยา rt-PA: ความชุกและความสำคัญ

การศึกษานี้พบความชุกของการเกิดภาวะเลือดออกในสมองภายหลังได้รับยา rt-PA ร้อยละ 14.3 (95% CI: 10.9, 18.3) ซึ่งค่อนข้างสูงเมื่อเทียบกับการศึกษาของ Sariaslani and Piran (2022)⁽²⁴⁾ ที่รายงานการเกิดภาวะนี้ประมาณร้อยละ 11.7 ความแตกต่างนี้อาจเกิดจากหลายปัจจัยระหว่างการศึกษิต่าง ๆ ลักษณะทางประชากรที่แตกต่างกัน หรือเกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยที่จะได้รับยา rt-PA ที่ต่างกัน

มีการศึกษาที่สนับสนุนว่าประชากรเอเชียมีความเสี่ยงต่อการเกิด sICH สูงกว่าประชากรตะวันตก⁽²⁰⁾ ซึ่งอาจอธิบายอัตราการเกิดที่สูงในการศึกษานี้ได้บางส่วน นอกจากนี้ ผู้ป่วยในการศึกษานี้มีโรคประจำตัวสูง โดยเฉพาะความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 60.3) ไขมันในเลือดสูง (ร้อยละ 48.1) และเบาหวาน (ร้อยละ 33.5) ซึ่งล้วนเป็นปัจจัยเสี่ยงของการเกิดภาวะเลือดออกในสมอง

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และการเปรียบเทียบกับงานวิจัยอื่น

การศึกษานี้ระบุปัจจัยที่มีความสัมพันธ์สำคัญ 4 ประการ ได้แก่ ภาวะติดสุรา โรคไตเรื้อรังระยะ 3-5 อายุที่เพิ่มมากขึ้น และระยะเวลา Door to Needle ซึ่งมีประเด็นที่น่าสนใจ ดังนี้

ภาวะติดสุรา เป็นปัจจัยที่สำคัญที่สุด ซึ่งพบว่าภาวะติดสุราเพิ่มความเสี่ยงถึง 2.99 เท่า (95% CI: 1.46, 6.10) เป็นข้อค้นพบที่สำคัญและน่าสนใจมาก แม้ว่าการดื่มแอลกอฮอล์จะเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทราบกันดีสำหรับโรคหลอดเลือดสมอง แต่บทบาทของการดื่มแอลกอฮอล์ต่อความเสี่ยงในการเกิดภาวะเลือดออกในสมองหลังได้รับยา rt-PA ยังไม่ได้รับการศึกษาอย่างกว้างขวาง Song และคณะ (2023)⁽²⁵⁾ ได้รายงานว่า การบริโภคแอลกอฮอล์เป็นประจำไม่ได้เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเลือดออกในสมองหลังได้รับยา rt-PA อย่างมีนัยสำคัญ แต่การศึกษาดังกล่าวไม่ได้เจาะจงศึกษาในผู้ที่มีภาวะติดสุรา มีการศึกษาโดย Weisberg (1988)⁽²⁶⁾ ที่พบว่าภาวะถอนพิษสุรา (alcohol withdrawal) อาจเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเลือดออกในสมองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษา

การพบว่าโรคไตเรื้อรังระยะ 3-5 เพิ่มความเสี่ยง 2.27 เท่า (95% CI: 1.06, 4.86) สอดคล้องกับการศึกษาของ Chao และคณะ (2015)⁽²¹⁾ และ Hsieh และคณะ (2014)⁽²²⁾ ที่พบว่าการทำงานของไตที่บกพร่องเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญต่อการเกิดภาวะเลือดออกในสมองหลังได้รับยา

rt-PA โรคไตเรื้อรังส่งผลต่อการทำงานของเกล็ดเลือด และอาจมีผลต่อเภสัชจลนศาสตร์ของยา rt-PA ทำให้เพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะเลือดออก นอกจากนี้ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมักมีโรคร่วมอื่น ๆ เช่น ความดันโลหิตสูง และโรคหลอดเลือดแดงแข็ง ซึ่งเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิด sICH

การพบว่าทุก 1 ปีที่เพิ่มขึ้นของอายุเพิ่มความเสี่ยง 1.04 เท่า (95% CI: 1.01, 1.08) สอดคล้องกับหลายการศึกษาก่อนหน้านี้⁽¹⁷⁻¹⁸⁾ ผู้สูงอายุมีความเปราะบางของหลอดเลือดสมองมากขึ้น และมักมีโรคร่วมหลายโรคที่เพิ่มความเสี่ยง ประเด็นนี้มีความสำคัญเนื่องจากประชากรไทยกำลังเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างรวดเร็ว และอายุมาตรฐานของผู้ป่วยในการศึกษานี้คือ 69 ปี

การพบว่าทุก 1 นาทีที่เพิ่มขึ้นของระยะเวลา Door to Needle เพิ่มความเสี่ยง 1.01 เท่า (95% CI: 1.001, 1.03) เป็นข้อค้นพบที่น่าสนใจและมีนัยสำคัญทางคลินิก แม้ว่าค่า OR จะไม่สูงมาก แต่ในทางปฏิบัติมีความหมายมาก เนื่องจากเวลา Door to Needle อาจมีความแตกต่างกันได้หลายสิบนาที ยิ่งเวลานานขึ้น ความเสี่ยงก็ยิ่งเพิ่มขึ้น

ข้อสังเกตอื่น ๆ ที่น่าสนใจ

การศึกษานี้พบว่าความดันโลหิตทั้ง Systolic และ Diastolic ลดลงอย่างมีนัยสำคัญหลังได้รับยา rt-PA โดยเฉพาะที่ 24 ชั่วโมง ซึ่งอาจเป็นผลจากการจัดการความดันโลหิตตามแนวทางการรักษาผู้ป่วยที่ได้รับยา rt-PA แม้ว่าความดันโลหิตสูงไม่ได้ถูกระบุเป็นปัจจัยเสี่ยงในการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกพหุตัวแปร แต่มีความเป็นไปได้ว่าการควบคุมความดันโลหิตที่ดีหลังให้ยาอาจมี

ส่วนช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเลือดออกในสมอง นอกจากนี้ ยังพบว่า การใช้ยา Aspirin ก่อนได้รับยา rt-PA พบได้ร้อยละ 11.4 และการใช้ Warfarin พบร้อยละ 5.4 ซึ่งเป็นสัดส่วนที่ค่อนข้างสูง แม้การศึกษานี้จะไม่พบความสัมพันธ์ที่มีนัยสำคัญระหว่างการใช้ยาเหล่านี้กับการเกิดภาวะเลือดออกในสมอง แต่การศึกษาของ Bow และคณะ (2024)⁽²⁷⁾ รายงานว่าการใช้ยาต้านเกล็ดเลือดหรือยาต้านการแข็งตัวของเลือดเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิด sICH ความแตกต่างนี้อาจเกิดจากขนาดตัวอย่างที่จำกัด หรือปฏิสัมพันธ์กับปัจจัยอื่น ๆ

สรุปผลวิจัย

การศึกษานี้ให้ข้อมูลที่มีคุณค่าเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเลือดออกในสมองหลังได้รับยา rt-PA ในบริบทของประเทศไทย โดยเฉพาะการค้นพบว่าภาวะดิสสุรา โรคไตเรื้อรังระยะ 3-5 อายุที่เพิ่มขึ้น และระยะเวลา Door to Needle ที่นานขึ้น เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเลือดออกในสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการศึกษานี้สามารถนำไปพัฒนาแนวทางการคัดกรอง การเฝ้าระวัง และการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับยา rt-PA อย่างเฉพาะเจาะจงมากขึ้น เพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเลือดออกในสมองและเพิ่มความปลอดภัยในการใช้ยา rt-PA

ข้อเสนอแนะ

1. พัฒนาแนวทางการคัดกรองและเฝ้าระวังเฉพาะในผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงสูง ได้แก่ ผู้ที่มีภาวะดิสสุรา โรคไตเรื้อรังระยะ 3-5 ผู้สูงอายุ และ

ผู้ที่มีระยะเวลา Door to Needle นาน โดยอาจพิจารณาการติดตามความดันโลหิตที่เข้มงวดมากขึ้น การตรวจภาพถ่ายสมองซ้ำเร็วขึ้น และการให้ยาลดความดันโลหิตเชิงรุกมากขึ้น

2. เพิ่มการประเมินและซักประวัติการดื่มแอลกอฮอล์อย่างละเอียดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทุกราย และพัฒนาแนวทางการจัดการภาวะถอนพิษสุราในผู้ป่วยที่ได้รับยา rt-PA เพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเลือดออกในสมอง

3. การพัฒนาระบบ Stroke Fast Track เพื่อลดระยะเวลา Door to Needle โดยอาจพิจารณาการซักประวัติและตรวจร่างกายขณะรอผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การเตรียมยา rt-PA ล่วงหน้า และการพัฒนาระบบการแจ้งเตือนทีมแพทย์ฉุกเฉิน

4. การติดตามการทำงานของไตในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยเฉพาะก่อนการให้ยา rt-PA และพิจารณาการปรับขนาดยาหรือการให้การรักษาเฉพาะในผู้ป่วยที่มีโรคไตเรื้อรังระยะ 3-5

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลชัยภูมิ หมายเลขรับรอง 044/2567 ออกให้เมื่อวันที่ 30 ตุลาคม 2567

เอกสารอ้างอิง

1. Donkor ES. Stroke in the 21st Century: A Snapshot of the Burden, Epidemiology, and Quality of Life. *Stroke Res Treat* 2018;2018:3238165. DOI:[10.1155/2018/3238165](https://doi.org/10.1155/2018/3238165)
2. Shrivastava SR, Shrivastava PS, Ramasamy JD. Reduction in global burden of stroke in underserved areas. *J Neurosci Rural Pract* 2013;4(4):475-6. DOI:[10.4103/0976-3147.120194](https://doi.org/10.4103/0976-3147.120194)
3. Cheng F, Cheng P, Xie S, Wang HL, Tang Y, Liu Y, et al. Epidemiological trends and age-period-cohort effects on ischemic stroke burden across the BRICS-plus from 1992 to 2021. *BMC Public Health* 2025;25(1):137. DOI:[10.1186/s12889-025-21310-9](https://doi.org/10.1186/s12889-025-21310-9)
4. Suwanwela NC. Stroke epidemiology in Thailand. *J Stroke* 2014;16(1):1-7. DOI:[10.5853/jos.2014.16.1.1](https://doi.org/10.5853/jos.2014.16.1.1)
5. Pongvarin N. Burden of stroke in Thailand. *Int J Stroke* 2007;2(2):127-8. DOI:[10.1111/j.1747-4949.2007.00104.x](https://doi.org/10.1111/j.1747-4949.2007.00104.x)
6. Kumluang S, Wu O, Langhorne P, Geue C. Stroke resource utilisation and all-cause mortality in Thailand 2017–2020: A retrospective, cross-sectional study. *BMJ Open* 2023;13(6):e072259. DOI:[10.1136/bmjopen-2023-072259](https://doi.org/10.1136/bmjopen-2023-072259)

7. Oupra R, Griffiths R, Pryor J. Effect of a community based rehabilitation program on outcomes for stroke survivors in Thailand. *Journal of Health Science* 2008;2(2):1-7. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JHR/article/view/4934>
8. Zhang S, Wang D, Li L. Recombinant tissue-type plasminogen activator (rt-PA) effectively restores neurological function and improves prognosis in acute ischemic stroke. *Am J Transl Res* 2023;15(5):3460-7. PMID:[PMC10251022](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40251022/)
9. Wardlaw JM, Murray V, Berge E, Zoppo GD, Sandercock P, Lindley RL, et al. Recombinant tissue plasminogen activator for acute ischaemic stroke: an updated systematic review and meta-analysis. *Lancet* 2012;379(9834):2364-72. DOI:[10.1016/S0140-6736\(12\)60738-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60738-7)
10. Robinson T, Zaheer Z, Mistri AK. Thrombolysis in Acute Ischaemic Stroke: an Update. *Ther Adv Chronic Dis* 2011;2(2):119–31. DOI:[10.1177/2040622310394032](https://doi.org/10.1177/2040622310394032)
11. Kelley RE. Thrombolytic therapy for acute ischemic stroke. *J La State Med Soc* 2000;152(5):253-8. PMID:[10875215](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10875215/)
12. Ratanakorn D, Keandoungchun J, Sittichanbuncha Y, Laothamatas J, Tegeler CH. Stroke fast track reduces time delay to neuroimaging and increases use of thrombolysis in an academic medical center in Thailand. *J Neuroimaging* 2012;22(1):53-7. DOI:[10.1111/j.1552-6569.2010.00555.x](https://doi.org/10.1111/j.1552-6569.2010.00555.x)
13. Balami JS, Sutherland BA, Buchan AM. Complications associated with recombinant tissue plasminogen activator therapy for acute ischaemic stroke. *CNS Neurol Disord Drug Targets* 2013;12(2):155-69. DOI:[10.2174/18715273112119990050](https://doi.org/10.2174/18715273112119990050)
14. Mazya M, Egido JA, Ford GA, Lees KR, Mikulik R, Toni D, et al. Predicting the risk of symptomatic intracerebral hemorrhage in ischemic stroke treated with intravenous alteplase: safe Implementation of Treatments in Stroke (SITS) symptomatic intracerebral hemorrhage risk score. *Stroke* 2012;43(6):1524-31. DOI:[10.1161/STROKEAHA.111.644815](https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.111.644815)
15. Al-Khaled M, Matthis C, Eggers J. Predictors of in-hospital mortality and the risk of symptomatic intracerebral hemorrhage after thrombolytic therapy with recombinant tissue plasminogen activator in acute ischemic stroke. *J Stroke Cerebrovasc Dis* 2014;23(1):7-11. DOI:[10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2012.04.004](https://doi.org/10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2012.04.004)

