



Primary Health Care Journal (Northern Edition)



วารสารสาธารณสุขมูลฐาน (ภาคเหนือ)



อ.สม. ผู้นำการปรับเปลี่ยน
พฤติกรรมสุขภาพ



ปีที่ 35 ฉบับที่ 3

กันยายน – ธันวาคม 2568



ISSN : 3056-9621 (print)

ISSN : 3056-963X (online)



ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 3

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข

วารสารสารานุกรมสุขมูลฐาน (ภาคเหนือ)

ปีที่ 35 ฉบับที่ 3 เดือนกันยายน – ธันวาคม 2568

ที่ปรึกษา

นพ.ภูวเดช สุระโคตร	อธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
ทพ.อาคม ประดิษฐสุวรรณ	รองอธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
นพ.กรกฤษ ลิ้มสมบุดี	รองอธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

กองบรรณาธิการผู้ทรงคุณวุฒิ

รศ.ดร.วรรณภา ประยุกต์วงศ์	มหาวิทยาลัยมหิดล วิทยาเขตนครสวรรค์
ผศ.ดร.กิตติคุณ หมู่พิกษ์	มหาวิทยาลัยมหิดล วิทยาเขตนครสวรรค์
ผศ.ดร.วุฒิชัย จริยา	มหาวิทยาลัยนเรศวร
ผศ.ดร.กฤตปัทธ ตันต้อมฤกุล	มหาวิทยาลัยพะเยา
ผศ.ดร.ธัชพล เมธารัฐกุล	มหาวิทยาลัยพะเยา
ผศ.ดร.ธิตติมา วทานียเวช	มหาวิทยาลัยราชภัฏนครสวรรค์
ดร.สุภากรรณ์ ตันตินันตตระกูล	มหาวิทยาลัยรามคำแหง
ว่าที่ร้อยตรี ดร.ยุทธนา แยมคาย	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก
ดร.สุวิมล ปิยสุภะ	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์
นายสมเกียรติ ศรีประสิทธิ์	มหาวิทยาลัยนเรศวร
นางสาววัชร ศรีทอง	นักวิชาการอิสระ
ดร.ภูซังค์ อินทร์ชัย	มหาวิทยาลัยมหิดล
นายชาติชาย สุวรรณนิตย์	ข้าราชการบำนาญ
ดร.สมนึก หงส์ชัย	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี
ดร.วิสุทธิ บุญญะโสภิต	นักวิชาการอิสระ
ดร.ธัญชนก ชุมทอง	กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
นางสาวนงลักษณ์ วิชัยรัมย์	มหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี
นางสาววันวิสา คำสัดย	มหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี
นางสาวชนมณีกา ใจดี	มหาวิทยาลัยราชภัฏราชนครินทร์

กองบรรณาธิการบริหาร

นายอุทิศ จิตเงิน	ผู้อำนวยการศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 3
นางเพ็ญศรี โตเทศ	ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 3
นางสาวสุภัทรา ฝอฝน	ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 3
นายมฤคธราช ไชยภาพ	ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 3
นางสาวรัชต์สุดา ช่อรักษ์	ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 3
นางสาวกฤษณา กันกลิ่น	ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 3

ฝ่ายจัดการวารสาร

นางเพ็ญศรี โตเทศ	ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 3
นางสาวสุภัทรา ฝอฝน	ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 3
นายมฤคธราช ไชยภาพ	ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 3
นางสาวรัชต์สุดา ช่อรักษ์	ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 3
นางสาวกฤษณา กันกลิ่น	ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 3
นางสาวนารี ยอดทอง	ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 3
นางศิริลักษณ์ ช่างเนียม	ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 3
นางบุญเชิด ธรรมสอน	ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 3
นางสาวปภาดา เขาช้า	ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 3

สอบถามข้อมูลเพิ่มเติม / สนใจติดต่อได้ที่

เบอร์โทรศัพท์ : 056 222 375
: 095-709 5942 (มฤคธราช)
: 095-246 4124 (รัชต์สุดา)

LINE ID : bo_em
: namfarok

<https://thaidj.org/index.php/NRTC>

ช่องทางการติดต่อและเผยแพร่



บทบรรณาธิการ

วารสารสาธารณสุขมูลฐาน (ภาคเหนือ)

ปีที่ 35 ฉบับที่ 3 เดือนกันยายน - ธันวาคม 2568

อุทิศ จิตเงิน

ผู้อำนวยการศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 3



สวัสดีท่านผู้อ่านที่เคารพรักทุกท่านครับ

วารสารสาธารณสุขมูลฐาน(ภาคเหนือ) ปีที่ 35 ฉบับที่ 3 ประจำเดือนกันยายน - ธันวาคม 2568 นับเป็นฉบับส่งท้ายปี 2568 ผมในนามกองบรรณาธิการ ขอส่งความปรารถนาดี และส่งความสุขถึงทุกท่าน เนื่องในโอกาสวันส่งท้ายปีเก่าต้อนรับปีใหม่ด้วยครับ

วารสารฯปิดท้ายของปีฉบับนี้ยังแน่นด้วยเนื้อหาทางวิชาการ งานวิจัยและนวัตกรรมด้านสาธารณสุข นำเสนอ 10 เรื่องที่ทรงคุณค่าทั้งในด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค โดยเฉพาะอย่างเช่นกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดี ได้แก่ 1) ประสิทธิภาพของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ตำบลภูน้ำหยด อำเภอวิเชียรบุรี จังหวัดเพชรบูรณ์ 2) การลดระยะเวลาการรอคอยในแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลจิตเวชด้วยกรอบแผนภาพเพชรคู่: กรณีสมมติข้อเสนอเชิงระบบ 3) ประสิทธิภาพของโปรแกรมการพัฒนาพฤติกรรมป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ ตำบลแม่มาเรื่อ อำเภอเมืองพะเยา จังหวัดพะเยา 4) การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 5) ประสิทธิภาพและทัศนคติของผู้ป่วยมะเร็งในการใช้น้ำต้มใบมะละกอ : การศึกษาแบบผสมผสาน 6) ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอสวรรคโลก จังหวัดสุโขทัย 7) ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานสุขภาพจิตชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอวังทอง จังหวัดพิษณุโลก 8) การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงวัยด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย จังหวัดลำปาง 9) การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 10) ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคปอดในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดแพร่

งานวิจัยทั้ง 10 เรื่อง เป็นงานที่ลงลึกถึงวิธีการดำเนินงานในระดับชุมชน โดยมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นกลไกการจัดการ เป็นการแก้ปัญหาและพัฒนาสุขภาพที่รากฐานของระบบสุขภาพ อันจะนำไปสู่การลดความเจ็บป่วย ลดการรอคอย ลดความแออัด และลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ

ขอขอบพระคุณผู้เขียนขอขอบคุณผู้เขียนที่ร่วมเสนอบทความที่เป็นประโยชน์ทางวิชาการ และขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิที่สละเวลาให้ข้อเสนอแนะ และกลั่นกรองคุณภาพงานเขียนของวารสารให้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น ซึ่งทำให้เกิดประโยชน์ต่อผู้อ่านต่อไป แล้วพบกันใหม่ฉบับหน้าครับ

สวัสดิ์ปีใหม่ 2569

อุทิศ จิตเงิน

สารบัญ

เนื้อเรื่อง

หน้า

การลดระยะเวลาการรอคอยในแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลจิตเวชด้วยกรอบแผนภาพเพชรคู่ : กรณีสมมติข้อเสนอเชิงระบบ : ศุภกฤต จีงพิภานิชกุล, โฆษิต ฉันทนารุ่งภักดิ์	1
ประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับน้ำตาล ในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ตำบลภูน้ำหยด อำเภอวิเชียรบุรี จังหวัดเพชรบูรณ์ : วาสนา อำตาบ, รัศมี สุขนรินทร์	14
ประสิทธิผลของโปรแกรมการพัฒนาพฤติกรรมป้องกันการพลัดตกหกล้ม ของผู้สูงอายุ ตำบลแม่ณาเรือ อำเภอเมืองพะเยา จังหวัดพะเยา : พิษณุภา ปาวงค์, กัญญาณี พวงรัตน์, ปิยะณัฐ สุดใหญ่, กัญญารัตน์ พุ่มพฤษ, ปภัสนรา ลำताल, นภัสรา เหมือนทองดี, ปิยะณัฐ นามวงษา, ธีรพัฒน์ บุญประเสริฐ, มณเฑียร มະโนธรรม	28
การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน : นพดล ครุฑน้อย, ถวัลย์ ชูแสง	42
ประสบการณ์และทัศนคติของผู้ป่วยมะเร็งในการใช้น้ำต้มใบมะละกอ : การศึกษาแบบผสมผสาน : ปรีชา หนูทิม, พิมพ์ลดา พงศ์ชัยขานนท์, ชุตติวัต หยูทองอินทร์, จักรเวทย์ ต้นแทน, ศรีสุภักดิ์ นันทา, ลักขณา งามวงศ์, ยุทธนา บุญกัน, เจนจิรา สุขเจริญจิต, เขมานันท์ จูมทอง	53
ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคของอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน อำเภอสวรรคโลก จังหวัดสุโขทัย : กชบดินฐ พลชนะ, ยุทธนา แยกคาย	67
ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานสุขภาพจิตชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอวังทอง จังหวัดพิษณุโลก : จุฬาลักษณ์ ชันคำ, สุธีธิดา กลมกล่อม, ยุทธนา แยกคาย, กฤษฎาญย์ ศรีใจ, จิรภัทร์ รัตนขมภู	78
การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย จังหวัดลำปาง : วรรณดา ดำเนินสวัสดิ์, ประยูทธ ศรีกระจำง, กนกวรรณ บัณฑุชัย	91
การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในชุมชน ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน : ฉัตรชัยกานท์ สุขนรินทร์, รัศมี สุขนรินทร์	104
ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคปอดในชุมชน ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดแพร่ : วงศกร ราชปันต์	118

บทความวิชาการ

การลดระยะเวลาการรอคอยในแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลจิตเวช

ด้วยกรอบแผนภาพเพชรคู่: กรณีสมมติข้อเสนอเชิงระบบ

REDUCING WAITING TIME IN OUTPATIENT DEPARTMENTS OF PSYCHIATRIC HOSPITAL
USING THE DOUBLE DIAMOND DIAGRAM FRAMEWORK: A HYPOTHETICAL CASE
OF A SYSTEMATIC PROPOSALศุภกฤต จิงพิภานิชกุล^{1*}, โสมิต ฉันทนารุงภักดิ์^{2**}Supphakrit Chuengphipanichchakul^{1*}, Kosit Chantananurungpak^{2**}¹ สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, ถนนพหลโยธิน 11000, ประเทศไทย² นักวิชาการอิสระ, บางรัก กรุงเทพมหานคร 10500, ประเทศไทย¹ Bureau of Elderly Health Department of Health Ministry of Public Health, Nonthaburi 11000, Thailand² Independent Scholar, Bang Rak, Bangkok 10500, Thailand

Corresponding author; Supphakrit888@gmail.com*, kapook12.hk@gmail.com**

Received: 7 Aug., 2025

Revised: 12 Sep., 2025

Accepted: 25 Sep., 2025

บทคัดย่อ

ระยะเวลาการรอคอยสำหรับการรับบริการของแผนกผู้ป่วยนอก (OPD) ในโรงพยาบาลจิตเวชเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อคุณภาพการให้บริการ และความพึงพอใจของผู้รับบริการ บทความนี้มุ่งเสนอการลดระยะเวลาการรับบริการ OPD ของโรงพยาบาลจิตเวช จากกรณีสมมติด้วยแผนภาพเพชรคู่ (Double Diamond Diagram) ที่เป็นแผนภาพแสดงกระบวนการคิดเชิงออกแบบ (Design thinking) แบ่งออกเป็น 4 ขั้นตอน ได้แก่ ค้นหา (Discover) นิยาม (Define) พัฒนา (Develop) และส่งมอบ (Deliver) ที่จะถูกนำมาประยุกต์ใช้เพื่อแสดงกระบวนการคิดเชิงแก้ไขปัญหา โดยนำเสนอผ่านกรณีสมมติแสดงศักยภาพการลดเวลาของ OPD ในโรงพยาบาลจิตเวชแห่งหนึ่ง ที่ลดระยะเวลาการรอคอยเฉลี่ยจาก 280 นาที เหลือ 105 นาที (ลดลงร้อยละ 62.5%) บทความนี้จึงชี้ให้เห็นถึงความเป็นไปได้ในการลดระยะเวลาการรอคอยอย่างมีประสิทธิภาพ ด้วยแนวคิดการออกแบบเชิงระบบที่ยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง

คำสำคัญ: ระยะเวลาการรอคอย; ผู้ป่วยนอก; โรงพยาบาลจิตเวช; แผนภาพเพชรคู่; ทฤษฎีข้อจำกัด

ABSTRACT

Waiting time for services of outpatient department (OPD) in psychiatric hospitals is a key factor affecting service quality and patient satisfaction. This article aims to propose a reduction of OPD waiting time in psychiatric hospitals based on a hypothetical case using a double diamond diagram, which is a design thinking process diagram divided into four steps: Discover, Define, Develop and Deliver. This diagram will be applied to demonstrate the problem-solving process through a hypothetical case demonstrating the potential for reducing OPD time in a psychiatric hospital, which reduced the average waiting time from 280 minutes to 105 minutes (62.5% reduction). This article therefore highlights the possibility of effectively reducing waiting time using a client-centered systems design approach.

Keywords: Waiting time; Outpatient department; Psychiatric hospital; Double Diamond; Theory of Constraints

บทนำ

แผนกผู้ป่วยนอก (Out – Patient Department : OPD) มีขอบเขตภารกิจและหน้าที่ในการให้บริการ ผู้ป่วยทั่วไปที่ไม่อยู่ในภาวะวิกฤต ฉุกเฉิน ครอบคลุมในการตรวจรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพ ให้แก่ผู้รับบริการ และผู้ที่มีสุขภาพดี ซึ่งการบริการในรูปแบบคลินิกต่างๆ เป็นจุดบริการเริ่มต้นที่ผู้รับบริการจะต้อง มาติดต่อ โดยจะต้องมีพื้นที่ใช้สอย และทางสัญจรทั้งของเจ้าหน้าที่ผู้รับบริการและส่วนสนับสนุนต่างๆ ที่มีความสัมพันธ์สอดคล้องกับการปฏิบัติงาน และเป็นพื้นที่จุดเริ่มต้นที่รองรับความแออัดจากประชาชนที่มาใช้บริการในพื้นที่จำนวนมาก ทำให้เกิดปัญหาในด้านการรอคอยในการให้บริการทางด้านสาธารณสุขแก่ผู้รับบริการ

ในปัจจุบันปัญหาระยะเวลารอคอยในการให้บริการในระบบสาธารณสุขของประเทศไทย ยังเป็นปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง และส่งผลกระทบต่อผู้รับบริการหลายด้าน ทั้งในเรื่องของความล่าช้าในการเข้าถึงบริการ การเสียเวลา การเสียค่าใช้จ่าย ความวิตก

กังวล และปัญหาด้านสุขภาพจิตของผู้มารับบริการ นำไปสู่ความเครียด ความผิดหวัง ความหงุดหงิด จากการมารับบริการ และส่งผลต่อการตัดสินใจไม่มารับบริการในสถานพยาบาล เนื่องจากไม่สามารถทนรอด้วยความทุกข์ทรมานจากอาการป่วยได้ (Alrajhi, Algerian et al. 2020, McIntyre and Chow, 2020) นอกจากผลกระทบที่เกิดกับตัวผู้รับบริการแล้ว ระยะเวลารอคอยที่ยาวนานยังส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพในการรักษา ส่งผลให้แพทย์มีเวลาในการตรวจผู้รับบริการแต่ละรายน้อย แพทย์อาจตรวจด้วยความรวดเร็ว และอาจให้ข้อมูลที่ไม่กระจ่าง ทำให้ผู้รับบริการไม่พึงพอใจ (Nottingham QJ et al., 2018) ซึ่งจากรายงานสรุปข้อมูลผู้ป่วยของกระทรวงสาธารณสุข พบว่าตลอดช่วงเวลา 5 ปี นับตั้งแต่ปี 2563-2567 จำนวนครั้งการเข้ารักษาแบบผู้ป่วยนอกสูงกว่าสามเท่าของประชากรในทุกๆปี (ปี 2567 มีจำนวน 3,408.72 ครั้งต่อประชากร 1,000 คน) (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน, 2567) และจำนวนวันนอนโรงพยาบาลของผู้ป่วยใน (IPD) เพิ่มขึ้น

จาก 32.53 ล้านวันในปี 2566 (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน, 2566) เป็น 35.33 ล้านวันในปี 2567 อีกทั้งยังพบว่า มากกว่าร้อยละ 50 ของผู้ป่วยนอกที่เข้ามารับบริการในโรงพยาบาลใหญ่เป็นความเจ็บป่วยที่สามารถรับบริการจากสถานพยาบาลระดับปฐมภูมิ (Primary Care) เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หรือร้านขายยาชุมชนได้ ทำให้บุคลากรทางการแพทย์ไม่สามารถบริหารจัดการเวลา และทรัพยากรในการดูแลผู้รับบริการได้อย่างทั่วถึง ปัจจุบันแม้จะมีระบบการคัดกรองความเร่งด่วน (Triage) ในการให้บริการกับผู้รับบริการก็ตาม ประเทศไทยก็ยังคงพบปัญหาด้านองค์ความรู้ และประสบการณ์ ของผู้ให้บริการทางการแพทย์ ในการคัดกรอง ทำให้การคัดแยกไม่แม่นยำอันนำไปสู่ความแออัด และการใช้ทรัพยากรทางการแพทย์อย่างไม่มีประสิทธิภาพ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ระบบการคัดกรองผู้รับบริการมีส่วนสำคัญที่สุด หากระบบมีรูปแบบที่ชัดเจน มีความละเอียด เพียงตรง และมีความคลาดเคลื่อนน้อย จะช่วยให้พยาบาลสามารถคัดกรองได้ถูกต้องตามความเร่งด่วน (Christ, Grossmann et al., 2010) สามารถส่งผู้รับบริการไปยังพื้นที่รักษาที่มีความเหมาะสมกับอาการของผู้รับบริการ ลดความล่าช้าในการรักษาผู้รับบริการที่มีภาวะฉุกเฉินอย่างแท้จริง ลดค่าใช้จ่ายและทรัพยากรขององค์กรที่ต้องนำมาใช้เกินความจำเป็น ลดอัตราความคลาดเคลื่อนในการคัดกรองลดระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล ลดความแออัดในพื้นที่รักษา ลดความเครียดของพยาบาลที่ทำหน้าที่ในการคัดกรองและลดอัตราความไม่พึงพอใจของผู้รับบริการ (พัชนี สุมานิตย์, 2565) ซึ่งส่งผลต่อกระบวนการในการรักษา และระยะเวลารอคอยในการให้บริการที่มากขึ้น

แม้ว่าปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุข ได้มีนโยบาย Smart Healthcare เพื่อพัฒนาความเป็นเลิศด้านระบบบริการ โดยมีการนำเทคโนโลยีด้านสุขภาพมาใช้