16. Masotti L, Grifoni E, Migli L, Dei A, Spina R, Calamai I, et al. Prognostic determinants in patients with non traumatic intracerebral hemorrhage: A real life report. *Acta Clin Belg* 2021;76(5):365-72.
DOI:[10.1080/17843286.2020.1750151](https://doi.org/10.1080/17843286.2020.1750151)
17. Saloheimo P, Juvela S, Hillbom M. Use of Aspirin, Epistaxis, and Untreated Hypertension as Risk Factors for Primary Intracerebral Hemorrhage in Middle-Aged and Elderly People. *Stroke* 2001;32(2):399-404. DOI:[10.1161/01.str.32.2.399](https://doi.org/10.1161/01.str.32.2.399)
18. Zia E, Pessah-Rasmussen H, Khan FA, Norrving B, Janzon L, Berglund G, et al. Risk factors for primary intracerebral hemorrhage: a population-based nested case-control study. *Cerebrovasc Dis* 2006;21(1-2):18-25. DOI:[10.1159/000089589](https://doi.org/10.1159/000089589)
19. Hussein AS, Shawqi M, Bahbah EI, Ragab B, Sunoqrot M, Gadallah A, et al. Do cerebral microbleeds increase the risk of dementia? A systematic review and meta-analysis. *IBRO Neurosci Rep* 2022;14:86-94.
DOI:[10.1016/j.ibneur.2022.12.009](https://doi.org/10.1016/j.ibneur.2022.12.009)
20. Khan NA, McAlister FA, Pilote L, Palepu A, Quan H, Hill MD, et al. Temporal trends in stroke incidence in South Asian, Chinese and white patients: A population based analysis. *PLoS One* 2017;12(5):e0175556.
DOI:[10.1371/journal.pone.0175556](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0175556)
21. Chow SC, Shao J, Wang H [editor]. *Sample size calculations in clinical research*. 2nd ed. Boca Raton : Chapman & Hall/CRC, 2008.
22. Hsieh FY, Bloch DA, Larsen MD. A simple method of sample size calculation for Linear and logistic regression. *Stat Med* 1998;17(14):1623-34.
DOI:[10.1002/\(sici\)1097-0258\(19980730\)17:14<1623::aid-sim871>3.0.co;2-s](https://doi.org/10.1002/(sici)1097-0258(19980730)17:14<1623::aid-sim871>3.0.co;2-s)
23. Fekete KE, Heja M, Marton S, Toth J, Harman A, Horváth L, et al. Predictors and long-term outcome of intracranial hemorrhage after thrombolytic therapy for acute ischemic stroke-A prospective single-center study. *Front Neurol* 2023;14:10800046.
DOI:[10.3389/fneur.2023.1080046](https://doi.org/10.3389/fneur.2023.1080046)
24. Sariaslani P, Piran R. Evaluation of the Prevalence of Intracerebral Hemorrhage and Related Factors in Patients with Acute Ischemic Stroke Receiving Tissue Plasminogen Activator. *J Kermanshah Univ Med Sci* 2022;26(1):e118448.
DOI:<https://doi.org/10.5812/jkums-118448>
25. Song RJ, Larson MG, Aparicio HJ, Gaziano JM, Wilson P, Cho K, et al. Moderate alcohol consumption on the risk of stroke in the Million Veteran Program. *BMC Public Health* 2023;23(1):2485.
DOI:[10.1186/s12889-023-17377-x](https://doi.org/10.1186/s12889-023-17377-x)

26. Weisberg LA. Alcoholic intracerebral hemorrhage. Stroke 1988;19(12):1565-9.
DOI:[10.1161/01.str.19.12.1565](https://doi.org/10.1161/01.str.19.12.1565)

27. Boe NJ, Hald SM, Kristensen AR, Möller S, Bojsen JA, Elhakim MT, et al. Association of Antithrombotic Drug Use with Incident Intracerebral Hemorrhage Location. Neurology 2024;102(12):e209442.
DOI:[10.1212/WNL.0000000000209442](https://doi.org/10.1212/WNL.0000000000209442)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพและการเปรียบเทียบคะแนนตามปัจจัยส่วนบุคคลในผู้สูงอายุ ที่เข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ อำเภออุตุจัน จังหวัดอุดรธานี

รัชฎาภรณ์ มิ่งคุณ, ส.บ.*

ชีรศักดิ์ พาจันพร์, ส.ค.**

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวางนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความรู้ด้านสุขภาพและเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยตามปัจจัยส่วนบุคคลในผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ อำเภออุตุจัน จังหวัดอุดรธานี ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 42 คน เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามที่พัฒนาจากแนวคิดของ Sorensen ครอบคลุมทักษะ 4 ด้าน ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูล การเข้าใจ การตัดสินใจ และการนำไปใช้ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนาและการทดสอบความแตกต่างด้วย Independent t-test และ One-way ANOVA ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

ผลการวิจัยพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 85.7) อายุเฉลี่ย 70.14 ± 6.77 ปี มีระดับความรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับสูง (คะแนนเฉลี่ย 73.11 ± 5.73 จากคะแนนเต็ม 80) โดยคะแนนสูงสุดอยู่ในด้านการนำไปใช้ (18.55 ± 2.36) และต่ำสุดในด้านการเข้าใจ (17.69 ± 1.92) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้ด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญ คือระดับรายได้ โดยกลุ่มที่มีรายได้ $\geq 5,000$ บาทต่อเดือน มีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มที่มีรายได้ต่ำกว่า (Mean diff = 3.85, 95% CI: 0.45, 7.26) ขณะที่ปัจจัยอื่น ๆ เช่น เพศ อายุ การศึกษา และโรคประจำตัว ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ (p-value > 0.05)

ผลวิจัยบ่งชี้ว่าโปรแกรมมีประสิทธิภาพในการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ แต่ควรเน้นพัฒนาทักษะการตัดสินใจและสนับสนุนผู้สูงอายุรายได้น้อยเพื่อลดความเหลื่อมล้ำและส่งเสริมสุขภาพอย่างยั่งยืน การวิจัยนี้มีความสำคัญต่อการออกแบบโปรแกรมสุขภาพที่ตอบโจทย์ความหลากหลายของผู้สูงอายุในชุมชน

คำสำคัญ : ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, ผู้สูงอายุ, ปัจจัยส่วนบุคคล

* นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก ขอนแก่น

** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก ขอนแก่น

** ผู้ประพันธ์บรรณกิจ: ชีรศักดิ์ พาจันพร์, E-mail: teerasak@scphkk.ac.th

Health literacy and comparison of scores by personal factors among older adults participating in a health literacy enhancement program in Kut Chap District, Udon Thani Province.

Ratchadakorn Meekhun, B.P.H.*

Teerasak Phajan, Dr.P.H.**

Abstract

This cross-sectional analytical research aimed to study the level of health literacy and compare average scores based on personal factors among older adults participating in a health literacy promotion program in Kut Chap District, Udon Thani Province. The study included a sample of 42 participants. Data was collected using a questionnaire developed from Sorensen's concept, covering four skill domains: accessing information, understanding, decision-making, and applying information. Data was analyzed using descriptive statistics and tests of difference with Independent t-test and One-way ANOVA at a significance level of 0.05.

The research findings revealed that most older adults were female (85.7%), with an average age of 69.40 ± 6.28 years. The overall health literacy level was high (mean score 73.11 ± 5.73 out of 80). The highest scores were in the 'applying information' aspect (18.55 ± 2.36), and the lowest in the 'understanding' aspect (17.69 ± 1.92), both still at a high level. The factor significantly associated with health literacy was income level; the group with an income of $\geq 5,000$ Baht per month had a higher mean score than the group with lower income (Mean diff = 3.85, 95% CI = 0.45, 7.26). Other factors such as gender, age, education, and underlying diseases showed no statistically significant differences (p-value > 0.05).

The research results indicate that the program is effective in developing health literacy. However, there should be an emphasis on developing decision-making skills and supporting older adults with low income to reduce inequality and promote sustainable health. This research has implications for designing health programs that address the diversity of older adults in the community.

Keywords : Health Literacy, Older Adults, Personal Factors

* Student of the Master of Public Health, Sirindhorn College of Public Health Khon Kaen, Faculty of Public Health and Allied Health Sciences, Praboromarajchanok Institute, Khon Kaen** Assistant Professor, Sirindhorn College of Public Health Khon Kaen, Faculty of Public Health and Allied Health Sciences, Praboromarajchanok Institute, Khon Kaen

** Corresponding author: Teerasak Phajan, E-mail: teerasak@scphkk.ac.th

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ประชากรผู้สูงอายุทั่วโลกเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยองค์การอนามัยโลกคาดการณ์ว่า ประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปจะเพิ่มจาก 1.1 พันล้านคนในปี 2023 เป็น 2.1 พันล้านคนในปี 2050⁽¹⁾ มีประชากรผู้สูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) คิดเป็นร้อยละ 20.13 ของประชากรทั้งหมด ซึ่งสะท้อนถึงการก้าวเข้าสู่ "สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์" และมีแนวโน้มเข้าสู่ "สังคมผู้สูงอายุระดับสุดยอด" ในอนาคตอันใกล้ (super-aged society) เมื่อสัดส่วนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง⁽²⁾

ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นความสามารถในการเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลเพื่อส่งเสริมสุขภาพของตนเอง⁽³⁾ Sorensen และคณะ (2012)⁽⁴⁾ ได้นิยามความรอบรู้ด้านสุขภาพว่า ประกอบด้วยทักษะ 4 ด้าน ได้แก่ การเข้าถึง เข้าใจ ตัดสินใจ และประยุกต์ใช้ข้อมูลสุขภาพ การศึกษาพบว่าผู้สูงอายุเป็นกลุ่มที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับต่ำเมื่อเทียบกับวัยอื่น⁽⁵⁾ การศึกษาของ Nilnate และคณะ (2016)⁽⁶⁾ พบว่า ผู้สูงอายุไทยส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับปานกลาง และปัจจัยด้านการศึกษามีความสัมพันธ์กับระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญ การวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพสามารถใช้แบบวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับคนไทย ซึ่งพัฒนาโดย Intarakamhang U. (2017)⁽⁷⁾

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุมีหลากหลาย โดยการศึกษาของ Liu และคณะ (2015)⁽⁸⁾ พบว่า อายุ ระดับการศึกษา รายได้ และภาวะสุขภาพมี

ความสัมพันธ์กับระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญ โดยผู้สูงอายุที่มีการศึกษาสูงมีแนวโน้มที่จะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงขึ้น ($r = 0.62, p < 0.001$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในประเทศไทยโดย Kantow และคณะ (2021)⁽⁹⁾ ที่พบว่า ระดับการศึกษา การเข้าถึงบริการสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยสำคัญ แนวทางการแก้ไขที่ผ่านมามีส่วนใหญ่มุ่งเน้นการให้ความรู้ทั่วไป แต่ยังไม่ได้พิจารณาถึงความแตกต่างของปัจจัยส่วนบุคคล โดยในโปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตอำเภอกุดจับ จังหวัดอุดรธานีได้บูรณาการทั้งการพัฒนาทักษะความรอบรู้ด้านสุขภาพและการฝึกออกกำลังกายเพื่อเสริมการทรงตัว แต่ยังไม่มีการวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้เข้าร่วมโปรแกรม

อำเภอกุดจับ จังหวัดอุดรธานี เป็นพื้นที่ที่มีการเพิ่มขึ้นของประชากรผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง โดย ระหว่างปี พ.ศ. 2565 - 2567 พบประชากรผู้สูงอายุ คิดเป็นร้อยละ 19.2, 19.8 และ 21.1 ตามลำดับ และจากการสำรวจเบื้องต้นพบว่าผู้สูงอายุมีปัญหาเกี่ยวกับการพลัดตกหกล้มที่เกี่ยวข้องกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ รวมถึงปัญหาสุขภาพอื่น ๆ ทั้งนี้ ยังไม่มีการศึกษาเชิงวิเคราะห์ถึงความแตกต่างของระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุตามปัจจัยส่วนบุคคลในบริบทเฉพาะของพื้นที่