ในการจัดเก็บระบบข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล ประมวลผลข้อมูล และสังเคราะห์ข้อมูล เป็นแผนการบริหารจัดการของโรงพยาบาล นอกจากนี้ยังนำระบบอิเล็กทรอนิกส์ (E-health) มาเพิ่มคุณภาพการรักษา อาทิ การนัดหมายผู้รับบริการ การจัดคิว การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพของตนเอง เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการตรวจวินิจฉัย การรักษา และการเข้าถึงข้อมูลผู้รับการรักษา ลดความแออัด ลดการรอคอย มีข้อมูลที่ถูกต้องแม่นยำ เพื่อให้สถานบริการด้านสุขภาพเป็นโรงพยาบาล Smart Hospital (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน, 2562) ทั้งนี้ได้มีการใช้ระบบในการลดขั้นตอนในการให้บริการ ด้วยการประยุกต์ใช้ระบบสแกน แต่ด้วยข้อจำกัดหลายๆปัจจัย ปัญหาระยะเวลารอคอยยังคงเกิดขึ้นอันเนื่องมาจากปัจจัยดังต่อไปนี้

1. โครงสร้างและทรัพยากรของโรงพยาบาล

โครงสร้างและทรัพยากรของโรงพยาบาล มีความสัมพันธ์กับปัญหาการรอคอยของผู้รับบริการอย่างใกล้ชิด โดยปัญหาการรอคอยที่ยาวนานมักเกิดจากการขาดแคลนทรัพยากรที่ไม่เพียงพอต่อความต้องการของผู้รับบริการ รวมถึงการบริหารจัดการที่ไม่เหมาะสม (พัชนี สุมานิตย์, 2565) ส่งผลให้ระยะเวลารอคอยในการให้บริการนานขึ้น

2. กระบวนการให้บริการ (Workflow)

กระบวนการให้บริการที่ไม่เหมาะสม หรือไม่มีประสิทธิภาพ สามารถนำไปสู่ปัญหาการรอคอยที่ยาวนานได้ เนื่องจากกระบวนการให้บริการ ที่ดีจะช่วยลดความซับซ้อนของขั้นตอนการทำงาน ลดความล่าช้า และเพิ่มความคล่องตัวในการให้บริการ (ภาณุพันธ์ หงษ์วิไลและคณะ, 2565)

3. ลักษณะของผู้รับบริการ และเวลาที่ใช้บริการ

ลักษณะของผู้รับบริการ และความเร็วในการให้บริการมีผลต่อปัญหาการรอคอย โดยเฉพาะประเภท

ของผู้รับบริการ และความจำเป็นในการรักษาที่ซับซ้อน (Yurkova and Wolf, 2011) ผู้รับบริการที่มีอาการฉุกเฉินที่ไม่รุนแรง (เช่น สีเหลืองระดับ 3) มักใช้เวลารอคอยนานกว่าเนื่องจากต้องได้รับการตรวจวินิจฉัยและรักษาอย่างละเอียด นอกจากนี้การจำหน่ายผู้รับบริการเพื่อรับไว้เป็นผู้ป่วยในก็เป็นอีกปัจจัยที่ส่งผลต่อระยะเวลารอคอยเช่นกัน

4. ภาวะความแออัด (Overcrowding / crowding)

เมื่อมีผู้รับบริการจำนวนมากเข้ามาในสถานบริการสุขภาพพร้อมๆ กัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในสถานการณ์ฉุกเฉินอาจทำให้เกิดการขาดแคลนทรัพยากร (ภานุพันธ์ หงษ์วิไลและคณะ, 2565) เช่น เตียง บุคลากรทางการแพทย์ หรืออุปกรณ์ต่างๆ ทำให้ผู้รับบริการต้องรอคิวเพื่อรับการรักษาหรือบริการนานขึ้น

5. ระบบสนับสนุนภายนอก

ระบบสนับสนุนภายนอก ก็เป็นปัจจัยหลักอีกปัจจัยหนึ่ง หากหน่วยบริการ หรือโรงพยาบาล มีการสนับสนุนในด้านวัสดุอุปกรณ์ที่ไม่เพียงพอ มีข้อจำกัด ในด้านของการสรรหา จัดซื้อที่ไม่เพียงพอ ขาดการได้รับการสนับสนุนที่ดีจากหน่วยงานหลักก็จะส่งผลถึงประสิทธิภาพของกระบวนการในการให้บริการ อันนำไปสู่ระยะเวลารอคอยในการให้บริการที่นานขึ้น

ด้วยเหตุที่กล่าวมาข้างต้น บทความนี้จะพิจารณากระบวนการรอคอยการรับบริการของ OPD ในโรงพยาบาลจิตเวช โดยการวิเคราะห์ปัจจัย ผลกระทบ และการพัฒนาเพื่อลดระยะเวลารอคอยด้วยแผนภาพเพชรคู่ (Double Diamond Diagram) ที่เป็นแนวคิดที่ถูกประยุกต์ใช้ในหลากหลายสาขา อาทิ สาขาการศึกษา สาขาสังคมศาสตร์ และอื่นๆ การศึกษา (สุทธิกานต์ เลขาณูการและคณะ, 2565) แต่ยังไม่พบการใช้ในสาขาบริหารการพยาบาล โดยบทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นการพัฒนา ต่อยอดกระบวนการแนวทางในการให้บริการ

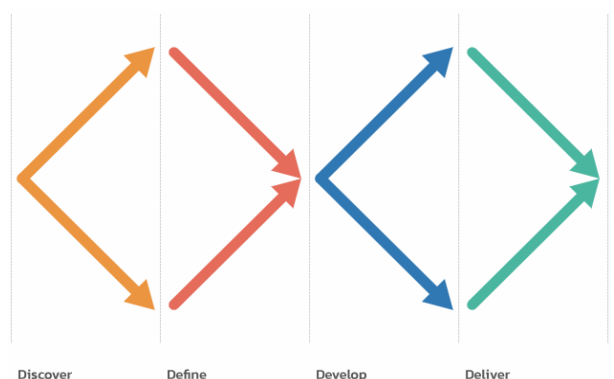
ด้านสาธารณสุขให้มีประสิทธิภาพ และลดระยะเวลารอคอยในการรอรับบริการของผู้รับบริการใน OPD โรงพยาบาลจิตเวช ให้เกิดประสิทธิภาพ และได้รับการรักษาที่ครอบคลุมทั่วถึง

ผลกระทบของระยะเวลารอคอยที่ยาวนาน

ระยะเวลารอคอยที่ยาวนานส่งผลกระทบต่อหลายด้าน ทั้งต่อผู้รับบริการ ผู้ให้บริการ และประสิทธิภาพการรักษา

ระยะเวลารอคอยที่ยาวนานส่งผลให้ผู้รับบริการเกิดความเครียดและความผิดหวังจากการให้บริการ และอาจส่งผลต่อการตัดสินใจไม่รับบริการในสถานพยาบาล เนื่องจากไม่สามารถทนรอด้วยความทุกข์ทรมานจากอาการป่วยได้ (Wang, Huang et al., 2023) และเกิดความไม่พึงพอใจในการรอรับบริการ (Bleustein, Rothschild et al., 2014) ในขณะที่ผู้ให้บริการจะเกิดความเหนื่อยล้า ความเครียด และแรงกดดันจากการที่มีผู้รับบริการรอคอยเป็นจำนวนมาก ส่งผลให้ประสิทธิภาพในการทำงานลดลงซึ่งมีความเสี่ยงต่อความผิดพลาด อันกระทบต่อภาพลักษณ์ของโรงพยาบาลจิตเวช

แผนภาพเพชรคู่ (Double Diamond Diagram)



รูปภาพที่ 1 แผนภาพเพชรคู่ (Double Diamond Diagram)

แผนภาพเพชรคู่ หรือ Double Diamond Diagram เป็นแผนภาพแสดงกระบวนการการคิดเชิงออกแบบ (Design thinking) (Design Council, 2025)

การคิดเชิงนวัตกรรม การคิดเชิงแก้ไขปัญหา การคิดเพื่อออกแบบผลิตภัณฑ์หรือบริการ ซึ่งถูกใช้อย่างแพร่หลาย ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังต่อไปนี้

1. ค้นหา (Discover) จุดเริ่มต้นจากเพชรเม็ดแรกช่วยให้เกิดความเข้าใจ จากการพูดคุย และใช้เวลากับผู้ที่ได้รับผลกระทบจากปัญหา แทนที่จะคิดกันเองว่าปัญหาคืออะไร ขั้นตอนนี้มุ่งเป้าไปสู่การค้นพบปัญหาต่างๆ (Pitsacha C., 2020) เพื่อให้สามารถระบุขอบเขตของปัญหาที่เกิดขึ้น ในขั้นตอนนี้ต้องอาศัยการรวบรวมข้อมูลกับผู้รับบริการเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด (Design Council ,2525)

2. นิยาม (Define) เป็นขั้นตอนที่นำเอาข้อมูลจากขั้นตอน “ค้นหา (Discover)” มาวิเคราะห์เพื่อที่จะหาสาเหตุของปัญหาที่แท้จริง (Design Council ,2525) เพื่อให้สามารถพัฒนาแนวทางแก้ไขปัญหได้อย่างมีประสิทธิภาพ และประสิทธิผล ในขั้นตอนนี้ ปัญหาที่ไม่ใช่ปัญหาหลักจะถูกคัดออกเนื่องจากข้อจำกัดด้านทรัพยากรด้านเงินทุน เวลา และบุคลากรที่มีอยู่อย่างจำกัด

3. พัฒนา (Develop) เป็นขั้นตอนของการระดมความคิด แบ่งปันข้อมูล และนำเสนอแนวทางในการแก้ไขปัญหาลหลักที่ได้ถูกระบุสาเหตุมาจากขั้นตอน “นิยาม (Define)” การคิดในขั้นตอนนี้ควรเป็นการคิดที่รอบด้าน คิดนอกกรอบ (Pitsacha C., 2020) และครอบคลุมทุกความเป็นไปได้สำหรับการแก้ไขปัญห

4. Deliver (ส่งมอบ) เป็นขั้นตอนที่นำแนวทางการแก้ไขปัญหาลหลักที่เลือกไปปฏิบัติจริง และเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อพิจารณาประสิทธิภาพ และประสิทธิผลของแนวทางที่เลือกนั้น (Pitsacha C., 2020) กระบวนการในแผนภาพเพชรคู่ (Double Diamond Diagram) เมื่อนำไปปฏิบัติจริงจะไม่ได้เป็นขั้นตอนแบบแนวเส้นตรง แต่จะเป็นลักษณะของกระบวนการวนซ้ำ (Iterative

process) ที่แต่ละขั้นตอนจะกลายเป็นข้อมูลสำหรับขั้นตอนถัดไป และข้อมูลย้อนกลับสู่ขั้นตอนก่อนๆ หรือแม้กระทั่งย้อนกลับสู่จุดเริ่มต้น บนหลักคิดที่ว่าไม่มีแนวคิดใดที่สมบูรณ์แบบ ผู้ให้บริการต้องรับผลตอบรับจากการปฏิบัติงานอย่างสม่ำเสมอ และนำมาปรับปรุงกระบวนการให้บริการอย่างต่อเนื่อง (Design Council ,2525)

ทฤษฎีข้อจำกัด (Theory of Constraints, TOC)

ทฤษฎีข้อจำกัดมุ่งไปยังการปรับปรุงกระบวนการทำงานผ่านการวิเคราะห์หาข้อจำกัดที่มีอยู่ในกระบวนการทำงาน หรือคอขวด (bottleneck)) (สาธิต บัวคล้าย, 2512, Goldratt EM & Jeff C, 2004) การที่หน่วยงานสามารถระบุคอขวดที่มีอยู่ในกระบวนการทำงานได้อย่างถูกต้องแม่นยำ และแก้ไขอย่างตรงจุดจะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพ และประสิทธิผลของกระบวนการทำงานนั้น

รูปแบบการปรับปรุงระบบการรอคอยการรับบริการของ OPD ในโรงพยาบาลจิตเวช

กระบวนการพัฒนาระบบการรอคอยการรับบริการของ OPD ในโรงพยาบาลจิตเวช ผ่านการออกแบบบริการ โดยประยุกต์ใช้ แผนภาพเพชรคู่ (Double Diamond Diagram) เป็นดังนี้

การเข้าใจกระบวนการดำเนินงาน และการรวบรวมข้อมูล (Discover)

1. ศึกษาวิเคราะห์กระบวนการดำเนินงานในปัจจุบัน (Work process analysis) ระบุข้อมูลที่จำเป็นต้องใช้เพื่อการวิเคราะห์สาเหตุของปัญหา อาทิ สถิติการเข้ามาใช้บริการของผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลจิตเวช ระยะเวลาในการรอคอยในแต่ละกระบวนการดำเนินงาน ในกรณีที่สารสนเทศที่จำเป็นไม่ได้มีการถูกเก็บรวบรวม ให้ดำเนินการรวบรวมโดยพิจารณาเลือกใช้วิธีดังนี้

- ให้บุคลากรในโรงพยาบาลจิตเวชทดลองเข้าไปเป็นผู้ใช้บริการด้วยตัวเอง

- การสัมภาษณ์ และสังเกตผู้รับบริการจริง

- การร้องขอให้ส่วนงานที่เกี่ยวข้องประมวลผล

สารสนเทศ

การวิเคราะห์ข้อมูล และระบุสาเหตุของปัญหา (Define)

2. วิเคราะห์ ข้อมูลเพื่อ จุดประสงค์ในการลดระยะเวลาการรอคอยการรับบริการของ OPD ในโรงพยาบาลจิตเวช โดยพิจารณาทั้งข้อมูลเชิงคุณภาพ และเชิงปริมาณได้แก่

2.1 ความเสี่ยง และปัญหาที่เกิดขึ้นในกระบวนการดำเนินงาน รวมทั้งจัดกลุ่มประเภทของปัญหาที่มีลักษณะแบบเดียวกันเข้าไว้ด้วยกัน

2.2 ระยะเวลาโดยเฉลี่ยที่ผู้รับบริการใช้เวลาในแต่ละขั้นตอนตั้งแต่เริ่มต้นจนถึงสิ้นสุดกระบวนการให้บริการ

2.3 ระบุขั้นตอนที่เป็นคอขวด (bottleneck) ของกระบวนการดำเนินงาน

2.4 วิเคราะห์สาเหตุของขั้นตอนที่เกิดคอขวดในขั้นตอนของการวิเคราะห์ข้อมูล โรงพยาบาลจิตเวชสามารถเลือกใช้เครื่องมืออย่าง Journey Map (แผนผังแสดงกิจกรรม และความรู้สึกในการใช้บริการตั้งแต่ต้นจนจบ) มาประยุกต์ใช้ เพื่อให้เข้าใจภาพรวมของประสบการณ์การใช้บริการ ข้อปัญหาที่พบ และสามารถระบุโอกาสในการพัฒนาการบริการ

การพัฒนาแนวทางแก้ไข (Develop)

3. ระดมความคิด (Brainstorming) เพื่อค้นหาแนวทางการลดระยะเวลาการรอคอย อันได้มีการระบุสาเหตุในขั้นตอนของ การวิเคราะห์ข้อมูล และระบุสาเหตุของปัญหา (Define) ได้แก่

3.1 การเพิ่มทรัพยากร

3.2 การลดทอนกิจกรรมที่ไม่เพิ่มคุณค่า

3.3 การประยุกต์ใช้เทคโนโลยีเข้ามาช่วย

ในกระบวนการทำงาน

3.4 การว่าจ้างบุคคลหรือหน่วยงานภายนอก

(Outsourcing)

ในขั้นตอนของการระดมความคิด โรงพยาบาล

จิตเวชสามารถประยุกต์ใช้ Scenario Design (แผนผังแสดงขั้นตอนการใช้บริการ) เพื่อช่วยให้ทีมได้เห็นภาพการเปลี่ยนแปลงในกระบวนการทำงานร่วมกันสำหรับแต่ละทางเลือกที่น่าเสนอ รวมถึงกระตุ้นการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นระหว่างกัน

4. จัดหมวดหมู่ประเภทของแนวทางที่ระดมความคิดได้

5. นำแนวทางที่ได้รับการคัดเลือกมาศึกษาความเป็นไปได้ (Feasibility study) เพื่อพิจารณาในประเด็นต่างๆ เช่น

- ต้นทุนที่จะเกิดขึ้นของแต่ละทางเลือก

- ค่าใช้จ่ายที่จะเพิ่มขึ้นหรือลดลงในอนาคตของแต่ละทางเลือก

- ความสามารถในการแก้ไขปัญหาในระยะยาว

- ความพร้อมของบุคลากร

ในขั้นตอนการศึกษาความเป็นไปได้ โรงพยาบาลจิตเวช อาจพิจารณาใช้ Service Blueprint & Co-creation ซึ่งเป็นผังแสดงกระบวนการทำงานของผู้เกี่ยวข้องในส่วนที่พัฒนาว่าจะเป็นไปในลักษณะอย่างไร แนวทางที่คัดเลือกมาเป็นไปได้ใหม่ ช่วยให้ทุกฝ่ายมีส่วนร่วม และใช้เป็นคู่มือในการสื่อสารถึงการเปลี่ยนแปลงกระบวนการทำงานภายในองค์กร

การทดสอบ การนำไปปฏิบัติ และการติดตามประเมินผล (Deliver)

6. เมื่อได้ทางเลือกที่จะนำไปปฏิบัติใช้แล้วนั้นทางโรงพยาบาลจิตเวชทดลองนำแผนไปลองปฏิบัติใช้จริง โดยอาจจำลองให้พนักงานเป็นตัวแทนของลูกค้า เพื่อมาลองรับบริการกับระบบใหม่

7. กรณีที่พบปัญหาจากการทดสอบ ให้ทำการย้อนกลับไปสู่ขั้นตอนของการวิเคราะห์ข้อมูล และระบุสาเหตุของปัญหา (Define) เพื่อวิเคราะห์หาสาเหตุ และระดมความคิดหาแนวทางแก้ไขปรับปรุงต่อไป (Develop)

8. กรณีที่ระบบใหม่ได้ถูกปรับปรุงจนเป็นที่น่าพอใจของทุกฝ่าย ให้ดำเนินการจัดทำคู่มืออย่างเป็นทางการ เรียกประชุมกับทุกส่วนงานที่มีความเกี่ยวข้องเพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ถูกต้องตรงกัน รวมทั้งแจ้งถึงข้อมูลติดต่อสำหรับทีมที่ดูแลด้านการพัฒนาในกรณีที่มีข้อสอบถามในช่วงที่เพิ่งเริ่มนำระบบใหม่ไปปฏิบัติ

กรณีสมมติ

OPD ในโรงพยาบาลจิตเวชแห่งหนึ่งที่ญาติของผู้รับบริการจิตเวชแจ้งกับพยาบาลประจำแผนกถึงกรณีที่ต้องใช้เวลานานมากกว่าจะได้พบแพทย์ด้วยท่าที่ไม่พึงพอใจ พยาบาลจึงทำการแจ้งสอบถามเหตุการณ์เบื้องต้นกับทางญาติของผู้รับบริการพบว่า เวลารอคอยตั้งแต่เริ่มทำบัตรผู้รับบริการจนกระทั่งรับยาเสร็จสิ้นใช้เวลาราว 4 ชั่วโมงโดยวันนั้นผู้มารับบริการไม่ได้หนาแน่นมาก หลังจากนั้นพยาบาลจึงแจ้งนำเรื่องเข้าสู่การประชุมของส่วนงานผู้ป่วยนอกเพื่อหารือแนวทางการแก้ไขปัญหา โดยมีเป้าหมายในการลดเวลารอคอยให้เหลือไม่เกิน 2 ชั่วโมง

ตารางที่ 1 แนวทางสำหรับการปรับปรุงระบบรอคอย OPD ในโรงพยาบาลจิตเวชด้วยแผนภาพเพชรคู่ (Double Diamond Diagram) ตามกรณีสมมติ

ขั้นตอน	กิจกรรม	ผลลัพธ์ของกิจกรรม
การเข้าใจกระบวนการดำเนินงาน และการรวบรวมข้อมูล (Discover)	- สัมภาษณ์ญาติของผู้รับบริการ (ผู้ร้องเรียน) รวมถึง ผู้ดูแลผู้รับบริการด้านจิตเวชท่านอื่นๆ ถึงสภาพปัญหาที่พบ อันส่งผลต่อเวลารอคอยในแต่ละกิจกรรม - ศึกษาข้อมูลการไหลของกิจกรรมตั้งแต่เริ่มจนจบกระบวนการ (Workflow) - จำลองเป็นผู้รับบริการสมมติเพื่อเก็บข้อมูลเวลารอคอยสำหรับแต่ละกิจกรรม	- ข้อมูลลำดับขั้นตอนของกิจกรรม ตั้งแต่การลงทะเบียนจนถึงขั้นตอนการรับยา - เวลาที่ใช้ของแต่ละกิจกรรม
การวิเคราะห์ข้อมูลและระบุสาเหตุของปัญหา (Define)	- วิเคราะห์ข้อมูลในประเด็นดังต่อไปนี้จากข้อมูลที่รวบรวมมาจากขั้นตอนแรก - ระยะเวลาเฉลี่ยในแต่ละกิจกรรม - สาเหตุของปัญหาในแต่ละกิจกรรม หรือ ปัจจัยที่ก่อให้เกิดคอขวด (bottleneck)	- เวลาเฉลี่ยของแต่ละกิจกรรม - สาเหตุของปัญหาที่เกิดขึ้นในแต่ละกิจกรรม

ขั้นตอน	กิจกรรม	ผลลัพธ์ของกิจกรรม
การพัฒนาแนว ทางแก้ไข (Develop)	- นำสาเหตุของปัญหาของแต่ละกิจกรรมที่ระบุได้แล้ว มาระดมความคิดเพื่อระบุแนวทางการแก้ไขปัญหาที่เป็นไปได้ - หลังระบุแนวทางการแก้ไขปัญหาที่เป็นไปได้ทั้งหมดเรียบร้อยแล้ว ดำเนินการจัดหมวดหมู่ของแนวทางทั้งหมด เพื่อให้สามารถจัดระเบียบความคิดของสมาชิกในกลุ่ม และลดทอนแนวทางที่ซ้ำซ้อน - ศึกษาความเป็นไปได้ (Feasibility study) ของแต่ละหมวดหมู่แนวคิด โดยพิจารณาในปัจจัยต่างๆ เช่น ความสามารถในการแก้ไขปัญหในระยะยาว ความพร้อมของบุคลากรงบประมาณ ระยะเวลาที่คาดว่าจะลดลงได้ รวมถึงพิจารณาผลกำไรขาดทุนที่จะเกิดขึ้นจากการเลือกใช้แนวทางนั้น	ผลจากการระดมความคิด และศึกษาความเป็นไปได้ พบว่าการนำเทคโนโลยีสารสนเทศมาใช้ในการจ้างบริษัทที่รับบริการวางระบบ ERP (Enterprise Resource Planning) แบบครบวงจร ที่เคยมีผลงานการวางระบบสารสนเทศให้กับโรงพยาบาลอื่นๆ ซึ่งสามารถแก้ไขปัญหาระยะเวลารอคอยในระยะยาว การลงทุนด้านค่าใช้จ่ายจะเกิดหลักๆ ในช่วงการวางระบบ การฝึกฝนบุคลากร และช่วงที่เพิ่งขึ้นระบบแรกๆ โดยในระยะถัดไปจะเป็นการจ่ายค่าบำรุงระบบเท่านั้น ทางเลือกนี้ถูกประมาณการว่า หากนำมาใช้ได้ อย่างมีประสิทธิภาพจะสามารถสร้างความพึงพอใจ และมีลูกค้ามาใช้บริการมากขึ้นโดยไม่จำเป็นต้องเพิ่มบุคลากรอันเป็นค่าใช้จ่ายหลักของ OPD โรงพยาบาลจิตเวช
การทดสอบ การนำไปปฏิบัติ และการติดตามประเมินผล (Deliver)	- นำแผนการแก้ไขที่ได้รับเลือกคือการปรับปรุงระบบเทคโนโลยีสารสนเทศผ่านการว่าจ้างบุคคลภายนอกไปปฏิบัติ - หลังจากการเจรจาเลือกผู้ให้บริการด้านการวางระบบ และได้มีการดำเนินการวางระบบเสร็จสิ้นแล้วนั้น ให้บุคลากรของทางโรงพยาบาลจิตเวชทำการทดสอบในเซิร์ฟเวอร์ทดสอบ (Test server) ผ่านการจำลองการทำรายการจริงตั้งแต่เริ่มกระบวนการจนจบกระบวนการ	- ข้อมูลเปรียบเทียบระยะเวลารอคอยโดยเฉลี่ยก่อนปรับปรุง และหลังปรับปรุง - ข้อเสนอแนะ (feedback) จากส่วนงานปฏิบัติงานเพื่อนำมาใช้ในการปรับแก้ไขข้อผิดพลาดที่พบจากการนำระบบสารสนเทศใหม่มาใช้

ขั้นตอน	กิจกรรม	ผลลัพธ์ของกิจกรรม
	- เมื่อผลทดสอบใน เซิร์ฟเวอร์ทดสอบ (Test server) เป็นที่น่าพอใจจึงนำขึ้นระบบปฏิบัติการจริงของ OPD ในโรงพยาบาลจิตเวช รวมทั้งนำเข้าข้อมูลจากฐานข้อมูลระบบสารสนเทศเดิมสู่ระบบสารสนเทศใหม่ - ติดตาม ประเมินผลหลังจากขึ้นระบบสารสนเทศใหม่	

ตารางที่ 2 ตัวอย่างสรุปลำดับกิจกรรม เวลาเฉลี่ย สาเหตุของปัญหา และแนวทางการแก้ไขปัญหา

การเข้าใจกระบวนการดำเนินงาน และการรวบรวมข้อมูล (Discover)		การวิเคราะห์ข้อมูลและระบุสาเหตุของปัญหา (Define)		การพัฒนาแนวทางแก้ไข (Develop)
ลำดับ	กิจกรรม	เวลาเฉลี่ย	สาเหตุของปัญหา	แนวทางการแก้ไขปัญหา
1	ลงทะเบียนและทำประวัติข้อมูลผู้รับบริการใหม่ (กรณีมาใช้บริการครั้งแรก)	60 นาที	- จำนวนเคาน์เตอร์ลงทะเบียนไม่เพียงพอ - วิธีการลงทะเบียนเป็นแบบดั้งเดิม ที่ต้องกรอกลงบนกระดาษและเจ้าหน้าที่นำเข้าข้อมูลสู่ระบบสารสนเทศของโรงพยาบาล	- ติดตั้งเครื่องอ่านข้อมูลจากบัตรประชาชน - จัดให้มีระบบลงทะเบียน และการนัดหมายออนไลน์
2	คัดกรองสุขภาพเบื้องต้น	45 นาที	- จำนวนพยาบาลที่ให้บริการไม่เพียงพอ - เครื่องวัดความดันเป็นแบบกึ่งอัตโนมัติที่ต้องอาศัยพยาบาลช่วยดำเนินการให้ผู้รับบริการ - พยาบาลต้องค้นหาข้อมูลจากหมายเลขผู้รับบริการ และกรอกข้อมูลสุขภาพลงเข้าสู่ระบบ	พิจารณานำเครื่องวัดความดันแบบอัตโนมัติ มาเพื่อเพิ่มความรวดเร็วโดยให้ผู้รับบริการสามารถบริการตัวเอง มีการสอดบัตรประชาชน และผลลัพธ์ที่ได้จะนำเข้าฐานข้อมูลผู้รับบริการโดยตรงซึ่งไม่ต้องกรอกข้อมูลซ้ำโดยบุคลากรของโรงพยาบาลจิตเวช
3	รพพบแพทย์	120 นาที	ผู้รับบริการสะสมจากกระบวนการลำดับที่ 1 และ 2	ระบบคิวจะวิ่งเข้าสู่ระบบหลังจากที่ระบบได้บันทึกข้อมูลจากการตรวจสุขภาพเบื้องต้น

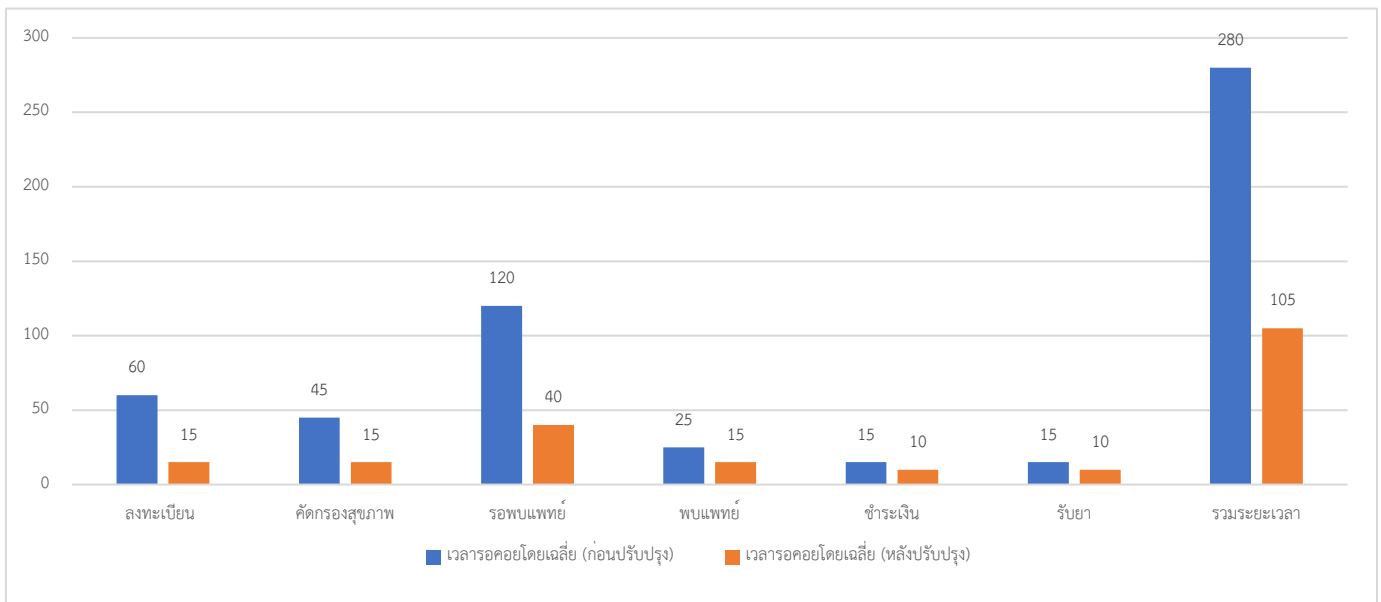
การเข้าใจกระบวนการดำเนินงาน และการรวบรวมข้อมูล (Discover)		การวิเคราะห์ข้อมูล และระบุสาเหตุของปัญหา (Define)		การพัฒนาแนวทางแก้ไข (Develop)
ลำดับ	กิจกรรม	เวลาเฉลี่ย	สาเหตุของปัญหา	แนวทางการแก้ไขปัญหา
			- การเรียงลำดับคิวใช้ระบบการวางแผนเอกสารข้อมูลผู้รับบริการในภาคเอกสาร บางกรณีมีการสลับลำดับคิวไปมา ทำให้บางรายมาก่อนแต่ได้เข้าพบแพทย์ในลำดับท้ายๆ หรือเกิดการสูญหายของเอกสาร	เป็นที่เรียบร้อยแล้ว โดยจะประกาศเรียกเป็นหมายเลขผู้รับบริการผ่านระบบอ่านออกเสียงอัตโนมัติเพื่อเป็นการรักษาความเป็นส่วนตัวของผู้รับบริการ
4	พบแพทย์	25 นาที	- ข้อมูลผู้รับบริการที่ผู้ช่วยหยิบจากภาคเอกสารมีความผิดพลาดจากการที่ชื่อซ้ำกัน - บางครั้งผู้ช่วยลืมชานนามสกุลของผู้รับบริการจนมาตรวจพบว่าเรียกพบผู้รับบริการผิดรายในชั้นที่แพทย์ทวนชื่อ และนามสกุลผู้รับบริการ	- แพทย์สามารถเรียกข้อมูลผู้รับบริการ และประวัติการรักษาผ่านการใส่หมายเลขผู้รับบริการได้ทันที
5	ชำระเงิน	15 นาที	- จำนวนเคาน์เตอร์ชำระเงินมีเพียง 2 ช่อง - เอกสารที่จำเป็นสำหรับชำระเงินสูญหายไปในช่วงดำเนินการในขั้นตอนก่อนหน้านี้ - พนักงานการเงินเกิดความเข้าใจผิดจากข้อมูลที่แพทย์ระบุ ทำให้คำนวณเงินที่ต้องชำระผิดพลาด	- ข้อมูลค่าใช้จ่ายจะถูกสรุปจากฐานข้อมูลราคามาตรฐานตามกิจกรรมการรักษา ค่ายา และค่าแพทย์แต่ละราย และเชื่อมโยงไปยังฝ่ายการเงินหลังแพทย์บันทึกข้อมูลเสร็จสิ้นการรักษา
6	รับยา	15 นาที	- ผู้ดูแลผู้รับบริการไม่ได้นำเอกสารไปวาง เนื่องจากไม่เข้าใจขั้นตอน - การเตรียมยาไม่ได้ถูกเตรียมไว้ล่วงหน้าต้องรอเอกสารที่แจ้งการจ่ายชำระแล้ว เภสัชกรจึงจัดยาให้ผู้รับบริการทีละราย	- เชื่อมต่อข้อมูลยาของผู้รับบริการแต่ละรายจากห้องแพทย์ เมื่อแพทย์กดสั่งยา ทางเภสัชกรจะสามารถเตรียมยาในระหว่างที่ผู้รับบริการดำเนินการชำระเงิน

ตารางที่ 3 ตัวอย่างเปรียบเทียบระยะเวลารอคอยโดยเฉลี่ยก่อนปรับปรุง และหลังปรับปรุง

การทดสอบ การนำไปปฏิบัติ และการติดตามประเมินผล (Deliver)				
ลำดับ	กิจกรรม	เวลารอคอยโดยเฉลี่ย (ก่อนปรับปรุง)	เวลารอคอยโดยเฉลี่ย (หลังปรับปรุง)	ร้อยละของเวลา- รอคอยที่ลดลง หลังปรับปรุง
1	ลงทะเบียน หรือทำประวัติข้อมูล	60 นาที	15 นาที	-75.0%
2	คัดกรองสุขภาพเบื้องต้น	45 นาที	15 นาที	-66.7%
3	รอพบแพทย์	120 นาที	40 นาที	-66.7%
4	พบแพทย์	25 นาที	15 นาที	-40.0%
5	ชำระเงิน	15 นาที	10 นาที	-33.3%
6	รับยา	15 นาที	10 นาที	-33.3%
		280 นาที	105 นาที	-62.5%

จากข้อมูลที่แสดงในตารางที่ 3 ตัวอย่างเปรียบเทียบระยะเวลารอคอยโดยเฉลี่ยก่อนปรับปรุง และหลังปรับปรุง พบว่าหลังการปรับปรุงด้วยแผนภาพเพชรคู่ (Double Diamond Diagram) ระยะเวลาในการรอคอยของการให้บริการเริ่มตั้งแต่ลงทะเบียน หรือทำประวัติข้อมูล จนกระทั่งรับยา ระยะเวลาในการรอคอยลดลง จาก 280 นาที เหลือเพียง 105 นาที (ลดลงร้อยละ 62.5 สำหรับระยะเวลารอคอยโดยรวมทั้งกระบวนการ)

กราฟที่ 1 แสดงผลการเปรียบเทียบระยะเวลารอคอยโดยเฉลี่ย ก่อนปรับปรุง และหลังปรับปรุง



ข้อจำกัดของผลลัพธ์การลดระยะเวลารอคอย : ตารางเปรียบเทียบระยะเวลารอดอยดังกล่าวเป็นเพียงผลลัพธ์จากเหตุการณ์สมมติ ในกรณีต้องดำเนินการจริงผลลัพธ์ที่ได้อาจแตกต่างไปจากที่ปรากฏในตาราง

จากกราฟที่ 1 แสดงให้เห็นถึงระยะเวลารอคอยของแต่ละกิจกรรม และโดยรวม เปรียบเทียบก่อนปรับปรุง และหลังปรับปรุง ผ่านการประยุกต์ใช้แนวคิดตามแผนภาพเพชรคู่ (Double Diamond Diagram) ที่ลดลงจาก 280 นาที เหลือเพียง 105 นาที (ลดลงร้อยละ 62.5 สำหรับระยะเวลารอคอยโดยรวมทั้งกระบวนการ)

บทสรุป

ระยะเวลารอคอยเพื่อการรับบริการทางด้านสาธารณสุข OPD ในโรงพยาบาลจิตเวช ถือเป็นสิ่งสำคัญที่ต้องเร่งแก้ไข เนื่องจากเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อความพึงพอใจจากการรับบริการ รวมถึงประสิทธิภาพในการรักษา การที่ OPD ในโรงพยาบาลจิตเวช ได้มีการประยุกต์แผนภาพเพชรคู่ (Double Diamond Diagram) มาเป็นแนวทางดำเนินการแก้ไขปัญหาระยะเวลารอคอยอย่างเป็นระบบ จะช่วยทำให้เกิดการพัฒนาของระบบบริการทางด้านสุขภาพ ที่สะดวกรวดเร็ว ไม่เกิดความแออัด ผู้รับบริการได้รับการบริการที่ทันท่วงทีมีความพึงพอใจต่อระบบบริการ และได้รับการบริการที่ครอบคลุม ซึ่งประเทศไทยได้มีการดำเนินการเพื่อพัฒนารูปแบบการบริการให้เกิดความสะดวกรวดเร็วกับผู้รับบริการหลายๆรูปแบบ ผ่านการประยุกต์เทคโนโลยีสารสนเทศ และการปรับปรุงกระบวนการผ่านแนวคิดต่างๆ ผู้อ่านสามารถนำบทความวิชาการนี้ไปศึกษาต่อยอดสำหรับงานวิจัยเชิงปริมาณ และเชิงคุณภาพ เพื่อหาแนวทางในการนำมาปรับปรุงระยะเวลารอคอยด้านการรับบริการทางด้านสาธารณสุขต่อไป