การศึกษานี้ เป็นการศึกษาระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพและเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพตามปัจจัยส่วนบุคคลของผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโปรแกรม ผลการศึกษาจะ

เป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่มีประสิทธิภาพและตอบสนองต่อความต้องการของผู้สูงอายุที่มีปัจจัยส่วนบุคคลแตกต่างกัน นำไปสู่การเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชนอย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพตามปัจจัยส่วนบุคคลของผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์ภาคตัดขวาง (Cross-sectional analytical study) เพื่อศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพและเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพตามปัจจัยส่วนบุคคล ของผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยใช้ข้อมูลจากการวัดผลหลังการทดลอง (Post-test) เนื้อหาครอบคลุมระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพตามแนวคิดของ Sorensen และคณะ (2012)⁽⁴⁾ ประกอบด้วยทักษะ 4 ด้าน และปัจจัยส่วนบุคคลที่อาจมีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ การเก็บข้อมูลดำเนินการในช่วงเดือน

ธันวาคม 2567 – กุมภาพันธ์ 2568 ภายหลังสิ้นสุดโปรแกรม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ในเขตอำเภอคุกจับ จังหวัดอุดรธานี กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ จำนวน 42 คน โดยเป็นการศึกษาข้อมูลภาคตัดขวางของผู้ที่มีคุณสมบัติ ได้แก่ 1) มีอายุ 60 ปีขึ้นไป 2) สามารถช่วยเหลือตนเองในชีวิตประจำวันได้ 3) สามารถให้ข้อมูลเพื่อการวิจัยได้ครบถ้วน

เครื่องมือในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ใช้แบบสอบถาม ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป: ประกอบด้วย ข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ อาชีพ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ลักษณะการอยู่อาศัย รายได้เฉลี่ยต่อเดือน โรคประจำตัวและการเจ็บป่วย และยาที่รับประทานเป็นประจำ

ส่วนที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการลัดตกหกล้มและการทรงตัว: ซึ่งประยุกต์มาจากแนวคิดการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ "Integrated model of health literacy"⁽⁴⁾ ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมครอบคลุม 4 ด้าน ประกอบด้วย ด้านความเข้าใจด้านการเข้าถึงข้อมูล ด้านการตัดสินใจ และด้านการนำไปใช้ ด้านละ 5 ข้อ รวมจำนวน 20 ข้อ ลักษณะข้อคำถาม เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ (Rating scale) ได้แก่ ง่ายมาก

(4 คะแนน) ค่อนข้างง่าย (3 คะแนน) ค่อนข้างยาก
(2 คะแนน) และยากมาก (1 คะแนน)

แบบสอบถามผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ระหว่าง 0.67-1.00 และทดสอบความเที่ยง (Reliability) โดยนำไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน วิเคราะห์ด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงทั้งฉบับเท่ากับ 0.87

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลดำเนินการภายหลังจากการสิ้นสุดโปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ ในช่วงเดือน ธันวาคม 2567 – กุมภาพันธ์ 2568 โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

2. ชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการเก็บข้อมูลให้กับกลุ่มตัวอย่าง พร้อมทั้งแจ้งสิทธิในการเข้าร่วมการวิจัย

3. เก็บรวบรวมข้อมูลโดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง หากผู้สูงอายุมีปัญหาในการอ่านหรือเขียน ผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยจะเป็นผู้อ่านข้อคำถามและบันทึกคำตอบตามที่ผู้สูงอายุตอบ

4. ตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูลก่อนนำไปวิเคราะห์

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติพรรณนา (Descriptive Statistics):

ใช้วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลและระดับความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด

สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics):

ใช้วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย

Independent t-test สำหรับเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มที่มี 2 กลุ่ม ได้แก่ เพศ กลุ่มอายุ อาชีพ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน โรคประจำตัว โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน มีโรคร่วม 2 โรคขึ้นไป และการใช้ยา เป็นต้น

One-way Analysis of Variance (One-way ANOVA) สำหรับเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มที่มีมากกว่า 2 กลุ่ม ได้แก่ ลักษณะการอยู่อาศัย เป็นต้น

กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการวิจัย

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรู้ด้านสุขภาพและเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพตามปัจจัยส่วนบุคคล ของผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ

Table 1: Personal Factors of Elderly Participants in the Health Literacy Enhancement Program (n=42) (Continued)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (บาท)		
<5,000	20	47.6
≥5,000	22	52.4
mean±S.D.= 5,833.33 ± 4,440.31, median =5,000, min: 700, max: 20,000		
โรคประจำตัว		
ไม่มี	17	40.5
มี	25	59.5
- ความดันโลหิตสูง	15	35.7
- เบาหวาน	3	7.1
- มีโรคร่วม 2 โรคขึ้นไป	7	16.7

ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ

การศึกษาระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุหลังเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ พบว่า ผู้สูงอายุมีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพเฉลี่ยโดยรวม 73.11 ± 5.73 คะแนน (คะแนนเต็ม 80 คะแนน) โดยคะแนนอยู่ในช่วง 61-80 คะแนน เมื่อวิเคราะห์คะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพแยกตามรายด้าน พบว่า ผู้สูงอายุ

มีคะแนนเฉลี่ยด้านการนำไปใช้ สูงที่สุด (18.55 ± 2.36 คะแนน จากคะแนนเต็ม 20 คะแนน) รองลงมาคือ ด้านการเข้าถึงข้อมูล (18.52 ± 1.42 คะแนน) ด้านความเข้าใจ (18.36 ± 1.88 คะแนน) และด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุดคือด้านการตัดสินใจ (17.69 ± 1.92 คะแนน) ซึ่งแสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุมีทักษะด้านการนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันได้ดีที่สุด ดัง Table 2

Table 2: Mean Scores of Health Literacy by Domain Among Elderly Participants After Participating in the Health Literacy Enhancement Program (n=42)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	คะแนนเต็ม	mean	S.D.	min	max
ด้านการเข้าถึงข้อมูล	20	18.52	1.42	15	20
ด้านความเข้าใจ	20	17.69	1.92	13	20
ด้านการตัดสินใจ	20	18.36	1.88	13	20
ด้านการนำไปใช้	20	18.55	2.36	13	20
ความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวม	80	73.11	5.73	61	80

การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุตามปัจจัยส่วนบุคคล

จากการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุตามปัจจัยส่วนบุคคล พบว่า ปัจจัยที่มีความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ รายได้ โดยผู้สูงอายุที่มีรายได้ตั้งแต่ 5,000 บาทขึ้นไป มีคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้าน

สุขภาพสูงกว่าผู้ที่มีรายได้น้อยกว่า 5,000 บาท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean diff = 3.85, 95% CI = 0.45 to 7.26) ส่วนปัจจัยด้านเพศ อาชีพ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา การอยู่อาศัย โรคประจำตัว และการใช้ยาประจำ ไม่มีผลต่อความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) ดัง Table 3

Table 3: Comparison of Mean Health Literacy Scores Among Elderly Participants by Personal Factors (n=42)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน	คะแนนความรู้		Mean diff.	95% CI	p-value
		ด้านสุขภาพ				
		Mean	S.D.			
เพศ						0.922
ชาย	6	73.33	2.64	Reference		
หญิง	36	73.08	0.95	-0.25	-4.92 to 5.42	
อายุ (ปี)						0.277
60-69	20	72.10	5.38	Reference		
70-80	22	74.05	6.00	1.95	-1.62 to 5.51	
อาชีพ						0.574
รับจ้าง/ค้าขาย/ว่างงาน	12	73.92	5.42	Reference		
เกษตรกร	30	72.80	5.91	-1.12	-5.10 to 2.87	
สถานภาพสมรส						0.725
โสด/หม้าย/หย่า/แยก	20	73.45	5.40	Reference	-	
สมรส	22	72.82	6.12	-0.63	-4.24 to 2.98	
ระดับการศึกษา						0.970
ประถมศึกษา	39	73.13	5.89	Reference	-	
มัธยมศึกษาหรือสูงกว่า	3	73.00	3.60	-0.13	-6.89 to 7.15	
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (บาท)						0.027
<5,000	20	71.10	5.82	Reference	-	
≥5,000	22	74.95	5.10	3.85	0.45 to 7.26	
การอยู่อาศัย						0.782
อยู่คนเดียว	3	69.67	3.51	Reference		
อยู่กับคู่สมรส	19	72.68	6.29	3.01	-4.20 to 10.24	
อยู่กับบุตรหลาน/ญาติ	20	74.05	5.39	4.38	-2.81 to 11.58	

Table 3: Comparison of Mean Health Literacy Scores Among Elderly Participants by Personal Factors (n=42)

(Continued)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน	คะแนนความรอบรู้		Mean diff.	95% CI	p-value
		ด้านสุขภาพ				
		Mean	S.D.			
โรคประจำตัว						0.705
ไม่มี	17	72.71	5.84	Reference		
มี	25	73.40	5.76	0.69	-2.98 to 4.37	
ความดันโลหิตสูง						0.053
ไม่มี	27	71.85	5.82	Reference		
มี	15	75.40	4.97	3.55	-0.05 to 7.14	
เบาหวาน						0.808
ไม่มี	39	73.17	5.87	Reference		
มี	3	72.33	4.04	-0.84	-7.86 to 6.17	
มีโรคร่วม 2 โรคขึ้นไป						0.072
มี	7	69.57	6.48	Reference		
ไม่มี	35	73.83	5.39	4.26	-0.40 to 8.91	
การใช้ยาประจำ						0.524
ไม่มี	14	73.93	5.57	Reference		
มี	28	72.71	5.87	-1.22	-5.03 to 2.60	

หมายถึง ค่า p-value จากการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-way ANOVA; Wald test)

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพและเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพตามปัจจัยส่วนบุคคลในผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ อำเภอกุดจับ จังหวัดอุดรธานี ผลการวิจัยมีประเด็นสำคัญที่นำมาอภิปรายดังนี้

ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของ

ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโปรแกรม

ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโปรแกรมมีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพเฉลี่ยโดยรวม 73.11 ± 5.73 คะแนน (คะแนนเต็ม 80) ซึ่งอยู่ในระดับสูง โดยมีคะแนนด้านการนำไปใช้สูงที่สุด (18.55 ± 2.36) รองลงมาคือด้านการเข้าถึงข้อมูล (18.52 ± 1.42) และด้านการประเมิน (18.36 ± 1.88) ส่วนด้านความเข้าใจมีคะแนนต่ำสุด (17.69 ± 1.92) คะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพที่อยู่ในระดับสูงสะท้อนประสิทธิภาพของโปรแกรมที่ออกแบบตามแนวคิดของ Sørensen และคณะ

(2012)⁽⁴⁾ ซึ่งครอบคลุมทักษะทั้ง 4 ด้าน โดยคะแนนด้านการนำไปใช้ที่สูงที่สุดแสดงว่าผู้สูงอายุสามารถประยุกต์ความรู้ในชีวิตประจำวันได้ดี อย่างไรก็ตาม คะแนนด้านความเข้าใจที่ต่ำกว่าอาจเกี่ยวข้องกับระดับการศึกษาของกลุ่มตัวอย่างที่ส่วนใหญ่จบประถมศึกษา (ร้อยละ 92.9) สอดคล้องกับการศึกษาของ Liu และคณะ (2020)⁽⁸⁾ ที่พบความสัมพันธ์เชิงบวกระหว่างระดับการศึกษาความสามารถในการเข้าใจข้อมูลสุขภาพ

ผล การ ศี ก ษ า นี ส อ ด ค ลี อ ง กั บ Intarakamhang U. (2017)⁽⁷⁾ ที่พบว่าโปรแกรมที่ออกแบบอย่างเป็นระบบและเหมาะสมกับบริบทผู้สูงอายุไทยสามารถพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ และสนับสนุนแนวคิดของ Nutbeam (2000)⁽³⁾ ที่เน้นความสำคัญของการพัฒนาทักษะการนำไปใช้ในชีวิตประจำวัน

การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพตามปัจจัยส่วนบุคคล

ปัจจัยด้านรายได้กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่มีรายได้ตั้งแต่ 5,000 บาทขึ้นไป มีคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพสูงกว่าผู้ที่มีรายได้น้อยกว่า 5,000 บาท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean diff = 3.85, 95% CI = 0.45, 7.26)

ซึ่งอาจอธิบายได้จากแนวคิดเรื่องความเหลื่อมล้ำทางสังคมและสุขภาพ (Social and health inequalities) โดยผู้สูงอายุที่มีรายได้สูงกว่ามักมีโอกาสด้านการเข้าถึงทรัพยากรด้านสุขภาพที่