ข้อเสนอแนะในการวิจัย

ผู้เขียนหวังว่าบทความวิชาการนี้จะสามารถเป็นแนวทางให้ผู้สนใจพัฒนาระยะเวลารอคอยในโรงพยาบาลทั้งโรงพยาบาลจิตเวช และโรงพยาบาลทางด้านฝ่ายกายนำไปประยุกต์ และพัฒนาเป็นงานวิจัยอย่างเต็มรูปแบบในพื้นที่ดำเนินการจริง เพื่อประเมินทั้งประสิทธิผล ในการลด

ระยะเวลารอคอย และผลกระทบต่อความพึงพอใจของผู้รับบริการ รวมถึงความคุ้มค่า คุ้มทุนหากมีการนำไปปฏิบัติจริง อันจะเป็นประโยชน์ต่อผู้รับบริการในอนาคตต่อไป

ข้อจำกัด

บทความนี้เป็นเพียงการนำเสนอแนวคิดและจำลองรูปแบบการปรับปรุงระบบการรอคอยการรับบริการของ OPD ในโรงพยาบาลจิตเวชจากกรณีสมมติผ่านแผนภาพเพชรคู่ (Double Diamond Diagram) อย่างไรก็ตามผลลัพธ์ที่ได้นี้ยังคงเป็นการจำลองจากกรณีสมมติไม่ใช่การเก็บข้อมูลภาคสนามจริง ดังนั้นจึงมีข้อจำกัดในด้านการประเมินผลลัพธ์เชิงปฏิบัติจริง เช่น ความพร้อมด้านงบประมาณ ความแตกต่างของบริบทในแต่ละโรงพยาบาล และการยอมรับการเปลี่ยนแปลงของบุคลากร รวมถึงข้อจำกัดอื่นๆที่อาจแตกต่างออกไปจากกรณีสมมติ ผู้ศึกษาต้องนำไปปรับใช้ให้เหมาะสมกับบริบทของสถานการณ์นั้นๆ

เอกสารอ้างอิง

- กองยุทธศาสตร์และแผนงาน. (2562). การดำเนินงานตามตัวชี้วัดเชิงยุทธศาสตร์ของกระทรวงสาธารณสุข ปี 2562. นนทบุรี: สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.
- กองยุทธศาสตร์และแผนงาน. (2566). สรุปรายงานการป่วยปี พ.ศ. 2566 [ออนไลน์]. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข. สืบค้นเมื่อ 29 สิงหาคม 2568, จาก https://spd.moph.go.th/wp-content/uploads/2024/11/ill_2023_full_07112567.pdf
- กองยุทธศาสตร์และแผนงาน. (2567). สรุปรายงานการป่วยปี พ.ศ. 2567 [ออนไลน์]. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข. สืบค้นเมื่อ 29 สิงหาคม 2568, จาก https://spd.moph.go.th/wp-content/uploads/2025/08/ill_2024_full_18082568.pdf

ภานุพันธ์ หงษ์วิไล, และคณะ. (2565). การพัฒนาคุณภาพการให้บริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ. **วารสารสมาคมเวชสารสนเทศไทย**, 8(1), 38–45.

พัชนี สุมานิตย์. (2565). การพัฒนาระบบบริการงานพยาบาลผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี. **วารสารวิจัยและพัฒนานวัตกรรมสุขภาพ**, 4(3), กันยายน-ธันวาคม 2566.

สุทธิกานต์ เลหาณการ, พงศ์ประพันธ์ พงษ์โสภณ, ชชาติ ฝ้ายคำดา, & เอกภูมิ จันทระขันตี. (2565). สมรรถนะการสอนการคิดเชิงออกแบบของครูวิทยาศาสตร์. **วารสารศึกษาศาสตร์มหาวิทยาลัยนเรศวร**, 24(2), 370–380.

สาธิต บัวคล้าย. (2012). การพัฒนางานศัลยกรรมในโรงพยาบาลปักษ์ชัย โดยใช้ทฤษฎีข้อจำกัด. **Maharat Nakhon Ratchasima Hospital Journal**, 36(1), 33–38.

Alrajhi, K. N., Algerian, N. A., Alazaz, R. N., Araier, L. B., Alqahtani, L. S., & Almushawwah, S. O. (2020). Effect of waiting time estimates on patients' satisfaction in the emergency department in a tertiary care center. **Saudi Medical Journal**, 41(8), 883–886.

Bleustein, C., Rothschild, D. B., Valen, A., Valaitis, E., Schweitzer, L., & Jones, R. (2014). Wait times, patient satisfaction scores, and the perception of care. **American Journal of Managed Care**, 20(5), 393–400.

Christ, M., Grossmann, F., Winter, D., Bingisser, R., & Platz, E. (2010). **Modern triage in the emergency department**. *Dtsch Arztebl Int*, 107(50), 892–898.

Design Council. (n.d.). **Framework for innovation** [ออนไลน์]. London: Design

Council. สืบค้นเมื่อ 3 สิงหาคม 2568, จาก <https://www.designcouncil.org.uk/our-resources/framework-for-innovation/>

Goldratt, E. M., & Jeff, C. (Eds.). (2004). **The goal: A process of ongoing improvement (Theory of Constraints)**. United States of America: Congress Cataloging in Publication Data.

McIntyre, D., & Chow, C. K. (2020). **Waiting time as an indicator for health services under strain: A narrative review**. *Inquiry: The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing*, 57, 1–15.

Nottingham, Q. J., Johnson, D. M., & Russell, R. S. (2018). The effect of waiting time on patient perceptions of care quality. **Quality Management Journal**, 25(1), 32–45.

Pitsacha, C. (2020, July 30). **The double diamond design process: แนวความคิดสู่ความเป็นเลิศ** [ออนไลน์]. หาดใหญ่: Prince of Songkla University. สืบค้นเมื่อ 6 สิงหาคม 2568, จาก <https://clib.psu.ac.th/km/the-double-diamond-design-process/>

Wang, X., Huang, Z., Xu, T., Li, Y., & Qin, X. (2023). **Exploring the future design approach to ageing based on the double diamond model**. *Systems*, 11, 404. <https://doi.org/10.3390/systems11080404>

Yurkova, I., & Wolf, L. (2011). Under-triage as a significant factor affecting transfer time between the emergency department and the intensive unit. **Journal of Emergency Nursing**, 37(5), 49–56.

**ประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพ
และระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้
ตำบลภูน้ำหยด อำเภอวิเชียรบุรี จังหวัดเพชรบูรณ์**

**THE EFFECTIVENESS OF THE SELF-MANAGEMENT PROGRAM ON HEALTH BEHAVIORS
AND BLOOD SUGAR LEVEL OF UNCONTROLLED TYPE2 DIABETIC PATIENTS
AT PHU NAM YOD SUB-DISTRICT, WICHIAN BURI DISTRICT, PHETCHABUN PROVINCE**

วาสนา อ่ำตาบ*, รัศมี สุขนรินทร์

Wasana Aumtab*, Rassamee Suknarin

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์

สถาบันพระบรมราชชนก

Sirindhorn College of Public Health Phitsanulok Province,

Faculty of Public Health and Allied Health Sciences, Praboromarajchanok Institute.

Corresponding author E-mail: Wasanaau@scphpl.ac.th*

Rassamee@scphpl.ac.th

Received: 14 Jul., 2025

Revised: 5 Sep., 2025

Accepted: 5 Sep., 2025

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลองเพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย พฤติกรรมสุขภาพ และระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง และระหว่างกลุ่มทดลอง กับกลุ่มควบคุมก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้จำนวน 60 คน กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างเกณฑ์โพลิตและแบ็ค (Polit and Back) ตามคุณสมบัติที่กำหนด แบ่งเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 30 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 30 คน โดยแบ่งเข้ากลุ่มตามหลักของการเท่าเทียมกัน ทั้งเพศ อายุ และระดับน้ำตาลในเลือด กลุ่มทดลองเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเอง ระยะเวลา 8 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มควบคุมให้การดูแลตามแผนการรักษาปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ และโปรแกรมการจัดการตนเองตรวจสอบคุณภาพความตรงเชิงเนื้อหาได้ค่า CVI เท่ากับ 1 ความเชื่อมั่นของแบบสอบถามได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ 0.801 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปคือสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทดสอบความแตกต่างโดยใช้สถิติเชิงอนุมาน ด้วยสถิติ Paired t-test และ Independent t-test

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมสุขภาพและระดับน้ำตาลในเลือดหลังการทดลองดีกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .001$) คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพและระดับน้ำตาลในเลือดหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลองดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .001$) จากการวิจัยพบว่าการส่งเสริมการจัดการตนเอง สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง และส่งผลให้ระดับน้ำตาลในเลือด

ลดลง ดังนั้นจึงควรมีการส่งเสริมให้ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้มีการจัดการตนเองต่อเนื่อง เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นตามมา

คำสำคัญ: โปรแกรมการจัดการตนเอง; พฤติกรรมสุขภาพ; ระดับน้ำตาลในเลือด; ผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้

ABSTARCT

This quasi-experimental study utilized a two-group pretest-posttest design to evaluate the effectiveness of a self-management program on health behaviors, among patients with uncontrolled type 2 diabetes. This quasi-experimental study utilized a twogroup pretest-posttest design to evaluate the effectiveness of a self-management program on health behaviors among patients with uncontrolled type 2 diabetes developed by the researcher based on the self-management concept of Kanfer & Gaelick-Buys. Sixty participants were equally assigned to either the experimental or control group, matched by gender, age, and baseline blood glucose levels. The experimental group engaged in an 8-week self-management program, while the control group received routine nursing care. The research instruments were the health behaviors questionnaires and the self-management program which were developed by the researcher and approved by five experts with item-objective congruence (IOC) values ranging from 0.67 to 1.00 and a Cronbach's alpha of 0.80 Statistical analysis was conducted using descriptive statistics, paired t-tests, and independent t-tests.

The findings demonstrated significant improvements in the experimental group's health behaviors, DTX, and HbA1c levels following the intervention ($p\text{-value} < .001$). Moreover, post-intervention comparisons revealed that the experimental group outperformed the control group on all outcome measures ($p\text{-value} < .001$). These results indicate that structured self-management programs are effective in enhancing health behaviors and glycemic control, and are recommended for ongoing implementation to support long-term health outcomes in patients with type 2 diabetes.

Keywords: Self-management programs; health behaviors, blood sugar levels; uncontrolled type 2 diabetes patients.

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สำคัญและเป็นปัญหาทางสาธารณสุขระดับโลก โดยมีแนวโน้มของอุบัติการณ์เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากข้อมูลปี พ.ศ. 2562 พบว่ามีผู้ป่วยเบาหวานทั่วโลกประมาณ 463 ล้านราย (ร้อยละ 9.30) และคาดว่าจะเพิ่มเป็น 578 ล้านราย ในปี พ.ศ. 2573 (ร้อยละ 10.21) และ 700 ล้านราย ในปี พ.ศ. 2588 (ร้อยละ 10.93) โดยส่วนใหญ่พบในเขตเมืองมากกว่าเขตชนบท (สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย, 2562) สำหรับประเทศไทย มีผู้ป่วยเบาหวานจำนวน 4.41 ล้านราย มากเป็นอันดับที่ 4 ของภูมิภาคเอเชีย และคาดว่าจะเพิ่มเป็น 208 ล้านรายภายในปี พ.ศ. 2588 โดยพบมากในช่วงอายุ 15-59 ปี และในเพศหญิง (กุลระวี วิวัฒน์ชีวิน และคณะ, 2565) อัตราการเสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อนของเบาหวานชนิดที่ 2 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี โดยจังหวัดยโสธร มีอัตราการเสียชีวิตสูงสุด (ร้อยละ 28.10) ตามด้วยจังหวัดกาฬสินธุ์ นครราชสีมา และเพชรบูรณ์ตามลำดับ (สำนักคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2564)

สำหรับจังหวัดเพชรบูรณ์ ในปี พ.ศ. 2565 มีผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 61,516 ราย ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ จำนวน 21,146 ราย (ร้อยละ 34.37) มีภาวะแทรกซ้อนทางตา ไต และเท้า จำนวน 1,288 ราย (ร้อยละ 54.18) ข้อมูลตำบลภูน้ำหยด อำเภอวิเชียรบุรี จังหวัดเพชรบูรณ์ ปี พ.ศ. 2564 - 2566 พบผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ขึ้นทะเบียนสะสม จำนวน 310 ราย คิดเป็น 3,780.48 ต่อแสนประชากร ได้รับการรักษาต่อเนื่องจำนวน 230 ราย (ร้อยละ 74.28) ได้รับการตรวจค่าระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด จำนวน 230 ราย และพบผู้ป่วยที่มีค่าระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด (HbA1c) มากกว่า 7 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ จำนวน 228 ราย (ร้อยละ 99.13) มีภาวะแทรกซ้อนทางตา ไต และเท้า จำนวน 46 ราย

(ร้อยละ 22.11) (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบูรณ์, 2565) การป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานอยู่ที่พฤติกรรม การดูแลตนเอง เช่น การมาพบแพทย์ตามนัด การรักษาตามแผนการรักษา หากมีอาการผิดปกติให้แจ้งแพทย์หรือบุคคลากรที่รักษา ไม่ควรปรับยาเอง ออกกำลังกายสม่ำเสมอ หมั่นตรวจเท้าด้วยตัวเอง หากเป็นแผลควรรีบไปรับการรักษา และไม่ดื่มสุราไม่สูบบุหรี่ เป็นต้น (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2562)

ปัจจัยที่ส่งผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ได้แก่ ภาวะอ้วนลงพุง พฤติกรรมการกิน การออกกำลังกาย การช้ยา ภาวะซึมเศร้า และความเครียด ซึ่งหากควบคุมไม่ได้อาจส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนและค่าใช้จ่ายในการรักษาสูงถึง 47,596 ล้านบาทต่อปี (กรมควบคุมโรค, 2564) อย่างไรก็ตาม พฤติกรรมสุขภาพที่ดีสามารถจัดการได้ด้วยตนเอง เช่น การควบคุมอาหาร การช้ยา การออกกำลังกาย และการใช้สมาธิบำบัด (กานต์ชนก สุทธิผล, 2565) งานวิจัยที่ผ่านมาพบว่าการจัดการตนเอง เช่น การรับประทานยา อาหาร และการลดความเครียด มีผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด (ปรารค์ บัวทองคำวิเศษ และคณะ, 2560) ขณะที่การทำสมาธิแบบ SKT อย่างสม่ำเสมอ ก็ช่วยลดระดับน้ำตาลในเลือดอย่างมีนัยสำคัญ (ณัฐฐิธัญญา ยิ่งยงเมธี และคณะ, 2563)

จากแนวทางเวชปฏิบัติของโรงพยาบาลวิเชียรบุรี ระบุว่า ผู้ป่วยที่มีค่าระดับน้ำตาลในเลือดสะสม (HbA1c) ระหว่างร้อยละ 7.0 - 7.9 ควรได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามแนวทาง 3อ. 2ส.1ย. ได้แก่ อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ ไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มสุรา และรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง (โรงพยาบาลวิเชียรบุรี, 2563) จากข้อมูลข้างต้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรม

สุขภาพและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ในพื้นที่ ตำบลภูน้ำหยด อำเภอลี้ เชียงใหม่ จังหวัดเพชรบูรณ์ โดยมีเป้าหมายเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถจัดการตนเองได้อย่างเหมาะสม และลดความเสี่ยงจากภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานในระยะยาว

กรอบแนวคิดการวิจัย

ตัวแปรอิสระ

โปรแกรมการจัดการตนเอง

1. การตั้งเป้าหมาย (Goal setting)
2. การกำกับตนเอง (Self-monitoring)
3. การประเมินตนเอง (Self-evaluation)
4. การเสริมแรงตนเอง (Self-reinforcement)
5. การสวดมนต์และทำสมาธิบำบัด (SKT)

ตัวแปรตาม

1. พฤติกรรมสุขภาพ
2. ค่าน้ำตาลในเลือด
 - DTX
 - HbA1C

ตัวแปร

1. ระยะเวลาที่เข้าร่วมโปรแกรม
2. การปฏิบัติกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi - Experimental Research) รูปแบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Two group pretest – posttest design)

การดำเนินการในกลุ่มทดลอง

สัปดาห์ที่ 1 ดำเนินการในคลินิกโรคเรื้อรังในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลยางจำ ตำบลภูน้ำหยด โดยการเตรียมความพร้อมของกลุ่มทดลอง (ใช้เวลาทั้งหมด 120 นาที)

1. นักวิจัยพบผู้ป่วยกลุ่มทดลอง ณ คลินิกโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลยางจำตามนัดหมาย ผู้วิจัยแนะนำตนเองเพื่อสร้างสัมพันธภาพและชี้แจงวัตถุประสงค์ของโปรแกรมการจัดการตนเองให้

วัตถุประสงค์ในการทำวิจัย

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ตำบลภูน้ำหยด อำเภอลี้ เชียงใหม่ จังหวัดเพชรบูรณ์

กลุ่มตัวอย่างเข้าใจ ลงนามยินยอมเข้าร่วมวิจัย พร้อมทั้งร่วมกันตั้งเป้าหมายในการเข้าร่วมการวิจัย

2. เจาะหาค่าน้ำตาลในเลือดปลายนิ้ว (DTX) และเก็บข้อมูลแบบประเมิน Pre-test ก่อนการทดลอง โดยใช้แบบสอบถามประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ซึ่งในส่วนข้อมูลค่าน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด (HbA1C) ผู้วิจัยบันทึกจากการรับบริการในการดูแลตามปกติเนื่องจากโรงพยาบาลลี้เชียรบุรีได้ตรวจประเมินระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1C) ปีละ 2 ครั้ง

3. ให้กลุ่มทดลองเข้าฐานให้ความรู้การดูแลสุขภาพตนเองแบ่งเป็น 5 ฐาน ดังนี้

ฐานที่ 1 การจัดการด้านอาหาร (20 นาที)

- สอนอาหารแลกเปลี่ยนสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน (Food Exchange Lists) โดยการสาธิตตัวอย่างอาหาร

ฐานที่ 2 การออกกำลังกาย (20 นาที)

- สอนการออกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน และการออกกำลังกายเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน โดยการดูวิดีโอ

ฐานที่ 3 สุขภาพจิต (20 นาที)

- สอนการจัดการอารมณ์ที่มีผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และฝึกประเมินสุขภาพจิตตนเองโดยใช้โปรแกรม Mental Health Check in ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

ฐานที่ 4 ให้ความรู้ในการจัดการยาและการพบแพทย์ (20 นาที)

- สอนการให้ยาเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด
- วิธีการรับประทานยาแต่ละชนิด
- ความสำคัญ และวิธีการปฏิบัติตัวเมื่อมาพบแพทย์ตามนัด

ฐานที่ 5 สวดมนต์และสมาธิบำบัด SKT1,3,7 (ครั้งแรก) (30 นาที)

- บรรยายประโยชน์ของการสวดมนต์ พร้อมทั้งนำสวดมนต์ตามบทสวด
- สอนทำสมาธิบำบัด SKT ท่าที่ 1 ท่าที่ 3 และท่าที่ 7

สัปดาห์ที่ 2 - 4 ติดตามพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

1. กลุ่มทดลอง จำนวน 30 ราย งดน้ำ งดอาหาร 8 ชั่วโมง เพื่อเจาะหาค่าน้ำตาลในเลือดปลายนิ้ว (DTX) ทุกวันจันทร์ของสัปดาห์ โดยอาสาสมัครสาธารณสุข (ผู้ช่วยผู้วิจัย) และส่งผลทางกลุ่มไลน์

2. เผยแพร่สื่อวิดีโอ การสวดมนต์ การทำสมาธิ

บำบัด SKT1,3,7 ตัวอย่างอาหารแลกเปลี่ยน และการออกกำลังกาย ความรู้เรื่องสุขภาพจิต ทุกวัน ผ่านทางกลุ่มไลน์

สัปดาห์ที่ 5 ดำเนินการในคลินิกโรคเรื้อรัง ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลยางจำ ตำบลภูน้ำหยด โดยการเตรียมความพร้อมของกลุ่มตัวอย่าง (ใช้เวลาทั้งหมด 60 นาที)

1. ทบทวนความรู้การจัดการตนเองด้านการจัดการด้านอาหาร การออกกำลังกาย สุขภาพจิต การจัดการยาและการพบแพทย์ และฝึกปฏิบัติการสวดมนต์และสมาธิบำบัด SKT1,3,7

2. ตรวจประเมินหาค่าน้ำตาลในเลือดปลายนิ้ว (DTX)

3. แลกเปลี่ยนเรียนรู้ภายในกลุ่ม และเสริมแรงให้กับกลุ่มตัวอย่าง โดยการให้คำชม และสะสมคะแนนเพื่อรับรางวัล เมื่อเสร็จสิ้นวิจัย

สัปดาห์ที่ 6-7 ติดตามพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มทดลอง

1. กลุ่มทดลองจำนวน 30 ราย งดน้ำ งดอาหาร 8 ชั่วโมง เพื่อเจาะหาค่าน้ำตาลในเลือดปลายนิ้ว (DTX) ทุกวันจันทร์ของสัปดาห์ โดยอาสาสมัครสาธารณสุข (ผู้ช่วยผู้วิจัย) และส่งผลทางกลุ่มไลน์

2. เผยแพร่สื่อวิดีโอ การสวดมนต์ การทำสมาธิบำบัด SKT1,3,7 ตัวอย่างอาหารแลกเปลี่ยน และการออกกำลังกาย ความรู้เรื่องสุขภาพจิต ทุกวัน ผ่านทางกลุ่มไลน์

สัปดาห์ที่ 8 ดำเนินการในคลินิกโรคเรื้อรัง ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลยางจำ ตำบลภูน้ำหยด โดยการเตรียมความพร้อมของกลุ่มตัวอย่าง (ใช้เวลาทั้งหมด 40 นาที)

1. ทบทวนความรู้การจัดการตนเองด้านการจัดการด้านอาหาร การออกกำลังกาย สุขภาพจิต การจัดการยาและการพบแพทย์ และฝึกปฏิบัติการ

สวดมนต์และสมาธิบำบัด SKT 1,3,7 รวมทั้งแชร์ประสบการณ์

2. เจาะหาค่าน้ำตาลในเลือดปลายนิ้ว (DTX) ทำ Post-test ส่งตรวจค่าระดับน้ำตาลสะสมในเลือดเฉลี่ยฮีโมโกลบินเอวันซี (HbA1C) โรงพยาบาลวิเชียรบุรี

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยโรคจากแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ มีค่าน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดมากกว่า 7 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ และค่าน้ำตาลในเลือดปลายนิ้ว มากกว่าหรือเท่ากับ 126 มิลลิกรัม/เดซิลิตร รับบริการที่คลินิกโรคเรื้อรังตำบลภูน้ำหยด จำนวน 310 คน

กลุ่มตัวอย่าง กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้เกณฑ์โพลิตและแบ็ค (Polit and Back, 2006) ที่กำหนดให้ใช้กลุ่มตัวอย่างไม่น้อยกว่า 30 คน จึงกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 30 คน แบ่งเข้ากลุ่มตามหลักของการเท่าเทียมกันทั้งเพศ อายุ และระดับน้ำตาลในเลือด

เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria)

ใช้แนวทางปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน โรงพยาบาลวิเชียรบุรี ปี พ.ศ. 2562 ดังนี้ 1) ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ ค่าระดับน้ำตาลในเลือดสะสม (HbA1c) มากกว่า 7 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ และค่าน้ำตาลในเลือดปลายนิ้ว (DTX) มากกว่าหรือเท่ากับ 126 มิลลิกรัม/เดซิลิตร 2) อายุ 35 – 69 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง 3) ได้รับการตรวจหาค่าระดับน้ำตาลในเลือดสะสม (HbA1C) ในช่วงเดือนมิถุนายนถึง เดือนกันยายน พ.ศ. 2566 จำนวน 1 ครั้ง 4) อาศัยในพื้นที่ตำบลภูน้ำหยด อำเภอวิเชียรบุรี จังหวัดเพชรบูรณ์ 5) การมองเห็น การพูดคุย และการสื่อสารปกติ ไม่มีความพิการ 6) สามารถอ่านและเขียนหนังสือได้ 7) มีเบอร์โทรศัพท์ในการติดต่อสื่อสารกับผู้วิจัยและ

สามารถใช้แอปพลิเคชันไลน์ได้ และ 8) ยินดีเข้าร่วมการวิจัยและสามารถเข้าร่วมวิจัยได้ครบตลอดระยะเวลาที่กำหนด

เกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria)

1) ขอลถอนตัวออกจากโครงการวิจัย 2) มีโรคประจำตัวที่แสดงอาการเจ็บป่วยรุนแรงและเป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมกิจกรรมของโครงการวิจัย เช่น ตาบอด ไตวายเฉียบพลัน ความดันโลหิตสูงรุนแรง เป็นต้น 3) ไม่สามารถเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดระยะเวลาจนกระทั่งเสร็จสิ้นกระบวนการวิจัย 4) ย้ายออกจากพื้นที่หรือเสียชีวิตขณะดำเนินการวิจัย

เครื่องมือในการวิจัย

แบ่งเป็น 3 ประเภท คือ

1. เครื่องมือทางวิทยาศาสตร์ ได้แก่ 1) เครื่องตรวจน้ำตาลปลายนิ้ว (DTX) ด้วยเครื่องแอคคิว-เช็ค แอคทีฟ (Accu-Chek Active) แถบตรวจน้ำตาล 2) เครื่องตรวจวิเคราะห์ค่า HbA1c ด้วยเครื่อง PEL-TRN-02 ซึ่งมีการสอบเทียบเครื่องมือทุก 2 เดือน ประเมินคุณภาพเครื่องมือโดยองค์กรภายนอก

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป จำนวน 9 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพการสมรส การศึกษา อาชีพ รายได้ โรคประจำตัว ระยะเวลาการป่วยเป็นโรคเบาหวาน ส่วนสูง และน้ำหนัก ลักษณะคำถามเป็นแบบตัวเลือกหรือให้เติมข้อเท็จจริงในช่องว่างที่เว้นไว้ 2) แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเอง จำนวน 27 ข้อ ข้อคำถามเป็นลักษณะมาตรวัดประมาณค่า (rating scale) 3 ระดับ เกณฑ์การประเมิน คือ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพอยู่ในระดับดีมาก คะแนนระหว่าง 65 – 81 คะแนน ระดับปานกลาง คะแนนระหว่าง 46 – 64 และระดับน้อย คะแนนระหว่าง 18 – 45

3. เครื่องมือใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการจัดการตนเอง แอปพลิเคชันไลน์ เบอร์โทรศัพท์ สมุดประจำตัวของผู้เข้าร่วมโปรแกรม

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

1. ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาในโปรแกรม โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา โดยพิจารณาครอบคลุมด้านเนื้อหา ความถูกต้องชัดเจนของเนื้อหา การลำดับเนื้อหา ตลอดจนรูปแบบและความเหมาะสมของกิจกรรมในโปรแกรม จัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เมื่อตรวจสอบความตรงของเนื้อหาแล้ว นำมาหาดัชนีความตรงของเนื้อหา (Content validity index: CVI) โดยมีเกณฑ์ค่า $CVI \geq 0.7$ (Hambleton et al., 1975 อ้างถึงใน บุญใจ ศรีสถิตนรากร, 2553) และปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ จากนั้นนำผลการพิจารณาจากผู้เชี่ยวชาญ แต่ละท่านมารวมกันคำนวณหาความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity index: CVI) โดยให้คะแนนดังนี้

- ระดับ 1 หมายถึง ข้อคำถามไม่สอดคล้องกับคำนิยาม
- ระดับ 2 หมายถึง คำถามมีความสอดคล้องน้อย
- ระดับ 3 หมายถึง คำถามค่อนข้างสอดคล้อง
- ระดับ 4 หมายถึง คำถามสอดคล้องมาก

$CVI = \frac{\text{จำนวนผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน เห็นว่า ค่อนข้างสอดคล้อง/สอดคล้องมาก}}{\text{จำนวนข้อทั้งหมด}}$

$$CVI = 27/27 = 1.0$$

2. ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ปรับปรุงตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ แล้วนำแบบสอบถามไปทดสอบคุณภาพเครื่องมือ (Try Out) โดยการนำแบบสอบถามทดลองใช้กับประชาชนในพื้นที่ ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง ในตำบลชัยน้อย อำเภอ

วิเชียรบุรี จังหวัดเพชรบูรณ์ ซึ่งไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างในการวิจัย จำนวน 30 คน จากนั้นนำมาวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่น

3. การหาความเชื่อมั่น (Reliability) ของเครื่องมือประเมินพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ด้านการการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การช้ยาและการพบแพทย์ การจัดการความเครียด และการควบคุมปัจจัยเสี่ยงนำไปคำนวณหาค่าเชื่อมั่นด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเท่ากับ 0.801

4. การหาความเที่ยงในเครื่องมือตรวจวัดค่าระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดหรือ เครื่องตรวจระดับน้ำตาลในพลาสมา (Beckman Coulter Synchrony) เป็นเครื่องตรวจของบริษัท PCL ได้รับการควบคุมคุณภาพ (Quality Control) จากบริษัทปีละ 1 ครั้ง และมีการประเมินคุณภาพการวิเคราะห์ สาขาเคมีคลินิก (Nation External Quality Assessment Scheme in Chemistry) จากกลุ่มประเมินคุณภาพการตรวจวิเคราะห์ สำนักมาตรฐานห้องปฏิบัติการกรมวิทยาศาสตร์ทาง การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข หรือสภานิติการแพทย์ 3 ปีต่อครั้ง ครั้งล่าสุดได้รับการตรวจประเมินเมื่อเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2566 (ห้องปฏิบัติการโรงพยาบาลวิเชียรบุรี, 2566)

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา สำหรับการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างและข้อมูลทั่วไปของตัวแปร ได้แก่ การแจกแจงความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ค่าสูงสุด (Max) และค่าต่ำสุด (Min)

2. สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) ได้แก่ 1) สถิติ Chi-square test และ Fisher's exact

test สำหรับการวิเคราะห์การเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม 2) ทดสอบการแจกแจงข้อมูลด้วยการดูค่าสถิติ Shapiro - Wilk Test 3) การวิเคราะห์การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยภายในกลุ่มก่อนและหลังการทดลองด้วยสถิติ Paired Sample t-test 4) วิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติ Independent sample t-test

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

วิจัยครั้งนี้ ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก เลขที่ SCPHPL 2/2567.3.7 ลงวันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2567 โดยคำนึงถึงหลักความเคารพในบุคคล (Respect for person) หลักคุณประโยชน์ ไม่ก่ออันตราย (Beneficence) และหลักความยุติธรรม (Justice) เป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ ระหว่างเดือนมีนาคม ถึงเดือนเมษายน 2567

ผลการวิจัย

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละ ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามลักษณะข้อมูลส่วนบุคคล

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n=30)		กลุ่มควบคุม (n=30)		ค่าสถิติ X^2	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
เพศ						
หญิง	17	56.67	23	76.67	2.700 (a)	.100
ชาย	13	43.33	7	23.33		
ช่วงอายุ (ปี)						
41 - 50	6	20.00	6	20.00	0.6350 (a)	.728
51 - 60	13	43.33	11	36.67		
60 ขึ้นไป	11	36.67	13	43.33		
($\bar{X}$ = 57.50, S.D. $\pm$ 6.858, Min = 44, Max = 68)						
สถานภาพการสมรส						
คู่	22	73.34	21	70.00	2.968 (b)	.220
โสด	4	13.33	8	26.67		
หม้าย หย่า แยกกันอยู่	4	13.33	1	3.33		
ระดับการศึกษา						
ประถมศึกษา	18	60.00	11	36.67	12.614 (b)	.002**
มัธยมศึกษา	7	23.33	16	53.33		
ไม่ได้เรียน	5	16.67	0	0		
ปริญญาตรี	0	0	3	10.00		

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n=30)		กลุ่มควบคุม (n=30)		ค่าสถิติ X^2	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
อาชีพหลัก						
เกษตรกร	15	50.00	10	33.33	4.855 (b)	.162
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	8	26.67	11	36.67		
ไม่มีอาชีพ แม่บ้าน พ่อบ้าน	4	13.33	1	3.33		
รับจ้าง	3	10.00	8	26.67		
รายได้เฉลี่ยต่อปี						
5,000 - 10,000	14	46.67	12	40.00	0.271 (a)	.602
10,001 บาทขึ้นไป	16	53.33	18	60.00		
($\bar{X}$ =16,066.67, S.D. $\pm$ 8,538.778, Min = 8,000, Max = 50,000)						
ระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวาน (ปี)						
≤ 5 ปี	6	20.00	5	16.67	0.111 (a)	.739
5 ปีขึ้นไป	24	80.00	25	83.33		
($\bar{X}$ =8.47, S.D. $\pm$ 2.473, Min = 4, Max = 10)						
สิทธิการรักษา						
ประกันสุขภาพ	19	63.33	24	80.00	2.052 (a)	.152
ข้าราชการ (เบิกได้)	11	36.67	6	20.00		
โรคร่วม						
ความดันโลหิตสูง	16	53.33	24	80.00	4.800 (a)	.028*
ไขมันในเลือดสูง	14	46.67	6	20.00		

* p-value < .05

a = Chi-square test b = Fisher's exact test

จากตารางที่ 1 กลุ่มทดลองส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง ร้อยละ 56.67 อายุระหว่าง 51 – 60 ปี ร้อยละ 43.33 สถานภาพการสมรส คู่ ร้อยละ 73.34 ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 60.00 ประกอบอาชีพหลัก เกษตรกร ร้อยละ 50.00 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 10,001 บาทขึ้นไป ร้อยละ 53.33 มีระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวาน ส่วนใหญ่ 5 ปีขึ้นไป ร้อยละ 80.00 มีสิทธิการรักษาส่วนใหญ่ เป็นประกันสุขภาพ ร้อยละ 63.33 และมีโรคร่วม เป็นความดันโลหิตสูง ร้อยละ 53.33 กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง ร้อยละ 76.67 มีอายุ 61 ขึ้นไป ร้อยละ 43.33 มีสถานภาพการสมรสคู่ ร้อยละ 70.00 ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 53.33 ประกอบอาชีพหลักค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว ร้อยละ 36.67 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 10,001 บาทขึ้นไป ร้อยละ 60.00 มีระยะเวลาที่เป็น

โรคเบาหวาน ส่วนใหญ่ 6 ปีขึ้นไป ร้อยละ 83.33 มีสิทธิการรักษาส่วนใหญ่ เป็นประกันสุขภาพ ร้อยละ 80.00 และมีโรคร่วมเป็นความดันโลหิตสูง ร้อยละ 80.00 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยส่วนใหญ่ไม่แตกต่างกัน

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพและค่าระดับน้ำตาลในเลือด ก่อนทดลองของกลุ่มทดลองและควบคุม

รายการ	$\bar{x}$	S.D.	t	p-value
คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพ				
กลุ่มควบคุม (n=30)	61.00	2.779	1.180	.243
กลุ่มทดลอง (n=30)	60.17	3.055		
ค่าเฉลี่ยน้ำตาลในเลือดปลายนิ้ว (DTX)				
กลุ่มควบคุม (n=30)	138.13	2.779	-1.156	.252
กลุ่มทดลอง (n=30)	139.67	3.055		
ค่าน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด (HbA1C)				
กลุ่มควบคุม (n=30))	7.88	0.485	0.209	.835
กลุ่มทดลอง (n=30)	7.85	0.504		

จากตารางที่ 2 พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพ ไม่แตกต่างกัน (p-value = .243, t = 1.180) มีค่าเฉลี่ยน้ำตาลในเลือดปลายนิ้ว (DTX) ไม่แตกต่างกัน (p-value = .252, t = -1.156) และมีค่าเฉลี่ยน้ำตาลในเลือดสะสม (HbA1C) ไม่แตกต่างกัน p-value = .835, t = 0.209

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพและค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง

รายการ	$\bar{x}$	S.D.	t	p-value
คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพ				
ก่อนทดลอง (n=30)	50.90	3.055	-21.125	< .001***
หลังทดลอง (n=30)	71.57	4.688		
ค่าเฉลี่ยน้ำตาลในเลือดปลายนิ้ว (DTX)				
ก่อนทดลอง (n=30)	139.67	5.142	14.890	< .001***
หลังทดลอง (n=30)	122.43	4.485		
ค่าเฉลี่ยน้ำตาลในเลือดสะสม (HbA1C)				
ก่อนทดลอง (n=30)	7.85	0.504	9.456	< .001***
หลังทดลอง (n=30)	6.31	0.717		

*** p-value < .001

จากตารางที่ 3 พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลองเท่ากับ 50.90 (S.D. $\pm$ 3.055) และหลังการทดลองเท่ากับ 71.57 (S.D. $\pm$ 4.688) คะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value $<$.001, t =21.125) ค่าเฉลี่ยน้ำตาลในเลือดปลายนิ้ว (DTX) ของกลุ่มทดลองก่อนการทดลองเท่ากับ 139.67 (S.D. $\pm$ 5.142) และหลังการทดลองเท่ากับ 122.43 (S.D. $\pm$ 4.485) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value $<$.001, t = 14.890) และค่าเฉลี่ยน้ำตาลในเลือดสะสม (HbA1C) ของกลุ่มทดลองก่อนการทดลองเท่ากับ 7.85 (S.D. $\pm$ 0.504) และหลังการทดลองเท่ากับ 6.31 (S.D. $\pm$ 0.717) ลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value $<$.001, t = 9.456)

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพและค่าเฉลี่ยน้ำตาลในเลือด ก่อนและหลังของกลุ่มควบคุม