ดีกว่า ทั้งในแง่ของการรับบริการสุขภาพ การเข้าถึงแหล่งข้อมูลสุขภาพที่หลากหลาย และความสามารถในการจัดการสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ นอกจากนี้ รายได้ยังเป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเครียดและภาวะสุขภาพจิต ซึ่งส่งผลกระทบต่อความสามารถในการเรียนรู้และพัฒนาทักษะด้านสุขภาพ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ Kantow S. และคณะ (2021)⁽⁹⁾ ที่พบว่าสถานะทางเศรษฐกิจ โดยเฉพาะรายได้ เป็นหนึ่งในปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุไทย เช่นเดียวกับการศึกษาในต่างประเทศของ Berkman และคณะ (2011)⁽¹⁰⁾ ที่พบว่ารายได้เป็นตัวกำหนดทางสังคมที่มีอิทธิพลต่อความรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุ

ปัจจัยอื่น ๆ กับความรู้ด้านสุขภาพ ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยด้านเพศ อาชีพ การอยู่อาศัย โรคประจำตัว และการใช้ยาประจำ มีความแตกต่างอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p>0.05$) ซึ่งอาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีลักษณะเป็นเอกพันธ์ โดยเฉพาะด้านเพศ (หญิงร้อยละ 85.7) และอาชีพ (เกษตรกรร้อยละ 71.4) สำหรับระดับการศึกษา มีความแตกต่างอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติเช่นกัน เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 92.9) มีการศึกษาระดับประถมศึกษา ทำให้การเปรียบเทียบมีข้อจำกัด เช่นเดียวกับปัจจัยด้านอายุ มีความแตกต่างอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ แม้การศึกษาของ Kobayashi และคณะ (2016)⁽¹¹⁾ พบว่าอายุที่เพิ่มขึ้นมักสัมพันธ์กับความรู้ด้านสุขภาพที่ลดลง ทั้งนี้อาจเป็นเพราะโปรแกรมได้รับการออกแบบให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุทุก

ช่วงวัย ช่วยลดช่องว่างของความรอบรู้ด้านสุขภาพระหว่างกลุ่มที่มีปัจจัยส่วนบุคคลต่างกัน

ข้อจำกัดของการศึกษา การศึกษานี้มีข้อจำกัดด้านขนาดกลุ่มตัวอย่าง ($n=42$) โดยการวิเคราะห์กำลังของการทดสอบภายหลัง (Post-hoc power analysis) พบว่า กำลังของการทดสอบอยู่ที่ร้อยละ 60.4 อาจทำให้ไม่สามารถตรวจพบความแตกต่างที่มีอยู่จริงในบางตัวแปรได้ การศึกษาในอนาคตควรใช้ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ใหญ่ขึ้นเพื่อเพิ่มกำลังของการทดสอบให้เพียงพอ

ข้อเสนอแนะ

1. การเสริมสร้างทักษะการตัดสินใจ ควรเพิ่มกิจกรรมที่ช่วยพัฒนาทักษะการตัดสินใจเกี่ยวกับข้อมูลสุขภาพให้แก่ผู้สูงอายุ โดยเฉพาะการฝึกวิเคราะห์แยกแยะข้อมูลสุขภาพที่ต้องการจากข้อมูลที่ไม่น่าเชื่อถือ และการตัดสินใจเลือกวิธีการป้องกันการพลัดตกหกล้มที่เหมาะสมกับบริบทของตนเอง

2. การสนับสนุนผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อย หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรจัดหาทรัพยากรหรือสิ่งสนับสนุนเพิ่มเติมสำหรับผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยกว่า 5,000 บาทต่อเดือน เช่น การให้ความช่วยเหลือในการปรับปรุงสภาพแวดล้อมบ้านให้ปลอดภัย การจัดหาอุปกรณ์ช่วยเหลือในการเคลื่อนไหว หรือการจัดบริการสุขภาพเชิงรุกในชุมชน เพื่อลดอุปสรรคในการเข้าถึงบริการและข้อมูลสุขภาพ

3. การเสริมสร้างทักษะการเข้าถึงและเข้าใจข้อมูล โดยการพัฒนาสื่อให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุ ควรพัฒนาสื่อส่งเสริมความรู้ด้าน

สุขภาพที่เข้าถึงง่าย เข้าใจง่าย และประยุกต์ใช้ได้จริงสำหรับผู้สูงอายุ โดยคำนึงถึงข้อจำกัดด้านการศึกษาของผู้สูงอายุในชุมชนชนบท เช่น การใช้รูปภาพประกอบคำอธิบายที่สั้นกระชับ การใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย การใช้สื่อที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตและบริบทของชุมชน

4. การเสริมสร้างทักษะด้านการนำไปใช้ โดยการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัว ควรส่งเสริมให้สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่กับบุตรหลานหรือคู่สมรส (ร้อยละ 92.9) เพื่อให้เกิดการสนับสนุนและการเรียนรู้ร่วมกันในครอบครัว ซึ่งจะช่วยเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและการป้องกันการพลัดตกหกล้มได้อย่างต่อเนื่อง

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยได้รับอนุมัติผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น สถาบันพระบรมราชชนก เลขที่โครงการ HE671074 เมื่อวันที่ 17 ธันวาคม 2567

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Ageing and health. [Internet]. 2022. [cited 2024 Sep 20]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
2. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. ไม่ทิ้งใครไว้ข้างหลังในโลกของ “สังคมผู้สูงอายุ”. [อินเทอร์เน็ต]. 2566. [เข้าถึงเมื่อ 20 ก.ย. 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://pchkkan.nso.go.th/images/2567/Elde/elder%202024.pdf>
3. Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. Health Promotion International 2000;15(3):259-67. DOI:<https://doi.org/10.1093/heapro/15.3.259>
4. Sørensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, et al. Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. BMC Public Health 2012;12:80. DOI:[10.1186/1471-2458-12-80](https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80)
5. Protheroe J, Whittle R, Bartlam B, Estacio EV, Clark L, Kurth J. Health literacy, associated lifestyle and demographic factors in adult population of an English city: A cross-sectional survey. Health Expect 2017;20(1):112-9. DOI:[10.1111/hex.12440](https://doi.org/10.1111/hex.12440)
6. Nilnate W, Hengpraprom S, Hanvoravongchai P. Level of health literacy in Thai elders, Bangkok, Thailand. J Health Res 2016;30(5):315-21. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jhealthres/article/view/77858>
7. อังสินันท์ อินทรกำแหง. รายงานฉบับสมบูรณ์ เรื่อง การสร้างและพัฒนาเครื่องมือความรู้ด้านสุขภาพของคนไทย. กรุงเทพฯ : สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, 2560. <http://bsris.swu.ac.th/upload/268335.pdf>
8. Liu YB, Liu L, Li YF, Chen YL. Relationship between health literacy, health-related behaviors and health status: A survey of elderly Chinese. Int J Environ Res Public Health 2015;12(8):9714-25. DOI:[10.3390/ijerph120809714](https://doi.org/10.3390/ijerph120809714)
9. Kantow S, Seangpraw K, Ong-Artborirak P, Tonchoy P, Auttama N, Bootsikeaw S, et al. Risk factors associated with fall awareness, falls, and quality of life among ethnic minority older adults in upper northern Thailand. Clin Interv Aging 2021;16:1777-88. DOI:[10.2147/CIA.S328912](https://doi.org/10.2147/CIA.S328912)
10. Berkman ND, Sheridan SL, Donahue KE, Halpern DJ, Crotty K. Low health literacy and health outcomes: An updated systematic review. Ann Intern Med 2011;155(2):97-107. DOI:[10.7326/0003-4819-155-2-201107190-00005](https://doi.org/10.7326/0003-4819-155-2-201107190-00005)

11. Kobayashi LC, Wardle J, Wagner CV.

Internet use, social engagement and health
literacy decline during ageing in a
longitudinal cohort of older English adults. J
Epidemiol Community Health
2015;69(3):278-83. DOI:[10.1136/jech-2014-
204733](https://doi.org/10.1136/jech-2014-204733)

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคติดเชื้อระบบทางเดินอาหารของผู้ปกครองเด็กปฐมวัย

กฤติส รัชตะระกุล, วท.ม.*

พนิดา ศิริอำพันธ์กุล, ปร.ด.**,**

เสาวนีย์ ทรงประโคน, ปร.ด.**

บทคัดย่อ

ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ปกครองมีผลต่อการดูแลสุขภาพและการป้องกันโรคของเด็กปฐมวัย การวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคติดเชื้อระบบทางเดินอาหารของผู้ปกครองเด็กปฐมวัย กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ปกครองในศูนย์พัฒนาเด็กปฐมวัย จำนวน 84 คน เครื่องมือที่ใช้ เป็นแบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคติดเชื้อระบบทางเดินอาหารที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น (CVI = 0.93, IOC = 0.95, Alpha Cronbach = 0.92) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา และสถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลวิจัย พบว่าระดับความรอบรู้ของผู้ปกครองเด็ก (n=84) อยู่ในระดับ "ดีมาก" (คะแนนเฉลี่ย = 99.73; S.D.=9.72) โดยเฉพาะด้านการตรวจสอบและตัดสินใจ ($\bar{x}$ =18.15), การจัดการ ($\bar{x}$ =19.08), และรู้เท่าทันสื่อ ($\bar{x}$ =17.89) อยู่ในระดับดี ส่วนด้านการเข้าถึงข้อมูล ($\bar{x}$ =16.87) และทักษะการสื่อสาร ($\bar{x}$ =16.44) อยู่ในระดับ "พอใช้" ซึ่งเป็นช่องว่างที่ควรพัฒนาเพื่อเสริมประสิทธิภาพป้องกันโรค การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่า ระดับการศึกษาเกี่ยวข้องกับทางบวกกับการเข้าถึงข้อมูล ($r=0.222$) และความรอบรู้โดยรวม ($r=0.225$) และสถานภาพสมรสสัมพันธ์กับการเข้าถึงข้อมูล ($r=0.259$), ทักษะการสื่อสาร ($r=0.266$) และรู้เท่าทันสื่อ ($r=0.266$) ทั้งหมดมีความสัมพันธ์ทางบวก ($p<0.05$) ส่วนอาชีพสัมพันธ์กับความรู้ความเข้าใจ ($r=0.255$) แต่ผกผันกับทักษะการรู้เท่าทันสื่อ ($r=-0.271$) แสดงให้เห็นปัจจัยสังคมที่ซับซ้อนต่อพฤติกรรมสุขภาพ

ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคติดเชื้อระบบทางเดินอาหารของผู้ปกครองเด็กปฐมวัย ที่เข้ารับบริการศูนย์พัฒนาเด็กปฐมวัย พบว่าระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส เป็นตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคติดเชื้อระบบทางเดินอาหาร ข้อเสนอแนะ การนำผลไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลต้องมีการวางแผนการจัดกิจกรรมพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพให้เหมาะสมกับบริบทของครอบครัว

คำสำคัญ : ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, โรคติดเชื้อระบบทางเดินอาหาร, ผู้ปกครองเด็กปฐมวัย, การป้องกันโรค

* อาจารย์ กลุ่มวิชาการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ กลุ่มวิชาการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

*** ผู้ประพันธ์บรรณกิจ: พนิดา ศิริอำพันธ์กุล, E-mail: panida@nurse.tu.ac.th

Factors related to the parental of health literacy in gastrointestinal infectious diseases prevention in early childhood

Phudis Raktrakul, M.Sc.*

Panida Siriumpankul, Ph.D.** ,***

Saowanee Songprakon, Ph.D.**

Abstract

Parental health literacy significantly impacts the health care and disease prevention of early childhood children. This cross-sectional analytical research aimed to investigate factors associated with health literacy in preventing gastrointestinal infectious diseases among parents of early childhood children. The study's sample consisted of 84 parents from an early childhood development center. The research tool was a questionnaire on health literacy in preventing gastrointestinal infectious diseases, developed by the researchers (CVI = 0.93, IOC = 0.95, Cronbach's Alpha = 0.92). Data was analyzed using descriptive statistics and Pearson's correlation coefficient.

Research shows that parents' (n=84) health literacy levels are "very good" (Mean Score=99.73; S.D.=9.72), especially in decision-making ($\bar{x}$ =18.15), management ($\bar{x}$ =19.08), and media literacy ($\bar{x}$ =17.89). Skills in information access ($\bar{x}$ =16.87) and communication ($\bar{x}$ =16.44) are at a "satisfactory" level, indicating areas for improvement. Analysis reveals that higher education is positively correlated with information access (r =0.222) and overall literacy (r =0.225), and marital status relates positively to information access (r =0.259), communication skills (r =0.266), and media literacy (r =0.266), all p <0.05. Occupation correlates positively with health knowledge (r =0.255) but negatively with media literacy skills (r =-0.271), highlighting the complex social factors influencing health behavior.

Health literacy in the prevention of gastrointestinal infections among parents of early childhood at early childhood development centers found that education, occupation, marital status. There were the variables significant associated with the parental health literacy in gastrointestinal infectious diseases prevention in early childhood. Recommendations: the application of the results in nursing practice requires planning of health literacy development activities appropriate to the context of the family.