รายการ	$\bar{x}$	S.D.	t	p-value
คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพ				
ก่อนทดลอง (n=30)	61.00	2.80	0.982	.334
หลังทดลอง (n=30)	60.33	3.854		
ค่าเฉลี่ยน้ำตาลในเลือดปลายนิ้ว (DTX)				
ก่อนทดลอง (n=30)	138.13	5.131	-1.420	.166
หลังทดลอง (n=30)	140.57	6.147		
ค่าเฉลี่ยน้ำตาลในเลือดสะสม (HbA1C)				
ก่อนทดลอง (n=30)	7.88	0.484	-1.683	.103
หลังทดลอง (n=30)	8.20	1.211		

จากตารางที่ 4 พบว่า ก่อนการทดลอง คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มควบคุม เท่ากับ 61.0 (S.D. $\pm$ 2.80) และหลังการทดลองเท่ากับ 60.33 (S.D. $\pm$ 3.854) ค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังทดลองไม่แตกต่างกัน ค่าเฉลี่ยน้ำตาลในเลือดปลายนิ้ว (DTX) ของกลุ่มควบคุมก่อนการทดลองเท่ากับ 138.13 (S.D. $\pm$ 5.131) และหลังการทดลองเท่ากับ 140.57 (S.D. $\pm$ 6.147) ค่าเฉลี่ยน้ำตาลในเลือดปลายนิ้ว (DTX) ของกลุ่มควบคุมก่อนและหลังทดลองไม่แตกต่างกัน และค่าเฉลี่ยน้ำตาลในเลือดสะสม (HbA1C) ของกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลองเท่ากับ 7.88 (S.D. $\pm$ 0.484) และหลังการทดลองเท่ากับ 8.20 (S.D. $\pm$ 1.211) ของกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังทดลองไม่แตกต่างกัน

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพและค่าเฉลี่ยน้ำตาลในเลือด หลังทดลองของกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม

รายการ	$\bar{x}$	S.D.	t	p-value
คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพ				
กลุ่มควบคุม (n=30)	60.33	3.854	-10.139	< .001**
กลุ่มทดลอง (n=30)	71.57	4.688		
ค่าเฉลี่ยน้ำตาลในเลือด (DTX)				
กลุ่มควบคุม (n=30))	140.57	6.147	8.266	< .001**
กลุ่มทดลอง (n=30)	122.43	4.485		

รายการ	$\bar{x}$	S.D.	t	p-value
ค่าเฉลี่ยน้ำตาลในเลือด (HbA1C)				
กลุ่มควบคุม (n=30)	8.20	1.211	7.370	< .001**
กลุ่มทดลอง (n=30)	6.31	0.716		

*** p-value < .001

จากตารางที่ 5 พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = .001, t= -10.139) โดยหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพ เท่ากับ 71.57 (S.D. $\pm$ 4.688) กลุ่มควบคุมเท่ากับ 60.33 (S.D. $\pm$ 3.854) มีค่าเฉลี่ยน้ำตาลในเลือดปลายนิ้ว (DTX) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = .001, t= 8.266) โดยมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดปลายนิ้ว (DTX) เท่ากับ 122.43 (S.D. $\pm$ 4.485) กลุ่มควบคุมเท่ากับ 140.57 (S.D. $\pm$ 6.147) และมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดสะสม (HbA1C) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = .001, t= 7.370) โดยมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด (HbA1C) เท่ากับ 6.31 (S.D. $\pm$ 0.716) กลุ่มควบคุมเท่ากับ 8.20 (S.D. $\pm$ 1.211)

อภิปรายผล

ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพ มีคะแนนอยู่ในระดับน้อย แต่หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ มีคะแนนอยู่ในระดับมาก ซึ่งมากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ และมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < .001) เป็นไปตามสมมติฐาน อธิบายได้ว่ากลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง ประกอบไปด้วย 5 ขั้นตอน คือ 1) การตั้งเป้าหมาย 2) การกำกับตนเอง 3) การประเมินตนเอง 4) การเสริมแรง และ 5) การสวดมนต์และทำสมาธิบำบัด (SKT) เป็นเวลา 8 สัปดาห์ ซึ่งมีขั้นตอนของการเสริมแรงตนเองผ่านแอปพลิเคชันไลน์ในสัปดาห์ที่ 2 3 และ 4 และในสัปดาห์ที่ 6 และ 7 และผู้วิจัยนำกลุ่มทดลองมาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลยางจำ ในสัปดาห์ที่ 1, 5 และ 8 เพื่อให้ความรู้และทบทวนการจัดการตนเอง เสริมแรงตนเอง และเสริมแรงโดยนักวิจัย เมื่อมีการปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสม มีการอภิปรายแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และช่วยกันหาแนวทางในการแก้ไขปัญหา ร่วมกันในกรณีที่เกิดกิจกรรมไม่ได้ตามเป้าหมายที่วางไว้ ผลการวิจัยสอดคล้องกับแนวคิดของการจัดการตนเองที่มุ่งสร้างพลังอำนาจ ในการจัดการพฤติกรรมเฉพาะของตนเอง ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน จึงส่งผลให้คะแนนพฤติกรรมจัดการตนเองของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบและสูงกว่าก่อนทดลอง อีกทั้ง

ยังสอดคล้องกับแนวคิดของ แคนเฟอร์ (Kanfer, 1988) ที่กล่าวว่าการจัดการตนเองเป็นแนวคิดที่ให้ความสำคัญต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เป็นปัญหา โดยบุคคลนั้นจะมีส่วนร่วมในการรับรู้ถึงปัญหาเพื่อให้เกิดแรงกระตุ้นด้วยตนเอง จากการประเมินตนเองให้เป็นไปตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ ในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งผลให้มีการจัดการตนเองเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเดิมไปสู่พฤติกรรมใหม่ โดยมีความเชื่อมั่นบนพื้นฐานของการมีส่วนร่วมของบุคคล สอดคล้องกับงานวิจัยของ ปราณี ศรีสงครามและคณะ (2563) พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมจัดการตนเองของกลุ่มทดลองหลังเข้าโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < .05) และยังสอดคล้องกับงานวิจัยของ พรสวรรค์ อิมามิ และ คณะ (2563) ที่พบว่าโปรแกรมการจัดการตนเองเป็นโปรแกรมที่มีประสิทธิภาพทำให้ผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ยของน้ำตาลในเลือดลดลงจากระดับน้ำตาลสูง (166.10 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร) มาอยู่ในระดับที่สามารถควบคุมน้ำตาลในเลือด ได้ (125.93 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < .05)

ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยน้ำตาลในเลือดปลายนิ้ว (DTX) ลดลงต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < .001) และกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยน้ำตาลหลังทดลองลดลงต่ำกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < .05)

ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยน้ำตาลในเลือดปลายนิ้ว (DTX) ก่อนและหลังทดลองไม่แตกต่างกัน อธิบายได้ว่า กลุ่มทดลองมีการตั้งเป้าหมายในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตัวเอง ทราบพฤติกรรมและข้อจำกัดของตนเอง สามารถออกแบบพฤติกรรมที่เหมาะสมให้กับตนเอง และนำไปปฏิบัติกิจกรรมที่บ้าน พร้อมทั้งลงสมุดบันทึกการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมตนเอง โดยผู้วิจัยเป็นผู้สนับสนุน ให้คำแนะนำ จึงส่งผลให้ค่าเฉลี่ยน้ำตาลในเลือดปลายนิ้ว (DTX) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลวิจัยสอดคล้องกับการวิจัยของ เอฟ, เจิ้ง, หลิว, หลิว และเต็ง (F.Zheng, Liu, Liu, & Deng, 2019) ที่พบว่า ค่าเฉลี่ยของระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหารในกลุ่มทดลองดีกว่าก่อนทดลองและดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .001$) และสอดคล้องกับการศึกษาของ ปรานค์ บัวทองคำวิเศษ (2560) ที่พบว่า ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมฯ ลดลงมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ และลดลงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

สรุปผลการวิจัย

ผลจากการเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ในตำบลภูน้ำหยด อำเภอวิเชียรบุรี จังหวัดเพชรบูรณ์ พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมสุขภาพดีขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .001$) ระดับน้ำตาลในเลือดปลายนิ้ว (DTX) และระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1C) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ($p\text{-value} < .001$) เมื่อเทียบกับก่อนทดลองและกลุ่มควบคุม โดยโปรแกรมการจัดการตนเองดังกล่าวพัฒนาขึ้นจากแนวคิดของแคนเฟอร์ (Kanfer, 1988) ร่วมกับการใช้สมาธิบำบัด (SKT 1, 3, 7) การติดตามผ่านแอปพลิเคชันไลน์ และการเยี่ยมติดตามโดย อสม. ประกอบด้วยการทบทวนความรู้ด้านการจัดการอาหาร การออกกำลังกาย สุขภาพจิต การใช้ยา การพบแพทย์

และการฝึกสมาธิบำบัดในช่วงสัปดาห์ที่ 5 และ 8 รวมถึงการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ของผู้ป่วยที่บรรลุเป้าหมาย และเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม พบว่าภายหลังการทดลอง กลุ่มควบคุมมีค่าพฤติกรรมสุขภาพไม่เปลี่ยนแปลง แต่มีระดับน้ำตาลในเลือดเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ($p\text{-value} < .05$) จากข้อมูลดังกล่าวช่วยยืนยันว่าโปรแกรมการจัดการตนเองมีประสิทธิภาพ และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้ในระดับชุมชน และนโยบายต่อไปได้

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. จากการติดตามพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมน้ำตาลไม่ได้ตลอดเวลาทางกลุ่มไลน์ พบว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพดีขึ้น และมีระดับน้ำตาลในเลือดลดลง ดังนั้น จึงควรนำวิธีการติดตามพฤติกรรมสุขภาพทางกลุ่มไลน์มาประยุกต์ใช้ในการติดตามหรือร่วมในการให้การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่าง ๆ เป็นรายกรณี

2. ประยุกต์ใช้การทำสมาธิบำบัด (SKT) ไปเป็นแนวทางในการจัดรูปแบบหรือมาตรฐานในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ และผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่น ๆ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรนำแอปพลิเคชันไลน์ไปใช้ในการติดตามการจัดการตนเองในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ เพื่อให้โรคอยู่ในระยะสงบ (Diabetes Remission) อย่างต่อเนื่อง รวมถึงนำไปใช้ในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่น ๆ

เอกสารอ้างอิง

กานต์ชนก สุทธิผล. (2565). ปัจจัยที่มีผลต่อการคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ศูนย์สุขภาพชุมชนประชาชนเคราะห์ โรงพยาบาลราชบุรี. นครสี่ธรรมราชวารสาร, 5(2), 1-11.

กุลระวี วิวัฒน์ชีวิน, จันทรฉาย ตระกูลดี, วิภารัตน์ ศรีสุวรรณ, และ ศิริอร สิ้นธุ. (2565). การพยาบาลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง : เบาหวาน ปอดอุดกั้น และไตเรื้อรัง. กรุงเทพมหานคร: สภาการพยาบาล.

ณัฐธัญญา ยิ่งยงเมธี, ชลธิชา อัครเกียรติกุล, และ ภัทราภรณ์ บุญยรัตพันธุ์. (2563). การใช้โปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยเบาหวาน. วารสารวิจัยสาธารณสุข, 13(4), 55-67.

ปราณี ศรีสงคราม. (2563). ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน, 5(1), 84-94

ปรานค์ บัวทองคำพิเศษ, ดวงกมล ปิ่นเฉลียว, และสุทธิพร มูลศาสตร์. (2560). ประสิทธิภาพของโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในตำบลท่าก้อ อำเภอแม่สรวย จังหวัดเชียงราย. วารสารพยาบาลตำรวจ, 9(1), 105-116

โรงพยาบาลวิเชียรบุรี. (2563). รายงานประจำปี โรงพยาบาลวิเชียรบุรี 2563. กลุ่มงานยุทธศาสตร์ และแผนงาน : โรงพยาบาลวิเชียรบุรี

พรสวรรค์ อิมามิ, อาทิตยา ชาทบุษย์, & ละเอียด ศรีคำ. (2563). ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมน้ำตาลไม่ได้. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์, 12(2), 12-23.

สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย. (2562). สถานการณ์โรคเบาหวาน. สืบค้นจาก <https://www.dmtthai.org/>

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (2562). ภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน. สืบค้นจาก <https://www.thaihealth.or.th/>

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. (2564). รายงานสถานการณ์ระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ ตามธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 2 พ.ศ.2559ฉบับสังเคราะห์. สืบค้นจาก <https://infocenter.nationalhealth.or.th/sites/default/files/>

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบูรณ์. (2566). รายงานสรุปผลการดำเนินงานประจำปี 2566. เพชรบูรณ์: กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ. จังหวัดเพชรบูรณ์ : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบูรณ์.

Kanfer, F. H. (1988). *Self-management methods*. In F. H. Kanfer & A. P. Goldstein (Eds.), *Helping people change: A textbook of methods*. (3rd ed., pp. 305-360). Pergamon Press.

Zheng, Liu, Liu & Deng (2019). *Effects of a self-management program on glycemic control and health behaviors in patients with type 2 diabetes mellitus: A randomized controlled trial*. Journal of Diabetes Research, 2019, Article ID 2349875.

**ประสิทธิผลของโปรแกรมการพัฒนาพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้ม
ของผู้สูงอายุ ตำบลแม่นาเรื้อ อำเภอมืองพะเยา จังหวัดพะเยา**
**THE EFFECTIVENESS OF THE FALL PREVENTION BEHAVIOR IMPROVEMENT PROGRAM
AMONG OLDER ADULTS IN MAE NA RUEA SUB-DISTRICT,
MUEANG PHAYAO DISTRICT, PHAYAO PROVINCE**

พิชญภา ปาวงค์, กัญยาณี พวงรัตน์, ปิยะณัฐ สุดใหญ่, กัญญารัตน์ พุ่มพุกษ์, ปัทสนรา ลำताल,
นภัตรา เหมือนทองดี, ปิยะณัฐ นามวงษา, ธีรพัฒน์ บุญประเสริฐ, มณูเชษฐ์ มะโนธรรม*

Pitchayapa Pawong, Kanyanee Poangrat, Piyanut Sudyai, Kanyarat Pumpuk, Papatchara Lumtan, Napatsara
Muentongdee, Piyanath Namwongsa, Teraphat Bunpasoed, Manuchet Manotham*

สาขาวิชานามัยชุมชน คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา

Department of Community Health, School of Public Health, University of Phayao

Corresponding author E-mail: manuchet.ma@up.ac.th*

Received: 9 Aug., 2025

Revised: 6 Sep., 2025

Accepted: 9 Sep., 2025

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการพัฒนาพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุตำบลแม่นาเรื้อ อำเภอมืองพะเยา จังหวัดพะเยา กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุจำนวน 56 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 28 คน ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนมิถุนายน ถึงเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2568 รวมทั้งสิ้น 2 เดือน เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย 1) โปรแกรมการพัฒนาพฤติกรรม การป้องกันการพลัดตกหกล้ม ใช้ระยะเวลา 8 สัปดาห์ และ 2) แบบสอบถาม ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล ความรู้ ในการป้องกันการพลัดตกหกล้ม ทักษะในการป้องกันการพลัดตกหกล้ม และพฤติกรรมในการป้องกันการพลัดตก หกล้มของผู้สูงอายุ โดยวัดผลก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและหลังเสร็จสิ้นโปรแกรม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา Paired t-test และ Independent t-test ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนน ความรู้ในการป้องกันการพลัดตกหกล้ม ทักษะในการป้องกันการพลัดตกหกล้ม และพฤติกรรมในการป้องกัน การพลัดตกหกล้มสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นหน่วยงานด้านสาธารณสุขสามารถนำไปใช้ เป็นแนวทางในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้ม เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการลดความเสี่ยง ต่อการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุ; การพลัดตกหกล้ม; โปรแกรมการป้องกันการพลัดตกหกล้ม

Abstract

This quasi-experimental research aimed to study the effectiveness of a fall-prevention behavior development program among older adults in Mae Na Ruea Subdistrict, Mueang Phayao District, Phayao Province. The sample consisted of 56 older adults, divided into an experimental group (28 participants) and a control group (28 participants). Data were collected from June to July 2025, over a period of two months. The research instruments were: (1) an 8-week fall-prevention behavior development program, and (2) a questionnaire consisting of personal information, knowledge of fall prevention, attitudes toward fall prevention, and fall-prevention behaviors among older adults. Measurements were conducted before and after the program. Data were analyzed using descriptive statistics, paired t-test, and independent t-test. The results showed that after the intervention, the experimental group had significantly higher mean scores of knowledge, attitudes, and fall-prevention behaviors than the control group. Therefore, public health agencies can apply this program as a guideline for modifying fall-prevention behaviors, to improve the effectiveness of reducing fall risk among older adults.