Keywords: health literacy, gastrointestinal infectious diseases, parents of early childhood, disease prevention

* Child and Adolescent Nursing, Faculty of Nursing, Thammasat University

** Assistant Professor, Child and Adolescent Nursing, Faculty of Nursing, Thammasat University

*** Corresponding author: Panida Siriumpankul, E-mail: panida@nurse.tu.ac.th

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคติดเชื้อระบบทางเดินอาหารเป็นปัญหาสุขภาพสำคัญในเด็กปฐมวัยทั่วโลก องค์การอนามัยโลกรายงานว่าในปี พ.ศ. 2567 มีเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีเสียชีวิตจากโรคท้องร่วงจำนวน 443,832 ราย⁽¹⁾ ส่วนสหรัฐอเมริกาพบการระบาดมากกว่า 1,500 ครั้งต่อปี มีผู้เสียชีวิต 20 ราย และมีค่าใช้จ่ายในการรักษากว่า 20 ล้านดอลลาร์สหรัฐ⁽²⁾ โดยเชื้อไวรัสที่เป็นสาเหตุหลักในยุโรป ได้แก่ โนโรไวรัส ไรต์ไวรัส และอะดีโนไวรัส ซึ่งก่อให้เกิดการระบาดในศูนย์ดูแลเด็กเฉลี่ย 3 ครั้งต่อปี⁽³⁾ สถิติในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2565 พบผู้ป่วยโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน 662,450 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 1,001.72 ต่อประชากรแสนคน โดยเด็กอายุ 0-4 ปีมีอัตราป่วยสูงที่สุด 3,929 ต่อประชากรแสนคน⁽⁴⁾ สาเหตุหลักของการติดเชื้อมาจากเชื้อโนโรไวรัสและไรต์ไวรัส ส่วนใหญ่จะมีการระบาดในโรงเรียนและศูนย์เด็กเล็ก⁽⁵⁾

การระบาดของโรคติดเชื้อในศูนย์พัฒนาเด็กปฐมวัยส่งผลกระทบอย่างมาก ทำให้ต้องปิดศูนย์ชั่วคราวเฉลี่ย 15 วัน ซึ่งนานกว่าการเข้าเรียนในโรงเรียน ก่อให้เกิดค่าใช้จ่ายทางตรงและทางอ้อม รวมทั้งต้องเพิ่มมาตรการทำความสะอาดและฆ่าเชื้อเป็นพิเศษ⁽⁶⁾ ผู้ปกครองมีบทบาทสำคัญในการป้องกันโรค เนื่องจากเป็นผู้ดูแลหลักของครอบครัวเมื่อมีการเจ็บป่วย⁽⁷⁾ โดยมีความสัมพันธ์ใกล้ชิด ความเข้าใจ และความรัก⁽⁸⁾ การศึกษาพบว่า ผู้ปกครองที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่สูงกว่าจะมีพฤติกรรมการป้องกันโรคที่ดีกว่า และเด็กที่อยู่ภายใต้การดูแลจะเจ็บป่วยน้อยกว่า⁽⁹⁾ ทั้งนี้

ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ การปฏิบัติในการเลี้ยงดู ผลลัพธ์ด้านสุขภาพของเด็ก⁽¹⁰⁻¹¹⁾ และปัจจัยส่วนบุคคล เช่น เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส และรายได้ของครอบครัว⁽¹²⁻¹⁵⁾

ผู้ปกครองซึ่งเป็นผู้ดูแลใกล้ชิดกับเด็ก ซึ่งจากการศึกษาพบว่า มารดา ร้อยละ 85.7 มีความรู้ระดับดีเกี่ยวกับการป้องกันโรคอุจจาระร่วง แต่มีเพียงร้อยละ 61.6 ที่มีการปฏิบัติในระดับปานกลาง⁽¹⁶⁾ ปัญหาสำคัญในปัจจุบัน คือผู้ปกครองมักประสบความยากลำบากในการเข้าถึงและประเมินข้อมูลทางสุขภาพ โดยเฉพาะในยุคที่มีการเผยแพร่ข้อมูลหลากหลายผ่านสื่อสังคมออนไลน์ ทำให้ขาดการตรวจสอบความน่าเชื่อถือ ส่งผลให้เกิดความล่าช้าในการรักษาและการดูแลที่ไม่เหมาะสม⁽¹⁷⁾

ดังนั้น การศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้ปกครองในการป้องกันโรคติดเชื้อระบบทางเดินอาหารในศูนย์พัฒนาเด็กปฐมวัย จึงมีความจำเป็นเพื่อพัฒนาแนวทางการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพในการป้องกันโรคติดเชื้อระบบทางเดินอาหารในเด็กปฐมวัย

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์เชิงเดี่ยวระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคติดเชื้อระบบทางเดินอาหารของผู้ปกครองเด็กปฐมวัย

กรอบแนวคิด

กรอบแนวคิดนี้เชื่อมโยงปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแลเด็ก (อายุ การศึกษา รายได้ ประสบการณ์การดูแลเด็กที่มีอาการท้องเสีย) กับทักษะความรู้ด้านสุขภาพ 6 ด้าน (เข้าถึง

ความรู้ความเข้าใจ ทักษะการสื่อสาร การตรวจสอบและตัดสินใจการป้องกันโรค การรู้เท่าทันสื่อ) ที่ช่วยป้องกันโรคทางเดินอาหารในเด็ก โดยชี้ว่าบริบทส่วนบุคคลส่งผลต่อความสามารถในการเข้าถึงและใช้ข้อมูลสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ

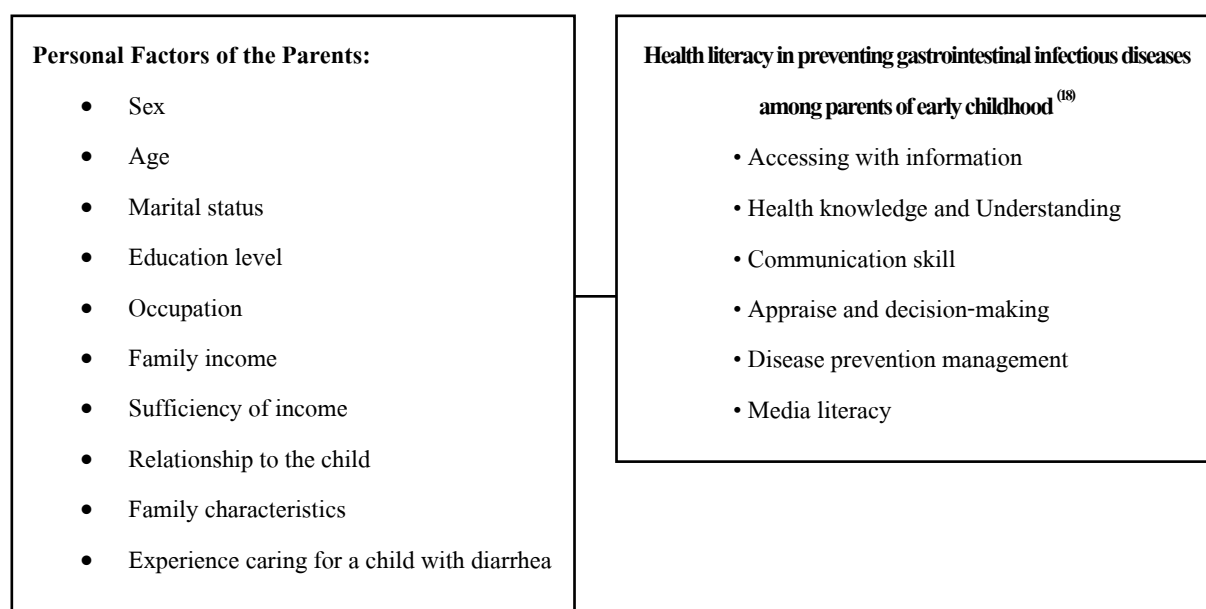


Figure 1: Conceptual Framework for the Research

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์ (Analytic Research) แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) ศึกษาในกลุ่มผู้ปกครองเด็กปฐมวัยที่เข้ารับบริการในศูนย์พัฒนาเด็กปฐมวัย ระหว่างเดือนพฤษภาคม ถึง มิถุนายน 2568

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ปกครองเด็กปฐมวัยอายุระหว่าง 3 เดือนถึง 3 ปี ที่เข้ารับบริการในศูนย์พัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งหนึ่ง ในปีการศึกษา 2568

กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 84 คน ได้คำนวณจากโปรแกรม G*Power version 3.1.9.4 โดยกำหนดค่าความเชื่อมั่นที่ระดับ 0.05 อำนาจการทดสอบ 0.80 และขนาดความสัมพันธ์ของตัวแปร (effect size) ในระดับปานกลางที่ 0.30 ผลจากการคำนวณจึงได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 84 ราย โดยใช้เกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วม ประกอบด้วย เพศชายหรือหญิงที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป ซึ่งดูแลเด็กในช่วงแรกเกิดถึง 3 ปี หรือยังอยู่ในวัยก่อนเรียน สามารถสื่อสารและเข้าใจภาษาไทย รวมถึงอ่านออกเขียนได้ ส่วนเกณฑ์การคัดออกคือ ผู้ดูแลที่

เจ็บป่วยหรือไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยต่อในระหว่างดำเนินการได้

เครื่องมือในการวิจัย

แบบสอบถาม: ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ ความสัมพันธ์กับเด็ก ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส รายได้ครอบครัวต่อเดือน ประสบการณ์การดูแลเด็กที่มีอาการท้องเสีย แหล่งข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพที่ท่านได้รับ

ความรู้ด้านสุขภาพการป้องกันโรคติดเชื้อระบบทางเดินอาหารของผู้ปกครองเด็กปฐมวัยที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น⁽¹⁸⁾ ประกอบด้วย 6 ด้าน 40 ข้อ คะแนนรวมอยู่ในช่วง 25 – 115 คะแนนได้แก่

- 1) การเข้าถึงข้อมูลการป้องกันโรคติดเชื้อระบบทางเดินอาหารในเด็ก จำนวน 5 ข้อ
- 2) ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคติดเชื้อระบบทางเดินอาหารในเด็ก จำนวน 15 ข้อ
- 3) ทักษะการสื่อสารเกี่ยวกับการป้องกันโรคติดเชื้อระบบทางเดินอาหารในเด็ก จำนวน 5 ข้อ
- 4) การตัดสินใจเกี่ยวกับการป้องกันโรคติดเชื้อระบบทางเดินอาหารในเด็ก จำนวน 5 ข้อ
- 5) การจัดการเกี่ยวกับการป้องกันโรคระบบทางเดินอาหารในเด็ก จำนวน 5 ข้อ
- 6) การรู้เท่าทันสื่อเกี่ยวกับการป้องกันโรคติดเชื้อระบบทางเดินอาหารในเด็ก จำนวน 5 ข้อ โดยมีลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่าคะแนนอยู่ในช่วง 4-20 คะแนน

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ:
แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพในการ

ป้องกันโรคติดเชื้อระบบทางเดินอาหารของผู้ปกครองเด็กปฐมวัย ตรวจสอบความตรงของเครื่องมือ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI : Content validity index) เท่ากับ 0.93 และค่าความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (IOC : Index of item objective congruence) เท่ากับ 0.95

ความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) นำแบบสอบถามไปใช้ในกลุ่มใกล้เคียงกับที่ทำการศึกษ จำนวน 10 คน นำผลที่ได้มาคำนวณหาความเที่ยงโดยความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคระบบทางเดินอาหารในเด็ก ได้ KR-20 = 0.65 และด้านความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคติดเชื้อระบบทางเดินอาหารในเด็ก การเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับการป้องกันโรค ทักษะการสื่อสารข้อมูลเกี่ยวกับการป้องกันโรคติดเชื้อระบบทางเดินอาหารในเด็ก การตรวจสอบและตัดสินใจเกี่ยวกับการป้องกันโรค การจัดการเกี่ยวกับการป้องกันโรค และการรู้เท่าทันสื่อเกี่ยวกับการป้องกันโรค ได้ Alpha Cronbach = 0.92

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล มีขั้นตอนของการวิจัย ดังนี้ 1) การคัดเลือกอาสาสมัครโดยการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (Simple random Sampling) ตามจำนวนที่กำหนดไว้ให้ 2) ประชาสัมพันธ์โดยให้ครูประจำชั้นแจ้งผู้ปกครองเมื่อผู้ปกครองสนใจผู้วิจัยจะเข้าชี้แจงโครงการ 3) ผู้วิจัยขอความยินยอมจากผู้ปกครองด้วยการลงนามในเอกสารยินยอม 4) ตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามจนครบ 84 ชุด นำข้อมูลมาวิเคราะห์ทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics)

เพื่ออธิบายลักษณะต่างๆของข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม อธิบายถึงลักษณะทางประชากร ประกอบด้วย เพศ อายุ ความสัมพันธ์กับเด็ก ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส รายได้ครอบครัวต่อเดือน ประสิทธิภาพการดูแลเด็กที่มีอาการท้องเสีย แหล่งข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพที่ท่านได้รับ โดยใช้ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

สถิติเชิงอนุมาน (Analytical Statistics)