Keywords: Older adults; Fall; Fall prevention program

บทนำ

การพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ เนื่องจากเป็นสาเหตุหลักของการบาดเจ็บและการเสียชีวิตโดยไม่ตั้งใจ โดยเฉพาะในกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป ซึ่งมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดอุบัติเหตุจากการพลัดตกหกล้ม (World Health Organization, 2024) สาเหตุส่วนใหญ่มักเกิดจากการลื่นสะดุดบนพื้นราบ การตกบันได และสภาพแวดล้อมในบ้านที่ไม่เหมาะสม (กรมควบคุมโรค, 2565) ผลกระทบจากการหกล้ม ได้แก่ กระดูกสะโพกหัก การบาดเจ็บที่ศีรษะ และการสูญเสียความสามารถในการใช้ชีวิตประจำวัน ซึ่งส่งผลต่อสุขภาพกาย จิตใจ และภาระทางเศรษฐกิจของครอบครัวและสังคม (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2561)

สถานการณ์ในประเทศไทยพบว่า ประชากรผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยในปี พ.ศ. 2564 มีผู้สูงอายุร้อยละ 16.5 ของประชากรทั้งหมด และคาดว่าจะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 20 ในปี พ.ศ. 2567 (กรมควบคุมโรค, 2565) ข้อมูลจากกรมควบคุมโรคระบุว่า 1 ใน 3 ของผู้สูงอายุจะประสบเหตุพลัดตกหกล้มในแต่ละปี โดยร้อยละ 66 ของการหกล้มเกิดขึ้นในบ้าน และร้อยละ 5.6 มาจากการตกบันได (กรมควบคุมโรค, 2566) นอกจากนี้เขตสุขภาพที่ 1 พบว่า มีอัตราการเสียชีวิตจากการพลัดตกหกล้ม 6.8 ต่อประชากรแสนคน (คิดเป็นร้อยละ 0.0068) ซึ่งสูงกว่าค่าเฉลี่ยประเทศที่ 5.4 ต่อแสนคน (ร้อยละ 0.0054) อย่างต่อเนื่อง (กรมควบคุมโรค, 2564) โดยเฉพาะจังหวัดน่าน พบว่า อุบัติการณ์กระดูกสะโพกหักจากการหกล้มสูงกว่า 200 ต่อประชากรแสนคนต่อปี (ประมาณร้อยละ 0.2)

สะท้อนภาระโรคที่สูงกว่าภูมิภาคอื่น สำหรับจังหวัดพะเยา พบว่า อัตราการเสียชีวิตจากการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุอยู่ในระดับที่น่ากังวล โดยเฉพาะในกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 50 ของผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทั้งหมด (กรมควบคุมโรค, 2563) ทั้งนี้พื้นที่ตำบลแม่ณาเรือ อำเภอเมืองพะเยา มีผู้สูงอายุจำนวนมากที่ประสบปัญหาการพลัดตกหกล้มเป็นประจำทุกปี จากปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมที่ไม่ปลอดภัยและพฤติกรรมการป้องกันที่ไม่เหมาะสม (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา, 2565) นั้น สะท้อนให้เห็นถึงปัญหาด้าน “ความเชื่อ” และ “การรับรู้” ของผู้สูงอายุในพื้นที่ ซึ่งสอดคล้องกับองค์ประกอบของ Health Belief Model ที่ต้องการจะศึกษา

จากการทบทวนวรรณกรรม อย่างไรก็ตามยังขาดงานวิจัยที่ใช้กรอบทฤษฎีแบบแผนความเชื่อทางสุขภาพ (Health Belief Model) ในการพัฒนาพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มในพื้นที่ชนบท โดยเฉพาะตำบลแม่ณาเรือ จึงเป็นช่องว่างที่งานวิจัยนี้มุ่งเติมเต็ม ผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญของการศึกษาพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในพื้นที่ดังกล่าว โดยใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีแบบแผนความเชื่อทางสุขภาพ (Health belief Model) ซึ่งสามารถอธิบายและส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างเป็นระบบ โดยเฉพาะการสร้างความรู้ความตระหนักรู้ในความเสี่ยง ความรุนแรงของผลกระทบความเชื่อในประโยชน์ของการป้องกัน และการลดอุปสรรคต่าง ๆ ซึ่งมีความเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ (Rosenstock, 1974) ดังนั้น การศึกษาถึงความเชื่อด้านสุขภาพที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในตำบลแม่ณาเรือจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง เพื่อนำไปสู่การพัฒนาแนวทางส่งเสริมสุขภาพที่ตรงจุดและมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์การวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการพัฒนาพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุตำบลแม่ณาเรือ อำเภอเมืองพะเยา จังหวัดพะเยา

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ทัศนคติ และพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง
2. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ทัศนคติ และพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ดำเนินการศึกษาในพื้นที่ตำบลแม่ณาเรือ อำเภอเมืองพะเยา จังหวัดพะเยา ระหว่างเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2567 ถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2568 รวมทั้งสิ้น 10 เดือน

ประชากร คือ ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ตำบลแม่ณาเรือ อำเภอเมืองพะเยา จังหวัดพะเยา ปี พ.ศ. 2567 จำนวน 9,016 คน (องค์การบริหารส่วนตำบลแม่ณาเรือ, 2567)

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุ ผู้วิจัยใช้วิธีการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสม โดยใช้วิธีการวิเคราะห์ค่าอำนาจทดสอบ (Power of test) ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป G*power Version 3.1.9.7 (Kang, H., 2021) โดยกำหนดค่าขนาดอิทธิพล (Effect size) เท่ากับ 0.32 ค่าความคลาดเคลื่อน (α) ที่ยอมรับได้เท่ากับ 0.05 ค่าอำนาจในการทดสอบเท่ากับ 0.8 test family คือ t-test และ statistical test ที่ใช้ในการ

แทนค่าสูตร คือ t-test: Means difference between two independent means ผลการวิเคราะห์พบว่าการวิจัยครั้งนี้ต้องใช้กลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมจำนวน 56 คน จำแนกเป็นกลุ่มทดลอง (Experimental group) จำนวน 28 คน และกลุ่มควบคุม (Control group) จำนวน 28 คน ผู้วิจัยได้จัดกลุ่มตัวอย่างแบบแยกกลุ่มไม่ส่งถึงกัน (non-contaminated grouping) โดยสุ่มกลุ่มทดลองจากชุมชน A และกลุ่มควบคุมจากชุมชน B ซึ่งทั้งสองชุมชนอยู่ห่างกันและไม่มีการติดต่อหรือแลกเปลี่ยนข้อมูลซึ่งกันและกัน เพื่อป้องกันการปนเปื้อนของข้อมูลระหว่างกลุ่ม

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria)

1. เป็นผู้สูงอายุที่มีอายุ ตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป และมีภูมิลำเนาหรืออาศัยอยู่ในตำบลแม่ณาเรื่อ อำเภอเมืองพะเยา จังหวัดพะเยา

2. ให้ความยินยอมโดยสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย โดยลงนามในหนังสือแสดงความยินยอม (Informed Consent Form)

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

1. ผู้ที่มีปัญหาสุขภาพ เช่น ภาวะสมองเสื่อม โรคทางจิตเวช หรือข้อจำกัดด้านการสื่อสาร ที่อาจเป็นอุปสรรคต่อการตอบแบบสอบถามหรือเข้าร่วมกระบวนการวิจัยอย่างเหมาะสม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถาม แบ่งเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ดัดแปลงมาจากผลของโปรแกรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ (ฐิตีมา ทาสวรรณอินทร์, 2560) ประกอบไปด้วยข้อคำถามจำนวน 15 ข้อ เป็นข้อคำถามลักษณะปลายเปิดและปลายปิด ได้แก่ เพศ อายุ น้ำหนัก สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ปัจจุบันอาศัยอยู่กับใคร โรคประจำตัว การรับประทานยา ประวัติ

การเจ็บป่วย สวัสดิการการรักษาพยาบาล จำนวนชั้นของบ้าน ราวบันได แสงสว่าง ห้องน้ำ และแบบประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน หรือดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel Activities of Daily Living: ADL)

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้ในการป้องกันการพลัดตกหกล้ม ดัดแปลงมาจากการวิจัยเรื่องผลของโปรแกรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ (ฐิตีมา ทาสวรรณอินทร์, 2560) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 17 ข้อ ตัวอย่างคำถาม เช่น 1) ท่านคิดว่าการพลัดตกหกล้มเป็นอันตรายต่อผู้สูงอายุ 2) ท่านคิดว่าการใช้ยาหลายชนิดสามารถเพิ่มโอกาสในการพลัดตกหกล้ม โดยลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบเลือกตอบใช่/ไม่ใช่ ตอบใช่ 1 คะแนน ตอบไม่ใช่ 0 คะแนน กำหนดเกณฑ์ในการแปลผลความหมายของคะแนนเป็นคะแนนเฉลี่ย พิจารณาในการแปลผลความหมายของคะแนนเป็น 3 ระดับ ได้แก่ระดับต่ำ (คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60) ระดับปานกลาง (คะแนนร้อยละ 60-79) และระดับสูง (คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป) (Bloom, 1971)

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามทัศนคติในการป้องกันการพลัดตกหกล้ม ดัดแปลงมาจากการวิจัยเรื่องผลของโปรแกรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ (ฐิตีมา ทาสวรรณอินทร์, 2560) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 15 ข้อ ตัวอย่างคำถาม เช่น 1) ท่านคิดว่าการพลัดตกหกล้มเป็นปัญหาที่ผู้สูงอายุควรกังวล 2) ท่านคิดว่าควรใช้ไม้เท้าหรืออุปกรณ์ช่วยเดินเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้ม โดยลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราวัดประมาณค่า มี 5 ระดับ คือ เห็นด้วยมากที่สุด 4 คะแนน เห็นด้วยมาก 3 คะแนน เห็นด้วยปานกลาง 2 คะแนน เห็นด้วยน้อย 1 คะแนน และเห็นด้วยน้อยที่สุด 0 คะแนน ไม่มีข้อคำถามเชิงลบ กำหนดเกณฑ์ในการแปลผลความหมายของคะแนนเป็นคะแนนเฉลี่ย กำหนดเกณฑ์การพิจารณาในการ

แปลผลความหมายของคะแนนเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับต่ำ (คะแนนเฉลี่ย 1.00-2.33) ระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 2.34-3.67) และระดับสูง (คะแนนเฉลี่ย 3.68-5.00) (Best, 1997)

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรมในการป้องกันการพลัดตกหกล้ม ดัดแปลงมาจากงานวิจัยเรื่องผลของโปรแกรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ (จิตติมา ทาสวรรณอินทร์, 2560) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 15 ข้อ ตัวอย่างคำถาม เช่น 1) ท่านออกกำลังกายอย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์เช่น การแกว่งแขน เพื่อเสริมสร้างความแข็งแรงของร่างกาย 2) ท่านเก็บสิ่งของที่วางเกะกะบนพื้นให้เรียบร้อยอยู่เสมอ โดยลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราวัดประมาณค่า 5 ระดับ คือ ทุกครั้ง 4 คะแนน บ่อยครั้ง 3 คะแนน บางครั้ง 2 คะแนน นาน ๆ ครั้ง 1 คะแนน และไม่ปฏิบัติ 0 คะแนน ไม่มีข้อคำถามเชิงลบ กำหนดเกณฑ์ในการแปลผลความหมายของคะแนนเป็นคะแนนเฉลี่ย กำหนดเกณฑ์การพิจารณาในการแปลผลความหมายของคะแนนเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับต่ำ (คะแนนเฉลี่ย 1.00-2.33) ระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 2.34-3.67) และระดับสูง (คะแนนเฉลี่ย 3.68-5.00) (Best, 1997)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสอบถามผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความเหมาะสม และความชัดเจนของภาษาจากผู้เชี่ยวชาญประกอบด้วยอาจารย์ในสาขาวิชานามัยชุมชน ซึ่งเป็นผู้ที่มีประสบการณ์ในการทำวิจัยและการพัฒนาแบบสอบถาม จำนวน 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามและวัตถุประสงค์ (Item-Objective Congruence index: IOC) โดยทุกข้อผ่านเกณฑ์ขั้นต่ำคือ 0.5 จึงนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try out) กับตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์

หาค่าความเที่ยง (Reliability) โดยแบบสอบถามความรู้ในการป้องกันการพลัดตกหกล้ม หาค่าความเที่ยงโดยใช้สูตร (Kuder & Richardson, 1937) มีค่าเท่ากับ 0.723 ส่วนแบบสอบถามทัศนคติและพฤติกรรมในการป้องกันการพลัดตกหกล้ม หาค่าความเที่ยงโดยใช้วิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach, 1970) มีค่าเท่ากับ 0.867 และ 0.823 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ก่อนดำเนินโปรแกรมการพัฒนาพฤติกรรมป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ ผู้วิจัยดำเนินการประสานงานกับองค์การบริหารส่วนตำบลแม่ณาเรือ อำเภอมะนัง จังหวัดยะลา เพื่อขอความอนุเคราะห์ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในโรงเรียนผู้สูงอายุตำบลแม่ณาเรือ อำเภอมะนัง จังหวัดยะลา โดยนักพัฒนาสังคมเป็นผู้ดูแลโรงเรียนผู้สูงอายุตำบลแม่ณาเรือ เพื่อคัดเลือกและนัดหมายกลุ่มตัวอย่างเมื่อได้รายชื่อแล้ว ผู้วิจัยจึงชี้แจงรายละเอียดขอความยินยอมและเข้าสู่การทำกิจกรรมตามโปรแกรม ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิจัยตามโปรแกรมการพัฒนาพฤติกรรมป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยผู้วิจัยแนะนำตนเองชี้แจงและอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย สิทธิในการยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย และสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตัดสินใจและลงลายมือชื่อเข้าร่วมโครงการอย่างอิสระ ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาจะถูกปกปิดเป็นความลับ ไม่เชื่อมโยงถึงผู้ให้ข้อมูลและนำเสนอข้อมูลในภาพรวมเพื่อประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้นและดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลองและหลังการทดลองในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ดังนี้

1) กลุ่มทดลอง (Experimental group)

ดำเนินการวิจัยกับกลุ่มทดลองตามโปรแกรม

การพัฒนาพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุจำนวน 8 สัปดาห์ ระหว่างเดือนมิถุนายนถึงเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2568 ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 ประเมิน ความรู้ ทักษะ พฤติกรรมที่อาจก่อให้เกิดความเสี่ยงในการพลัดตกหกล้ม เช่น การไถ่ยา การเคลื่อนไหวกายในบ้าน ประวัติการหกล้มและอุปกรณ์ที่ใช้ในชีวิตประจำวัน เพื่อใช้เป็นข้อมูลเปรียบเทียบผลก่อน-หลังโปรแกรม และใช้ประกอบการวางแผนให้ความรู้ที่สอดคล้องกับบริบทของแต่ละบุคคล

สัปดาห์ที่ 2 ให้ความรู้เกี่ยวกับวิธีการป้องกันการพลัดตกหกล้มร่วมกับทฤษฎีแบบแผนความเชื่อทางสุขภาพ (Health belief Model) ผ่านกิจกรรมกลุ่มและแบบรายบุคคล โดยเน้นให้ตระหนักถึงความเสี่ยงในการหกล้มของตนเอง ปัจจัยเสี่ยง และผลกระทบที่อาจเกิดขึ้น เช่น กระดูกหักหรือภาวะแทรกซ้อนต่างๆ พร้อมแนะนำพฤติกรรมที่ช่วยลดความเสี่ยง เช่น การเคลื่อนไหวย่างระมัดระวัง การใช้เครื่องช่วยเดิน เพื่อให้ผู้สูงอายุเห็นว่าตนเองมีโอกาสในการพลัดตกหกล้มได้

สัปดาห์ที่ 3 ให้ความรู้เกี่ยวกับการฝึกทักษะการทรงตัวและการฝึกเสริมสร้างความแข็งแรงของกล้ามเนื้อร่วมกับทฤษฎีแบบแผนความเชื่อทางสุขภาพ (Health belief Model) โดยมุ่งเน้นการพัฒนาทักษะการทรงตัว เช่น การเดินทรงตัว การลุกนั่ง และฝึกกล้ามเนื้อบริเวณขา แขนกลางลำตัวและหลัง ซึ่งเป็นส่วนสำคัญในการควบคุมการเคลื่อนไหวและป้องกันการพลัดตกหกล้ม

สัปดาห์ที่ 4 ตรวจสอบสภาพแวดล้อมบริเวณที่อยู่อาศัย ลงพื้นที่สำรวจที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุเพื่อประเมินความเสี่ยงต่อการหกล้ม เช่น พื้นลื่น ไม่มีราวจับ แสงสว่างไม่เพียงพอ หรือมีสิ่งกีดขวางในการเดิน เพื่อวางแผนการปรับปรุงสภาพแวดล้อมของที่อยู่อาศัยให้เอื้อต่อการป้องกันการพลัดตกหกล้ม

สัปดาห์ที่ 5 ให้ความรู้เกี่ยวกับการปรับปรุงสภาพแวดล้อมบริเวณโดยรอบที่อยู่อาศัย ร่วมกับทฤษฎีแบบแผนความเชื่อทางสุขภาพ (Health belief Model) ให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุและครอบครัวเกี่ยวกับแนวทางการปรับปรุงสภาพแวดล้อม เช่น การติดราวจับ การใช้พื้นกันลื่น การเพิ่มแสงสว่าง และการจัดพื้นที่ให้โล่งปลอดภัย เพื่อสนับสนุนให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่เป็นรูปธรรม

สัปดาห์ที่ 6 ทบทวนความรู้เกี่ยวกับความเสี่ยงในการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุร่วมกับทฤษฎีแบบแผนความเชื่อทางสุขภาพ (Health belief Model) จัดกิจกรรมกลุ่มทบทวนความรู้จากสัปดาห์ที่ผ่านมา พร้อมเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เช่น เริ่มออกกำลังกาย การปรับปรุงสภาพแวดล้อมของที่อยู่อาศัย เป็นต้น เพื่อเสริมแรงจูงใจซึ่งกันและกัน

สัปดาห์ที่ 7 ดำเนินการติดตามพฤติกรรมผู้สูงอายุผ่านการสอบถามหรือประเมินซ้ำ โดยตรวจสอบว่าเกิดพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มจริงหรือไม่ เช่น เริ่มฝึกเดินสม่ำเสมอ มีการปรับปรุงสภาพแวดล้อมของที่อยู่อาศัย และหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม

สัปดาห์ที่ 8 ประเมินหลังการให้ความรู้ผลตามโปรแกรมการพัฒนาการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ ดำเนินการเก็บข้อมูลจากแบบสอบถามเพื่อนำมาวิเคราะห์เปรียบเทียบผลก่อนหลังเข้าร่วมโปรแกรม และใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาโปรแกรมสุขภาพในอนาคต

2) กลุ่มควบคุม (Control group)

ดำเนินการวิจัยกับกลุ่มควบคุม จำนวน 2 สัปดาห์ ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 ทำแบบสอบถาม

สัปดาห์ที่ 8 ทำแบบสอบถาม

กลุ่มควบคุมจะได้รับการดูแลตามปกติ (Standard Care) และไม่ได้รับโปรแกรมการพัฒนาพฤติกรรมใด ๆ จากผู้วิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ใช้จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) ใช้ Pair T-Test และ Independent T-Test

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยพะเยา เลขที่โครงการวิจัย HREC-UP-HSST 1.2/081/68 วันที่รับรอง 2 พฤษภาคม พ.ศ. 2568 ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างโดยผู้วิจัยแนะนำตนเอง ชี้แจงและอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย สิทธิในการยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย และสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตัดสินใจและลงลายมือชื่อเข้าร่วมโครงการอย่างอิสระ ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาจะถูกปกปิดเป็นความลับ ไม่เชื่อมโยงถึงผู้ให้ข้อมูลและนำเสนอข้อมูลในภาพรวมเพื่อประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลส่วนบุคคล กลุ่มทดลอง มีอายุเฉลี่ย 71 ปี (S.D.=5.12) อยู่ในช่วงอายุ 71-80 ปี ร้อยละ 50.00

เป็นเพศหญิง ร้อยละ 67.90 มีค่าดัชนีมวลกายในระดับปกติ (18.50-22.99 กิโลกรัม/เมตร²) ร้อยละ 42.90 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 57.10 มีการศึกษาประถมศึกษาตอนต้นและประถมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 35.70 อาศัยอยู่กับบุตร ร้อยละ 39.30 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 75.00 ส่วนใหญ่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 46.00 มีสวัสดิการในการรักษาพยาบาล คือ ประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 85.70 ไม่เคยพลัดตกหกล้ม ร้อยละ 85.70 บ้นไถมีราวจับ ร้อยละ 89.30 บ้านมีแสงสว่างเพียงพอ ร้อยละ 92.90 ห้องน้ำมีราวจับ ร้อยละ 53.60 มีคะแนน ADL (≥ 12) ร้อยละ 100.00