เพื่ออธิบายความสัมพันธ์ของตัวแปร มีการตรวจสอบการแจกแจงของข้อมูลทั้งสองตัวแปร โดยใช้การทดสอบ Quantile-Quantile plot (Q-Q plot) ค่าแจกแจงปกติ (Normality) จึงใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Correlation Coefficient) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคล

ผู้ตอบแบบสอบถามเป็นผู้ปกครองเด็กปฐมวัย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 75.0 อายุเฉลี่ย 35.71 ปี (S.D.= 4.90) ผู้ปกครองทั้งหมดมีความเกี่ยวข้องกับเด็กเป็นบิดาหรือมารดา มีการศึกษาในระดับปริญญาตรีมากที่สุดร้อยละ 61.9 รองลงมาสูงกว่าปริญญาตรีร้อยละ 29.8 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับราชการ/พนักงานมหาวิทยาลัย/รัฐวิสาหกิจ ร้อยละ 54.8 และรองลงมาเป็น พนักงานเอกชน ร้อยละ 27.4 ส่วนใหญ่สถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 94.0 ส่วนใหญ่มีรายได้ครอบครัวต่อเดือน มากกว่า 60,000 บาท ร้อยละ 44.0 มีประสิทธิภาพการดูแลเด็กที่มีอาการท้องเสียร้อยละ 69.0 ได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพในการดูแลเด็กจากอินเทอร์เน็ต/สื่อสังคมออนไลน์ บุคลากรทางการแพทย์ และเพื่อน/ญาติตามลำดับ ร้อยละ 92.9, 83.3 และ 46.4 ตามลำดับ ดังแสดงใน Table 1

Table 1: Personal information (n = 84)

Demographic	n	%	Demographic	n	%
Sex			Marital status		
Male	21	25.0	Marital status	79	94.0
Female	63	75.0	separated	5	6.0
Age			Monthly family income		
20 – 30 years	11	13.1	Less than 30,000 baht	12	14.3
34 – 40 years	63	75.0	30,001 - 45,000 bath	18	21.4
41 – 50 years	10	11.9	45,001 - 60,000 bath	17	20.2
Mean age = 35.71 years (S.D. = 4.90)			More than 60,000 baht	37	44.0
Education			Child diarrhea care experience		
Below bachelor's degree	7	8.3	Never	26	31.0
Bachelor's degree	52	61.9	Ever	58	69.0
Postgraduate	25	29.8	Child health information sources		
Occupation			Television/Radio	22	26.2
Civil servant/university employee/state enterprise	46	54.8	Newspapers/Magazines	6	7.1
Private company employees	23	27.4	Internet/Social Media	78	92.9
Self-employed / Merchant / General worker	10	11.9	Medical personnel/public health officers/VHV	70	23.3
Housekeeper/Househusband	5	5.6	Friends/Relatives	39	46.4

ความรอบรู้ด้านสุขภาพการป้องกันโรคติดเชื้อระบบทางเดินอาหารของผู้ปกครองเด็กปฐมวัย

ความรอบรู้ด้านสุขภาพการป้องกันโรคติดเชื้อระบบทางเดินอาหารของผู้ปกครองเด็กปฐมวัย พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคติดเชื้อระบบทางเดินอาหาร อยู่ในระดับ ดีมาก คะแนนอยู่ระหว่าง 76 – 115 ($\bar{x}$ = 99.73, S.D. = 9.72) การเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับโรคติดเชื้อระบบทางเดินอาหารในเด็ก อยู่ในระดับ พอใช้ คะแนนอยู่ระหว่าง 10 – 20 ($\bar{x}$ = 16.87, S.D.

= 2.88) ด้านความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคติดเชื้อระบบทางเดินอาหารในเด็ก อยู่ในระดับ ดีคะแนนอยู่ระหว่าง 8 – 15 ($\bar{x}$ = 11.29, S.D. = 1.49) ทักษะการสื่อสารข้อมูลเกี่ยวกับโรคติดเชื้อระบบทางเดินอาหารในเด็ก อยู่ในระดับ อยู่ในระดับ พอใช้ คะแนนอยู่ระหว่าง 7 – 20 ($\bar{x}$ = 16.44, S.D. = 3.18) การตรวจสอบและตัดสินใจเกี่ยวกับโรคติดเชื้อระบบทางเดินอาหารในเด็ก อยู่ในระดับ ดีมาก คะแนนอยู่ระหว่าง 13- 20 ($\bar{x}$ = 18.15, S.D. = 2.05) การจัดการเกี่ยวกับโรคติดเชื้อระบบทางเดินอาหารในเด็ก อยู่ในระดับ ดีมาก คะแนนอยู่

ระหว่าง 13 – 20 ($\bar{x}$ = 19.08, S.D.= 1.64) การรู้เท่า
ทันสื่อเกี่ยวกับโรคติดเชื้อระบบทางเดินอาหารใน

เด็ก อยู่ในระดับ ดีมาก คะแนนอยู่ระหว่าง 10 –
20 ($\bar{x}$ = 17.89, S.D.= 9.72) ดังแสดงใน Table 2

Table 2: Mean and standard deviation of the parental of health literacy in gastrointestinal infectious diseases prevention in early childhood.

Health Literacy (Possible Score Range)	Average (score range)	S.D.	ระดับ
1. Access to information regarding gastrointestinal infectious disease prevention among parents of early childhood children (5 – 20)	16.87 (10 – 20)	2.88	Fair
2. Understanding and comprehension of gastrointestinal infectious diseases among parents of early childhood children (0-15)	11.29 (8 – 15)	1.49	Good
3. Early childhood parents' information communication skills for preventing gastrointestinal infectious diseases (5 – 20)	16.44 (7 – 20)	3.18	Fair
4. Early childhood parents' verification and decision-making regarding gastrointestinal infectious disease prevention (5-20)	18.15 (13 – 20)	2.05	Very good
5. Early childhood parents' management of gastrointestinal infectious disease prevention (5 – 20)	19.08 (13 – 20)	1.64	Very good
6. Early childhood parents' media literacy regarding gastrointestinal infectious disease prevention (5 – 20)	17.89 (10 - 20)	2.66	Very good
Health Literacy (25 – 115)	99.73 (76 – 115)	9.72	Very good

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง
ปัจจัยต่าง ๆ กับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการ
ป้องกันโรคติดเชื้อระบบทางเดินอาหารของ
ผู้ปกครองเด็กปฐมวัย

จากการวิเคราะห์สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับความรอบรู้ด้านสุขภาพการป้องกันโรคติดเชื้อระบบทางเดินอาหารของผู้ปกครองเด็กปฐมวัย พบว่าระดับการศึกษา และสถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรอบรู้ด้านสุขภาพการป้องกันโรคติดเชื้อระบบทางเดินอาหารของ

ผู้ปกครองเด็กปฐมวัย ($r = 0.225$, $r = 0.243$ ตามลำดับ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ส่วนรายด้าน ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) กับการเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับการป้องกันโรคติดเชื้อระบบทางเดินอาหารของผู้ปกครองเด็กปฐมวัย ($r = 0.222$) สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับการป้องกันโรคติดเชื้อระบบทางเดินอาหารของผู้ปกครองเด็กปฐมวัย ($r = 0.259$) ทักษะการสื่อสารข้อมูลเกี่ยวกับการป้องกันโรค

ติดเชื้ระบบทางเดินอาหารของผู้ปกครองเด็กปฐมวัย ($r = 0.266$) และความรู้เท่าทันสื่อเกี่ยวกับการป้องกันโรคติดเชื้อระบบทางเดินอาหารของผู้ปกครองเด็กปฐมวัย ($r = 0.266$) อาชีพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรู้ความเข้าใจ

เกี่ยวกับโรคติดเชื้อระบบทางเดินอาหารของผู้ปกครองเด็กปฐมวัย ($r = 0.255$) และความรู้เท่าทันสื่อเกี่ยวกับการป้องกันโรคติดเชื้อระบบทางเดินอาหารของผู้ปกครองเด็กปฐมวัย ($r = -0.271$) ดังแสดงใน Table 3

Table 3: The association with personal information and the parental of health literacy in gastrointestinal infectious diseases prevention in early childhood.

Factor	Health Literacy						Total
	1	2	3	4	5	6	
1. Sex	-0.370	0.137	0.107	0.125	0.182	0.164	0.171
2. Education levels	0.112	0.222*	0.093	0.102	0.212	0.198	0.225*
3. Occupation	0.255*	-0.018	0.123	0.007	-0.173	-0.271*	-0.108
4. Marital status	-0.019	0.269*	0.266*	0.019	0.106	0.256*	0.243*
5. Income	0.076	0.080	0.110	0.168	0.089	0.124	0.156
6. Child diarrhea care experience	-0.045	0.140	0.110	-0.050	-0.108	0.129	0.077

* significant at 0.05 levels

สรุปและอภิปรายผล

จากผลวิจัย พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์เชิงเดียวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคติดเชื้อระบบทางเดินอาหารของผู้ปกครองเด็กปฐมวัย ประกอบด้วย

ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์ทางบวก ระดับน้อยกับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคติดเชื้อระบบทางเดินอาหารของผู้ปกครองเด็กปฐมวัย ($r = 0.225$) ทั้งนี้เนื่องจากระดับการศึกษาเป็นตัวแปรที่บ่งบอกถึงความสามารถในการแสวงหาความรู้ของผู้ปกครอง เมื่อพิจารณาในแต่ละด้านพบว่า ระดับการศึกษาที่มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับน้อยกับการเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับการป้องกันโรค ($r =$

0.222) ซึ่งกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคติดเชื้อระบบทางเดินอาหารของผู้ปกครองเด็กปฐมวัยอยู่ในระดับดีมาก เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านการตรวจสอบและตัดสินใจเกี่ยวกับการป้องกันโรคด้านการจัดการเกี่ยวกับโรค และด้านความรู้เท่าทันสื่อเกี่ยวกับโรคอยู่ในระดับ ดีมาก ซึ่งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ จบการศึกษาระดับปริญญา ตรีและสูงกว่าระดับปริญญาตรี ที่พบว่ามีมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินอาหารในระดับดีมาก สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ในผู้ที่มีการศึกษาสูงจะมีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพสูง⁽¹⁵⁾ เช่นเดียวกับการศึกษาในกลุ่มผู้ปกครองที่มีระดับการศึกษาสูงกว่าจะมีความ

รอบรู้ด้านสุขภาพเพียงพอในการดูแลสุขภาพและเป็นแนวทางสำคัญที่จะนำไปสู่การดูแลสุขภาพเด็กที่ดี⁽¹⁹⁾

อาชีพ ไม่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพรวม แต่เมื่อพิจารณารายด้านพบมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับน้อยกับความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค ($r = 0.255$) และมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับน้อยกับการรู้เท่าทันสื่อเกี่ยวกับการป้องกันโรค ($r = -0.271$) โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับราชการ รัฐวิสาหกิจ พนักงานมหาวิทยาลัย ซึ่งเป็นกลุ่มที่สามารถเข้าถึงสื่อและมีความสามารถในการประเมินความน่าเชื่อถือของแหล่งที่มาของข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพและสามารถเข้าใจเกี่ยวกับข้อมูลที่ได้รับจากสื่อต่าง ๆ สอดคล้องกับงานวิจัยที่พบว่า อาชีพซึ่งมีความเกี่ยวข้องกับระดับการศึกษา ผู้ปกครองสามารถนำความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อทางเดินหายใจที่ได้รับมาปรับใช้ในการดูแลเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กได้อย่างถูกต้อง⁽²⁰⁾

สถานภาพสมรส โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ พบว่ามีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคติดเชื้อระบบเดินอาหารของผู้ปกครองเด็กปฐมวัย ($r = 0.243$) เมื่อพิจารณารายด้านการเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับการป้องกันโรค ($r = 0.269$) ทักษะการสื่อสารข้อมูลเกี่ยวกับการป้องกันโรค ($r = 0.266$) และการรู้เท่าทันสื่อเกี่ยวกับการป้องกันโรค ($r = 0.256$) ซึ่งอธิบายได้ว่าการอยู่ร่วมกับคู่สมรสเป็นการสนับสนุนช่วยเหลือซึ่งกันและกัน เป็นที่ปรึกษา เป็นผู้ช่วยในการตัดสินใจในการดูแล

สุขภาพ ทั้งในด้านการเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับโรคติดเชื้อระบบทางเดินอาหาร ซึ่งจะพบว่าจากผลการวิจัยครั้งนี้ในแต่ละด้านอยู่ในระดับพอใช้ตามลำดับสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าสถานภาพสมรสเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อประสบการณ์และความสามารถของบิดามารดาในการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจด้านสุขภาพของบุตร เนื่องจากคู่สมรสสามารถหารือและแบ่งปันภาระในการตัดสินใจและให้การสนับสนุนทางอารมณ์⁽¹⁵⁾

ข้อจำกัดของการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบตัดขวาง ให้ความสนใจกับการศึกษากับผู้ปกครองเด็กปฐมวัยในระยะเวลาสั้น ๆ และกลุ่มตัวอย่างมีลักษณะทางประชากรที่ค่อนข้างใกล้เคียงกัน จึงไม่สามารถอธิบายความสัมพันธ์ในเชิงสาเหตุและไม่สามารถนำไปอ้างอิงยังประชากรทั้งหมดได้

สรุปผล

การศึกษาพบว่า ผู้ปกครองเด็กปฐมวัยมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคติดเชื้อระบบเดินอาหารในระดับดีมาก ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์เชิงเดียวกับความรอบรู้ คือ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส และอาชีพ โดยการศึกษาสูงช่วยในการเข้าถึงข้อมูล และการมีคู่สมรสเป็นแหล่งสนับสนุนในการตัดสินใจด้านสุขภาพ และอาชีพข้าราชการ ช่วยเสริมสร้างความรอบรู้ อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้ ยังมีข้อจำกัดจากการเป็นงานวิจัยแบบตัดขวางในกลุ่ม

ตัวอย่างที่มีลักษณะใกล้เคียงกัน จึงไม่สามารถสรุปผลไปยังประชากรทั่วไปได้

ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยครั้งนี้มีข้อจำกัดของการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างไม่สามารถนำผลการศึกษาไปอ้างอิง จากผลการศึกษาพบว่า ระดับการศึกษา อาชีพ และสถานภาพสมรสของผู้ปกครองมีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ การนำผลไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลต้องมีการศึกษาและวางแผนการจัดกิจกรรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพสำหรับผู้ปกครองเด็กปฐมวัยเกี่ยวกับการป้องกันโรคระบบทางเดินอาหารให้เหมาะสมกับบริบท โดยมีข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยในครั้งต่อไป ดังนี้

1. ขยายการศึกษาไปยังกลุ่มผู้ปกครองที่มีความหลากหลายทางประชากรมากขึ้น เช่น ระดับการศึกษาต่ำกว่า อาชีพอื่น ๆ และสถานภาพโสด/หย่าร้าง

2. ดำเนินการศึกษาในระยะเวลาที่ยาวนานขึ้น (longitudinal study) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์เชิงสาเหตุและการเปลี่ยนแปลงของความรอบรู้ด้านสุขภาพตามช่วงเวลา

3. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคจริงในทางปฏิบัติ

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัย

การศึกษานี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ สาขาวิทยาศาสตร์ รักษ

รับรองเลขที่ COA No. 058/2568 วันที่ 8 พฤษภาคม 2568 ผู้วิจัยขอความยินยอมจากผู้ให้ข้อมูลด้วยการลงนามด้วยความสมัครใจ แนะนำตัวเองชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาในการเข้าร่วมวิจัย และประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย ซึ่งผู้ตอบแบบสอบถามสามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลา ข้อมูลที่ได้ไม่มีการระบุชื่อและรหัสแทนข้อมูล เก็บข้อมูลเป็นความลับ การนำเสนอข้อมูลจะนำเสนอในภาพรวม

กิตติกรรมประกาศ

ทางคณะผู้วิจัยขอขอบคุณท่านผู้ปกครองทุกท่านที่ให้ความร่วมมือ และขอขอบคุณเจ้าหน้าที่ศูนย์พัฒนาเด็กปฐมวัยที่อำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูลในครั้งนี้ คณะผู้วิจัยหวังว่าผลการวิจัยครั้งนี้จะเป็นประโยชน์ต่อการป้องกันโรคติดเชื้อระบบทางเดินอาหารในเด็กปฐมวัยต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Diarrhoeal disease. [Internet]. 2024. [cited 2025 Feb 13]. Available from: <https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/diarrhoeal-disease>.

2. Holst MM, Wittry BC, Crisp C, Torres J, Irving DJ, Nicholas D. Contributing factors of foodborne illness outbreaks – National Outbreak Reporting System, United States, 2014-2022. MMWR Surveill Summ 2025;74(1):1-12.
DOI:[10.15585/mmwr.ss7401a1](https://doi.org/10.15585/mmwr.ss7401a1)
3. European Centre for Disease Prevention and Control. Prevention of norovirus infection in schools and childcare facilities. Stockholm : ECDC, 2013.
<https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/media/en/publications/Publications/norovirus-prevention-infection-schools-childcare-facilities.pdf>
4. กรมควบคุมโรค. รายงานสถานการณ์โรคอุจจาระร่วงพ่นในประเทศไทย ปี 2565. กรุงเทพฯ : กระทรวงสาธารณสุข. 2566. [เข้าถึงเมื่อ 13 กุมภาพันธ์ 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://apps-doe.moph.go.th/boeeng/annual/Annual/Annual_Report_2565.pdf
5. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข. รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา. นนทบุรี : กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข. 2564. [เข้าถึงเมื่อ 13 กุมภาพันธ์ 2568]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.hiso.or.th/thaihealthstat/area/index.php?ma=3&pf=01138101&tm=2&tp=202&type>
6. de Buhr E, Tannen A. Parental health literacy and health knowledge, behaviours and outcomes in children: a cross-sectional survey. BMC Public Health 2020;20(1):1096.
DOI:[10.1186/s12889-020-08881-5](https://doi.org/10.1186/s12889-020-08881-5)
7. Ndayisaba A, Uwizeyimana A, Tuyisenge MJ, Chironda G. Knowledge and practices of mothers on home management of diarrhoea in under-fives children at selected primary health care Centre, Rwanda: a descriptive cross-sectional study. Int J Afr Nurs Sci 2022;17:100508.
<https://doi.org/10.1016/j.ijans.2022.100508>
8. World Health Organization. Health literacy. [Internet]. 2024. [cited 2025 Feb 13]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/health-literacy>
9. Mattison CP, Calderwood LE, Marsh ZA, Wikswo ME, Balachandran N, Kambhampati AK, et al. Childcare and school acute gastroenteritis outbreaks: 2009-2020. Pediatrics 2022;150(5):e2021056002.
DOI:[10.1542/peds.2021-056002](https://doi.org/10.1542/peds.2021-056002)
10. DeJonge PM, Martin E, Hashikawa AN. Environmental cleaning strategies used by child care centers during illness outbreaks. Pediatrics 2018;142(1_MeetingAbstract):784.
<https://doi.org/10.1542/peds.142.1MA8.784>

11. Sakai A, Ishimaru M, Iwata H, Iwase S, Suzuki S. Health literacy and parenting infants at home: protocol for a qualitative systematic review of parents' experiences. JBI Evid Synth 2024;22(1):90-6. DOI:[10.11124/JBIES-23-00017](https://doi.org/10.11124/JBIES-23-00017)
12. DeWalt DA, Hink A. Health literacy and child health outcomes: a systematic review of the literature. Pediatrics 2009;124(Suppl 3):S265-74. DOI:[10.1542/peds.2009-1162B](https://doi.org/10.1542/peds.2009-1162B)
13. สุฤกษ์ สี่รุ่งเรือง, กิ่งพิกุล ช นานุกง, มณฑล หวานวาจา, สายชล คล้อยเอี่ยม. การสำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทย อายุ 15 ปีขึ้นไป พ.ศ. 2566 (ครั้งที่ 2) การส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในประเทศไทย: การประเมินสถานการณ์ปัจจุบัน ปัจจัยกำหนด และข้อเสนอเชิงนโยบาย. นนทบุรี : กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2567. <https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/6197?locale-attribute=th>
14. Herath K. The role of parental involvement in early childhood education. Cardiff School of Sport & Health Sciences Cardiff Metropolitan University, UK, 2024. DOI:[10.13140/RG.2.2.16204.73607](https://doi.org/10.13140/RG.2.2.16204.73607)
15. Raghupathi V, Raghupathi W. The influence of education on health: an empirical assessment of OECD countries for the period 1995-2015. Arch Public Health 2020;78:20. DOI:[10.1186/s13690-020-00402-5](https://doi.org/10.1186/s13690-020-00402-5)
16. Intarakamhang U, Khammungskul J, Boocha P. General health literacy scale for Thais and comparison between age groups. Heliyon 2022;8(5):e09462. DOI:[10.1016/j.heliyon.2022.e09462](https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2022.e09462)
17. Visser MJ, H E Hecker HE, Jordaan J. A comparative study of the psychological problems of HIV-infected and HIV-uninfected children in a South African sample. AIDS Care 2018;30(5):596-603. DOI:[10.1080/09540121.2017.1417530](https://doi.org/10.1080/09540121.2017.1417530)
18. Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. Health Promot Int. 2000;15(3):259- 67. <https://doi.org/10.1093/heapro/15.3.259>

19. Mohamed H, Kittle E, Nour N, Hamed R, Feeney K, Salsberg J, et al. An integrative systematic review on interventions to improve layperson's ability to identify trustworthy digital health information. PLoS Digit Health 2024;3(10):e0000638. DOI:[10.1371/journal.pdig.0000638](https://doi.org/10.1371/journal.pdig.0000638)
20. ชมนนัญญา วิษา, วิภาวรรณ ชัยลังกา, ลาวัลย์ สมบูรณ์, สุดธิดา แก้วขจร, บุญญฤทธิ์ อายุยืน. ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลในการป้องกันโรคติดเชื้อทางเดินหายใจของผู้ปกครองเด็กปฐมวัย ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก. พยาบาลสาร มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ 2566;50(2):195-211. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/cmunursing/article/view/262209>

คำแนะนำสำหรับผู้เขียนบทความ เพื่อตีพิมพ์ในชัยภูมิเวชสาร

ชัยภูมิเวชสาร เป็นวารสารของโรงพยาบาลชัยภูมิ ที่จัดพิมพ์ผลงานวิชาการเกี่ยวกับการแพทย์ พยาบาล และสาธารณสุข ได้แก่ นิพนธ์ต้นฉบับ (original article) บทความปฏิทัศน์/ฟื้นฟูวิชาการ (review article/refresh article) รายงานผู้ป่วย (case report) บทความพิเศษ (special article) และงานวิชาการในลักษณะอื่น ๆ ที่ยังไม่เคยพิมพ์เผยแพร่มาก่อน

กำหนดออกเผยแพร่ : ราย 6 เดือน (มิถุนายน และ ธันวาคม)

ISSN: 2985-0649 (Print)

ISSN: 2985-0657 (Online)

การติดต่อส่งเรื่องที่

กองบรรณาธิการ ชัยภูมิเวชสาร

ห้องสมุด โรงพยาบาลชัยภูมิ

อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ 36000

โทรศัพท์ 044-837100-3 ต่อ 88125

Submission Online: <https://thaidj.org/index.php/CMJ/index>

E-mail: thodsaporn.ph@gmail.com Line : 095-6619738

นโยบายของกองบรรณาธิการ

1. ต้องบอกชื่อ-สกุลและที่อยู่ของผู้ส่งเรื่องให้ชัดเจน ต้นฉบับขอให้ทำตามข้อแนะนำอย่างเคร่งครัด ถ้าผิดแปลกไปมากจะไม่ได้รับพิจารณาให้ลงพิมพ์
2. รูป ตาราง แผนภูมิ ฯลฯ ควรเขียนเองไม่ควรลอกหรือถ่ายเอกสารจากบทความอื่นหากจำเป็น ต้องนำมาอ้างอิงบอกรายละเอียดของแหล่งที่มาอย่างชัดเจนและในบางรายที่มีลิขสิทธิ์ต้องได้รับอนุญาตอย่างถูกต้องด้วย
3. เมื่อได้รับเรื่อง ทางกองบรรณาธิการจะติดต่อให้ทราบภายใน 2 สัปดาห์ ถ้าไม่ได้รับคำตอบ ให้ติดต่ออีกครั้ง
4. กรณีบทความที่ส่งมาจากบุคคลเดียวกันเกิน 2 เรื่อง จะสามารถลงตีพิมพ์จำนวน 1 เรื่อง ต่อรอบการพิมพ์บทความ ส่วนเรื่องที่เหลือพิจารณาไว้รอบถัดไปตามความเหมาะสม
5. ถ้ามีความไม่ถูกต้องของเนื้อหาของบทความ ผู้รายงานหรือคณะผู้รายงานของบทความนั้น ต้องเป็นผู้รับผิดชอบ
6. บทความประเภทนิพนธ์ต้นฉบับและรายงานผู้ป่วย ผู้รายงานต้องแนบหนังสือรับรองการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน (Ethic committee)
7. ค่าใช้จ่ายในการตีพิมพ์ 4,000 บาท (สี่พันบาทถ้วน) ต่อเรื่อง
8. การจ่ายเงินค่าตีพิมพ์ ต้องจ่ายเมื่อกองบรรณาธิการตอบรับการรับตีพิมพ์ในชัยภูมิเวชสาร (กรณีที่ผู้วิจัยไม่ส่งบทความที่ปรับแก้ตามคำแนะนำของ Peer review จะไม่สามารถขอรับค่าตีพิมพ์คืน ทุกกรณี)

การเตรียมต้นฉบับ

ต้นฉบับไม่สมบูรณ์หรือไม่ถูกต้อง หรือไม่ปฏิบัติตามข้อกำหนดของชัยภูมิเวชสาร จะถูกส่งคืนเจ้าของบทความ เพื่อแก้ไขก่อนส่งตรวจสอบบทความ (review) ต่อไป ดังนั้น ผู้รายงานหรือคณะผู้รายงานควรเตรียมบทความและตรวจสอบว่าบทความถูกต้องตามข้อกำหนดของเวชสาร ทั้งนี้เพื่อไม่ให้เกิดความล่าช้าในการรายงานผลงานทางวิชาการของท่าน

หน่วยของการวัด

ใช้ให้ตรงกับ SI (International System of Units) **Standard unit**

- สำหรับความยาว มวล และปริมาตร คือ เมตร กิโลกรัม และลิตร ตามลำดับ

- สำหรับความเข้มข้นหรือจำนวนของสารควรเป็น molar unit (เช่น moles /liter) มากกว่า mass unit (milligram percent) ถ้าเป็นไปได้สำหรับทาง clinical ใช้ mass unit ได้

- สำหรับความดันใช้ มม.ปรอท หรือ ซม.น้ำ (หรือ อาจใช้ kPa แล้วตามด้วย มม.ปรอท หรือ ซม.น้ำในวงเล็บก็ได้)

สิ่งที่กล่าวมานี้ ดูจาก Normal Reference Laboratory Values. New England Journal Medicine, 1978;298: 34-45.

คำย่อ

ให้อธิบายคำย่อทุกคำ ยกเว้นที่รับรองแล้ว ตาม International System of Units for Length, Mass, Time, Electric Current, Temperature, Luminous Intensity และ Amount of Substance ควรให้หมายเหตุ (footnote หรือ box) ในความตอนต้นของเรื่อง เพื่ออธิบายคำย่ออย่างพยายามตั้งคำย่อเอง

ชื่อยา

ใช้ generic name ถ้าจำเป็นใช้ชื่อทางการค้าให้กำกับด้วย generic name ในวงเล็บ

ภาษาอังกฤษ

ใช้ตาม The Concise Oxford Dictionary of Current English และ Macnalty's British Medical Dictionary

คำภาษาอังกฤษ

ที่ไม่สามารถแปลเป็นไทยได้เหมาะสม ให้เขียนทับศัพท์ด้วยอักษรเล็กยกเว้นคำเฉพาะให้เริ่มต้นด้วยอักษรตัวใหญ่ (capital letter) ได้ และควรเขียนเป็นเอกพจน์

การส่งต้นฉบับ

1. ให้ใช้โปรแกรม Microsoft Word พิมพ์บทความ ด้วยรูปแบบตัวอักษร Angsana new ขนาด 16 point

2. ให้บันทึกเป็นไฟล์ Word พร้อมกับตรวจตัวอักษรและระยะห่างของตัวอักษรให้ถูกต้องสวยงาม

3. ให้ส่งต้นฉบับที่จะลงตีพิมพ์ ภาพประกอบ รูปภาพ กราฟและตารางมาทางระบบออนไลน์

4. ใช้ขนาด A4 พิมพ์อย่างชัดเจน ไม่เว้นบรรทัด เว้นขอบบน ล่าง และด้านข้างประมาณ 1 นิ้ว ควรเตรียม

เรื่องลำดับต่อไป (ตาม Uniform requirement for manuscripts submitted to biochemical journals. British Medical journal 1997;1: 523-5.)

4.1 Title ควรให้สั้นและง่าย สำหรับการทำดัชนี (index) ถ้าเป็นภาษาอังกฤษใช้อักษรต้นคำเป็น capital letter ทุกคำ ยกเว้นคำบุพบท และ article (Angsana new ขนาด 18 point)

4.2 ชื่อของผู้เขียนเรื่องทุกคนพร้อมทั้งปริญญาบัตรสูงสุด และที่ทำงานทั้งภาษาไทย และภาษาอังกฤษ สถานที่ทำ Paper ทุนอุดหนุน

4.2 Abbreviated title (ถ้ามี) ไม่ควรเกิน 50 คำ (running title)

4.3 Key word ควรบอก หรือคำรวมเรียงตามตัวอักษร ซึ่งคิดว่าจะให้ทำ index อาจมีการেলাให้เข้ากับ standard list เพื่อทำ index ถ้าเป็น randomized controlled trial ให้แจ้งด้วย

4.4 Abstract ย่อเรื่องที่ทำการศึกษาเหตุผล วิธีการและผลลัพธ์พร้อมกับ data ที่สำคัญและบทสรุป อย่าใช้คำย่อไม่ควรเกิน 350 คำ หรือไม่เกิน 1 หน้า clinical report, review article, ต้องมี abstract และ abstract ต้องมีทั้งภาษาอังกฤษและภาษาไทยด้วย

4.5 Text ควรประกอบด้วย introduction, method and material, discussion และ conclusion

4.6 Acknowledgement ขอบขอบคุณที่อนุญาตให้ใช้ data หรือผู้เกี่ยวข้องอื่น ๆ (ถ้ามี)

4.7 Reference เอกสารอ้างอิงให้ใช้หน้าใหม่เรียงลำดับก่อนหลังตามที่ได้อ้างไว้ในเนื้อเรื่องให้ใช้เอกสารอ้างอิง เฉพาะที่จะอธิบาย test ใส่อักษรและชื่อต้น (initial) ของผู้เขียนทุกคน title, abbreviated title ของเอกสารทางการแพทย์ ซึ่งปรากฏตาม Index Medicus ปีที่พิมพ์ (Volume) และหน้าที่มีเรื่องอยู่ เลขบอกเอกสารอ้างอิงควรพิมพ์ไว้เหนือประโยคของเนื้อเรื่อง อย่าใช้เอกสารอ้างอิงที่ไม่ได้ผ่านการตรวจทาน เช่น เรื่องที่อยู่ในโปรแกรมของ meeting หรือการรวมเล่ม ใช้แต่เอกสารที่ผู้อ่านทั่ว ๆ ไป อ่านได้ indexed abstract ซึ่งพิมพ์เป็นเอกสารอ้างอิง ถ้าเรื่องอ้างอิงกำลังพิมพ์ให้ใส่ไว้ในวงเล็บด้วยว่า “in press” หรือ “กำลังพิมพ์” และต้องส่งฉบับตัวอย่างไปให้ด้วย 1 ฉบับ

ตัวอย่าง Reference

เขียนเอกสารอ้างอิงแบบแวนคูเวอร์ (Vancouver Style)

Journal : Kane RA, Kane RL. Effect of genetic testing for risk of Alzheimer's disease. N Engl J Med

2009;361(1):298-9. DOI: [10.1056/NEJMe0903449](https://doi.org/10.1056/NEJMe0903449) (วารสารไทยใช้ชื่อและนามสกุลเต็ม)

*กรณีผู้แต่งเกิน 6 คน : Mitchell SL, Teno JM, Kiely DK, Shaffer ML, Jones RN, Prigerson HG, et al.

The clinical course of advanced dementia. N Engl J Med 2009;361(1):1529-38.

DOI: [10.1056/NEJMoa0902234](https://doi.org/10.1056/NEJMoa0902234)

Book : Janeway CA, Travers P, Walport M, Shlomchik M. Immunobiology. 5th ed. New York: Garland Publishing, 2001.

Chapter : Esclamado R, Cummings CW. Management of the impaired airway in adults. In: Cummings CW, Fredrickson JM, Harker LA, Krause CJ, Schuller DE, [editors]. Otolaryngology - head and neck surgery. 2nd ed. St. Louis, MO: Mosby Year Book, 1993. P:2001-19.

Online : Foley KM, Gelband H, editors. Improving palliative care for cancer. [Internet]. 2001 [cited 2002 Jul 9]. Available from: <http://www.nap.edu/books/0309074029/html/>.

จิราภรณ์ จันทรจักร. การเขียนรายการอ้างอิงในเอกสารวิชาการทางการแพทย์. [อินเทอร์เน็ต]. 2551.

[เข้าถึงเมื่อ 18 ต.ค.2554]. เข้าถึงได้จาก : <http://liblog.dpu.ac.th/analyresource/wp-content/uploads/2010/06/reference08>.

*ความถูกต้องของเอกสารอ้างอิงอยู่ในความรับผิดชอบของผู้เขียน

4.8 Illustration รูป 3 ชุด ไม่ติดกระดาษแข็ง (unmounted) เป็นเงามันไม่ตัดขอบ (untrimmed glossy print) ขนาดไม่ใหญ่กว่ากระดาษขนาด A4 สิ่งที่แสดงและขนาดตัวอักษรให้ได้พอเหมาะ ถ้าส่งไปรษณีย์ ควรป้องกันภาพเสียหายใช้ staple หรือ clip หรือเขียนกีดขวางหลังภาพที่ขอบนอกของภาพติดเลขลำดับภาพ และบอกมุมของภาพ

ภาพเขียน graph chart และตัวอักษรควรเขียนด้วยหมึกสีดำอย่างมีศิลปะ ต้องมีคำอธิบายคู่กับภาพ หรือจะรวมไว้ในหน้าสุดท้ายของ manuscript ก็ได้ คำอธิบายเป็นภาษาอังกฤษ

4.9 Table ควรให้เลขลำดับ มีคำอธิบายภาพเหนือตาราง ตารางเป็นภาษาอังกฤษ

4.10 ข้อพิจารณาทางกฎหมายและจรรยาบรรณ หลักเลี่ยงการใส่ชื่อผู้ป่วย และ HN รูปถ่ายผู้ป่วย ไม่ควรให้จำหน่ายได้ นอกจากผู้ป่วยจะอนุญาตเป็นลายลักษณ์อักษร table และ illustration ซึ่งเคยพิมพ์มาแล้ว ต้องบอกว่าได้รับอนุญาตให้พิมพ์ได้จากผู้เขียน หรือสำนักพิมพ์ได้จากผู้เขียน หรือสำนักพิมพ์นั้น ๆ การทดลองในคนควรทำอย่างมีจรรยาบรรณ และระบุว่าได้รับอนุญาตแล้ว หรือรับรองโดยสถาบันที่ให้ทำการทดลองได้ การทำการทดลองสัตว์ควรยึดหลักให้ตรงกับที่กำหนดไว้กับสัตว์

Article

1. Original article ใช้คำประมาณ 2,000-4,000 คำ (หรือมีความยาวไม่เกิน 10 หน้าพิมพ์) บรรจุเนื้อหาสำคัญที่เกี่ยวข้องกับแพทย์และสาธารณสุข clinical material, applied research หรือ laboratory research

2. Clinical report เป็นการรายงานเทคนิคใหม่เครื่องมือใหม่ clinical research หรือ Case report ใช้คำประมาณ 500–1,500 คำ หลักการโดยทั่วไปคือ

ควรเป็นการเปรียบเทียบระหว่างเครื่องมือหรือการรักษาใหม่กับเก่า ว่ามีประโยชน์ต่างกันหรือไม่ โดยเครื่องมือหรือการรักษาใหม่นั้นเหมาะที่จะนำมาใช้ได้จริงในเวชปฏิบัติ

ควรมี data แสดงถึง reliable function และบอกถึงข้อเสียที่อาจเกิดขึ้น บอกสถานที่ที่จะซื้อหา หรืออธิบายวิธีทำให้ชัดเจนเพื่อให้ผู้อ่านทำขึ้นใช้เองได้

Case report ควรเป็นการสอนบอกถึง clinical situation (สภาวะทางคลินิก) หรือ unusual clinical phenomena ไม่ควร report ซึ่งเหมือนกับที่เคย report มาแล้ว Clinical report ไม่ต้องมี abstract แต่ควรมีบทสรุป ถ้าเนื้อความภาษาไทยควรมีบทสรุปภาษาอังกฤษด้วย

3. Laboratory report เป็นคำอธิบายอย่างย่อของผลงาน Laboratory research หรืออธิบาย Research equipment หรือ technique ใหม่ Laboratory report ต้องมี abstract and key word ใช้คำประมาณ 500–1,500 คำ

4. Review article รวบรวม ค้นคว้า ความคิดเห็นเดิมทั้งหลาย เพื่อแสดงความคิดครอบคลุมในวงกว้างมากขึ้น อาจเป็น clinical หรือ basic science ก็ได้ใช้คำประมาณ 3,000-10,000 คำเอกสารอ้างอิง ควรเรียงลำดับที่อ้างอิงไม่ต้องมี abstract แต่ควรมีบทสรุป

5. บทความนำรู้ เป็นเรื่องน่ารู้ทั่วไป ที่น่าสนใจ ใช้คำประมาณ 500-1,000 คำ

6. Letter to the editor จดหมายควรมีวัตถุประสงค์ชัดเจน เสริมสร้าง หรือให้ความรู้ จะเป็นการถกเถียงในเรื่องซึ่งเป็นที่สนใจทั่วไปก็ได้ถ้าเป็นไปได้ควรมีเอกสารอ้างอิง table และ illustration ที่จำเป็น



ชัยภูมิเวชสาร

CHAIYAPHUM MEDICAL JOURNAL