กลุ่มควบคุม มีอายุเฉลี่ย 69 ปี (S.D.=6.94) อยู่ในช่วงอายุ 60-70 ปี ร้อยละ 64.30 เป็นเพศหญิง ร้อยละ 67.90 มีค่าดัชนีมวลกายในระดับปกติ (18.50-22.99 กิโลกรัม/เมตร²) ร้อยละ 46.40 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 64.30 มีการศึกษาประถมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 46.40 อาศัยอยู่กับบุตร ร้อยละ 50.00 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 67.90 ส่วนใหญ่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 57.00 มีสวัสดิการในการรักษาพยาบาล คือ ประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 85.70 ไม่เคยพลัดตกหกล้ม ร้อยละ 50.00 บ้นไถมีราวจับ ร้อยละ 64.30 บ้านมีแสงสว่างเพียงพอ ร้อยละ 75.00 ห้องน้ำไม่มีราวจับ ร้อยละ 82.10 มีคะแนน ADL (≥ 12) ร้อยละ 96.40 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกตามความข้อมูลส่วนบุคคล (n = 56 คน)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n = 28 คน)		กลุ่มควบคุม (n = 28 คน)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ				
ชาย	9	32.10	9	32.10
หญิง	19	67.90	19	67.90

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n = 28 คน)		กลุ่มควบคุม (n = 28 คน)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อายุ				
60-70 ปี	13	46.40	18	64.30
71-80 ปี	14	50.00	9	32.10
>80 ปี	1	3.60	1	3.60
อายุเฉลี่ย (S.D.)	71.64 (S.D=5.12)		69.92 (S.D=6.94)	
ดัชนีมวลกาย (กิโลกรัม/เมตร²)				
ผอม (<18.50)	4	14.30	2	7.10
ปกติ (18.50-22.99)	12	42.90	13	46.40
น้ำหนักเกิน (23.00-24.99)	6	21.40	5	17.90
อ้วน (25.00-29.99)	4	14.30	7	25.00
อ้วนมาก (≥30.00)	2	7.10	1	3.60
สถานภาพ				
โสด	1	3.60	0	0.00
สมรส	16	57.10	18	64.30
หย่า/แยกกันอยู่	2	7.10	1	3.60
หม้าย	9	32.10	9	32.10
การศึกษา				
ไม่ได้รับการศึกษา	2	7.10	2	7.10
ประถมศึกษาตอนต้น	10	35.70	10	35.70
การศึกษา				
ประถมศึกษาตอนปลาย	10	35.70	13	46.40
มัธยมศึกษาตอนต้น	4	14.30	2	7.10
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	2	7.10	1	3.60
อาศัยอยู่กับใคร				
บุตร	11	39.30	14	50.00
หลาน	5	17.90	6	21.40
พี่น้อง	2	7.10	1	3.60
อื่นๆ เช่น พ่อแม่ สามเณร ภรรยา	10	35.70	7	25.00
มีโรคประจำตัว				
ไม่มี	7	25.00	9	32.10
มี	21	75.00	19	67.90
โรคประจำตัว				
โรคความดันโลหิตสูง	13	46.00	16	57.00
โรคเบาหวาน	3	10.70	6	21.40
โรคไขมันในเลือด	9	32.10	7	25.00

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n = 28 คน)		กลุ่มควบคุม (n = 28 คน)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
โรคหัวใจ	0	0.00	4	14.30
โรคเก๊าท์	0	0.00	1	3.60
โรคไต	1	3.60	3	10.70
สวัสดิการในการรักษาพยาบาล				
ประกันสุขภาพถ้วนหน้า	24	85.70	24	85.70
ประกันสังคม	2	7.10	0	0.00
ข้าราชการ	2	7.10	4	14.30
เคยพลัดตกหกล้ม				
ไม่เคย	24	85.70	14	50.00
เคย	4	14.30	14	50.00
บันไดมีราวจับ				
ไม่มีราวจับ	3	10.00	10	35.70
มีราวจับ	25	89.30	18	64.30
บ้านมีแสงสว่างเพียงพอ				
มีแสงสว่างไม่เพียงพอ	2	7.10	7	25.00
มีแสงสว่างเพียงพอ	26	92.90	21	75.00
ห้องน้ำในบ้านมีราวจับ				
ไม่มีราวจับ	13	46.40	23	82.10
มีราวจับ	15	53.60	5	17.90
ADL				
5-11	0	0.00	1	3.60
≥12	28	100.00	27	96.40

2. การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมในการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม

ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ 13.32 (S.D.= 1.09) ค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะ 49.14 (S.D.=8.08) และค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรม 49.64 (S.D.=8.28) ส่วนหลังได้รับโปรแกรมกลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ 16.43 (S.D.= 1.20) ค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะ 55.93 (S.D.=3.30) และค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรม 55.89 (S.D.=3.44) โดยก่อนและหลังได้รับโปรแกรมกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมในการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนกลุ่มควบคุมก่อนและหลังได้รับโปรแกรม พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนแต่ละด้านไม่แตกต่างกัน ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมในการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม (n = 56 คน)

ตัวแปร	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม		หลังเข้าร่วมโปรแกรม		t	df	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.			
ความรู้ในการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ							
กลุ่มทดลอง	13.32	1.09	16.43	1.20	12.504	27	<0.001*
กลุ่มควบคุม	12.57	1.99	12.82	2.33	0.489	27	0.628
ทัศนคติในการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ							
กลุ่มทดลอง	49.14	8.08	55.93	3.30	4.242	27	<0.001*
กลุ่มควบคุม	38.18	5.43	38.86	7.28	0.417	27	0.680
พฤติกรรมในการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ							
กลุ่มทดลอง	49.64	8.28	55.89	3.44	4.079	27	<0.001*
กลุ่มควบคุม	36.54	8.94	37.61	7.50	0.554	27	0.584

*p-value < 0.05

3. การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมในการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม

ก่อนได้รับโปรแกรมค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมในการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และหลังได้รับโปรแกรมค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมในการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมในการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม (n = 56 คน)

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		t	df	p-value
	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.			
ความรู้ในการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ							
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	13.32	1.25	12.57	1.99	1.749	42	<0.001*
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	16.43	1.23	12.82	2.33	7.293	40	<0.001*
ทัศนคติในการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ							
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	49.14	8.08	38.18	5.43	5.959	54	<0.001*
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	55.93	3.30	38.86	7.28	11.301	54	<0.001*
พฤติกรรมในการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ							
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	49.64	8.29	36.54	8.94	5.690	54	<0.001*
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	55.89	3.44	37.61	7.50	11.729	38	<0.001*

*p-value < 0.05

อภิปรายผล

ผลการวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการพัฒนาพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุตำบลแม่เนาเรือ อำเภอมืองพะเยา จังหวัดพะเยา สามารถเพิ่มระดับความรู้การป้องกันการพลัดตกหกล้ม ทักษะการป้องกันการพลัดตกหกล้ม และพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง รวมถึงเมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ผลลัพธ์ดังกล่าวสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการพัฒนาพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุตำบลแม่เนาเรือ อำเภอมืองพะเยา จังหวัดพะเยา จากการศึกษาเรื่องประสิทธิผลของโปรแกรมการพัฒนาพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ ตำบลแม่เนาเรือ อำเภอมืองพะเยา จังหวัดพะเยา พบว่า ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุแตกต่างกัน/อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนกลุ่มควบคุมก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ไม่แตกต่างกัน/อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับงานวิจัยของปาจริย์ แซไซ (2566) ได้ศึกษาเรื่อง ประสิทธิภาพของโปรแกรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ จังหวัดลำปาง พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้การป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมหลังการทดลองแตกต่างกัน/อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสะท้อนถึงประสิทธิผลของกิจกรรมให้ความรู้และการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ โดยสอดคล้องกับทฤษฎี Health Belief Model (Rosenstock, 1974) ที่ชี้ว่าการสร้างความตระหนักรู้ถึงความเสี่ยงและความรุนแรงของผลลัพธ์จะกระตุ้นให้บุคคลเกิดการเรียนรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

ทัศนคติในการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ พบว่า ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนทัศนคติในการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุแตกต่างกัน/อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนกลุ่มควบคุมก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนทัศนคติไม่แตกต่างกัน/อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้ไม่มีงานวิจัยที่เฉพาะเจาะจงที่ศึกษาเกี่ยวกับทัศนคติในการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ แต่มีงานวิจัยที่คล้ายคลึงของฐิติมา ทาสวรรณอินทร์ (2563) ได้ศึกษาเรื่อง ทัศนคติและพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลนางแล อำเภอมืองจังหวัดเชียงราย มีค่าเฉลี่ยทัศนคติในการป้องกันการพลัดตกหกล้มอยู่ในระดับดี และพบว่าทัศนคติในการป้องกันการพลัดตกหกล้มมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลจากการศึกษาสามารถนำไปใช้ในการวางแผนการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ เพื่อช่วยลดอัตราการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ ผู้วิจัยสังเกตว่าทัศนคติที่ดีขึ้นมักเกิดในกลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคม เช่น การที่ลูกหลานมาร่วมฟังด้วยหรือได้รับการยืนยันจากวิทยากรว่าสามารถป้องกันการล้มได้ด้วยตนเอง ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าและควรใส่ใจเรื่องนี้มากขึ้น

พฤติกรรมในการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ พบว่า ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมในการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุแตกต่างกัน/อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนกลุ่มควบคุมก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมไม่แตกต่างกัน/อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับงานวิจัยของโสภิตตา แสนวา และคณะ (2565) ได้ศึกษาเรื่อง ผลของโปรแกรมป้องกันการพลัดตกหกล้มโดยประยุกต์ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุน

ทางสังคมต่อพฤติกรรมป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในอำเภอเกาะจันทร์ จังหวัดชลบุรี พบว่าหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการพลัดตกหกล้มสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมพบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการพลัดตกหกล้มสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ความรู้ในการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ พบว่า ก่อนได้รับโปรแกรมค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกัน/อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และหลังได้รับโปรแกรมค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับงานวิจัยของฉิน สังข์เมือง และจิตติพร สังข์ขันธ์ (2566) ได้ศึกษาเรื่อง ผลของโปรแกรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุตำบลทะนง อำเภอโพทะเล จังหวัดพิจิตร พบว่า ก่อนการทดลองคะแนนค่าเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นการใช้กิจกรรมที่เข้าใจง่าย การใช้ภาษาชาวบ้าน และการยกตัวอย่างสถานการณ์จริงในชีวิตประจำวัน ทำให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าใจและจดจำเนื้อหาได้ดีส่งผลต่อการเรียนรู้มีประสิทธิภาพ

ทัศนคติในการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ พบว่า ก่อนได้รับโปรแกรมค่าเฉลี่ยคะแนนทัศนคติในการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกัน/อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และหลังได้รับโปรแกรมค่าเฉลี่ย

คะแนนทัศนคติในการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้ไม่มีงานวิจัยที่เฉพาะเจาะจงที่ศึกษาเกี่ยวกับทัศนคติในการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ แต่มีงานวิจัยที่คล้ายคลึงของฐิติมา ทาสวรรณอินทร์ (2563) ได้ศึกษาเรื่อง ทัศนคติและพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลนางแล อำเภอเมืองจังหวัดเชียงราย มีค่าเฉลี่ยทัศนคติในการป้องกันการพลัดตกหกล้มอยู่ในระดับดี และพบว่าทัศนคติในการป้องกันการพลัดตกหกล้มมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลจากการศึกษาสามารถนำไปใช้ในการวางแผนการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุเพื่อช่วยลดอัตราการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ ผู้วิจัยพบว่า การอธิบายอย่างชัดเจนและการพูดคุยกับผู้สูงอายุแบบเป็นกันเอง ส่งผลให้ผู้เข้าร่วมเข้าใจความสำคัญของการป้องกันมากขึ้น การเปิดโอกาสให้ซักถามหรือแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในกลุ่มยังช่วยกระตุ้นให้เกิดความตระหนักรู้ และทำให้ผู้สูงอายุปรับมุมมองเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพของตนเองในทางที่ดีขึ้น

พฤติกรรมในการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ พบว่า ก่อนได้รับโปรแกรมค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมในการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกัน/อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และหลังได้รับโปรแกรมค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมในการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกัน/อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับงานวิจัยของโสภิตตา แสนวา และคณะ (2565) ได้ศึกษาเรื่อง ผลของโปรแกรมป้องกันการพลัดตกหกล้มโดยประยุกต์ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในอำเภอเกาะจันทร์ จังหวัดชลบุรี พบว่าค่าเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการพลัดตกหกล้มระหว่าง

กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ก่อนการทดลอง ค่าเฉลี่ยไม่แตกต่างกัน/ภายหลังการทดลองพบว่า กลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

โดยรวมผลการวิจัยครั้งนี้ สอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ว่าโปรแกรมสามารถเพิ่มความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุได้ และยังสอดคล้องกับกรอบทฤษฎี Health Belief Model รวมทั้งผลงานวิจัยในประเทศและต่างประเทศช่วง 5 ปีที่ผ่านมา ทั้งนี้ยังสะท้อนถึงความสำคัญของการออกแบบโปรแกรมที่เน้นการมีส่วนร่วม การเรียนรู้เชิงปฏิบัติ และการสนับสนุนทางสังคม เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ยั่งยืน

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. หน่วยงานด้านสาธารณสุขในระดับชุมชน เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และองค์การบริหารส่วนตำบล สามารถนำโปรแกรมการพัฒนาพฤติกรรมป้องกันการพลัดตกหกล้มไปประยุกต์ใช้ในพื้นที่อื่นที่มีปัญหาล้ำคล้ายคลึงกัน โดยเฉพาะกลุ่มเปราะบาง เช่น ผู้สูงอายุที่อาศัยเพียงลำพังหรือมีโรคประจำตัว

2. หน่วยงานด้านสาธารณสุขในระดับชุมชน เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และองค์การบริหารส่วนตำบล ควรจัดทำคู่มือหรือเอกสารประกอบกิจกรรมที่สามารถใช้ซ้ำได้ในระดับชุมชน เช่น แบบฝึกหัดท่าทางการทรงตัว การจัดสิ่งแวดล้อมภายในบ้าน เพื่อให้ครอบครัวสามารถนำไปใช้อย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรดำเนินการวิจัยในระยะยาว (Longitudinal Study) โดยติดตามกลุ่มตัวอย่างในช่วงเวลา 3 เดือน 6 เดือน และ 1 ปี เพื่อประเมินความยั่งยืนของผลการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและอัตราการหกล้ม ในระยะหลังจบโปรแกรม

2. ควรขยายกลุ่มตัวอย่างให้ครอบคลุมหลากหลายกลุ่ม เช่น ผู้สูงอายุในเขตเมือง เขตชนบทหรือผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของผลลัพธ์ตามบริบททางสังคมและกายภาพ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สมคิด จุฑา คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา ขอขอบพระคุณผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย คือ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สมชาย จาตศรี อาจารย์พรพนา สมจิตร และอาจารย์เนตรนภา พรหมมารวมถึงคณาจารย์และบุคลากรสายสนับสนุนสาขาวิชาอนามัยชุมชน คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยาทุกท่าน ขอขอบพระคุณอาสาสมัครผู้สูงอายุตำบลแม่ณาเรื่อ อำเภอเมืองพะเยา จังหวัดพะเยาทุกท่านที่ให้ข้อมูลอันเป็นประโยชน์ต่องานวิจัย ทำให้การศึกษานี้สำเร็จด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

- กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2565). รายงานสถานการณ์การหกล้มของผู้สูงอายุในประเทศไทย. พะเยา. [สืบค้นเมื่อ 10 พฤศจิกายน 2567]; แหล่งข้อมูล: <https://www.ddc.moph.go.th/>
- กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2566). รายงานสถานการณ์การหกล้มของผู้สูงอายุในจังหวัดพะเยา. [สืบค้นเมื่อ 10 พฤศจิกายน 2567]; แหล่งข้อมูล: <https://ddc.moph.go.th/dip/news.php?news=43010&deptcode=dip>
- ฉิน สักข์เมือง และจิตติพร ส่งสังข์. (2566). ผลของโปรแกรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุตำบลทะนง อำเภอโพทะเล จังหวัดพิจิตร. เอกสารเผยแพร่ผลงานวิชาการทางเว็บไซต์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร. [สืบค้นเมื่อ 14 พฤศจิกายน 2567]; แหล่งข้อมูล: https://leave.ppho.go.th/open_access/web/uploads/file38_PCT59648224.pdf
- จิตติมา ทาสวรรณอินทร์, มณเฑียร มโนธรรม, วรญาณมณีรัตน์ และจุฑามาศ เมืองมูล. (2563). ทักษะและพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลนางแล อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ, 38(4), 132-141.

- ปาจริย์ แชไข. (2566). ประสิทธิผลของโปรแกรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ จังหวัดลำปาง. *วารสารการพยาบาล สุขภาพ และสาธารณสุข*. 2(3), 36–49.
- สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (2561). คู่มือการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. [สืบค้นเมื่อ 21 พฤศจิกายน 2567]; แหล่งข้อมูล: <https://www.thaihealth.or.th/tag/2561/>
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา. (2565). รายงานสถานการณ์ด้านสุขภาพผู้สูงอายุในพื้นที่ตำบลแม่ณาเรือ อำเภอเมืองพะเยา จังหวัดพะเยา. [สืบค้นเมื่อ 25 พฤศจิกายน 2567]; แหล่งข้อมูล: <https://pyo.moph.go.th/>
- สำนักผู้สูงอายุ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2563). รายงานสถานการณ์การพลัดตกหกล้มของประชากร พ.ศ. 2560–2564. กระทรวงสาธารณสุข. [สืบค้นเมื่อ 29 สิงหาคม 2568]; แหล่งข้อมูล: https://ddc.moph.go.th/dip/news.php?news=34621&utm_source=chatgpt.com
- โสภิตตา แสนวา, เอ็มอัชมา วัฒนบุรณนธ์ และนิภาพรรณ พงศ์. (2565). ผลของโปรแกรมป้องกันการพลัดตกหกล้มโดยประยุกต์ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในอำเภอเกาะจันทร์ จังหวัดชลบุรี. *วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ*, 15(2), 214–227.
- องค์การบริหารส่วนตำบลแม่ณาเรือ. (2567). รายงานโครงการส่งเสริมการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุประจำปีงบประมาณ 2567. [สืบค้นเมื่อ 25 พฤศจิกายน 2567]; แหล่งข้อมูล: https://maenarua.go.th/mnr_v1/
- Best, J. W. (1997). *Research in education*. New York: Prentice-Hall. Englewood Cliffs.
- Bloom, B. S., Madaus, G. F., & Hastings, J. T. (1971). *Handbook on formative and summative evaluation of student learning*. McGraw-Hill.
- Cronbach, L. J. (1970). *Essentials of psychological testing*. New York: Harper & Row.
- Kang, H. (2021). Sample size determination and power analysis using the G*Power software. *Journal of Educational Evaluation for Health Professions*, 18(17). <https://doi.org/10.3352/jeehp.2021.18.17>
- Kuder, G. F., & Richardson, M. W. (1937). The theory of the estimation of test reliability. *Psychometrika*, 2(3), 151–160. [cited 2024 November 25]; Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/BF02288391>
- Rosenstock, (1974). Social learning theory and the Health Belief Model [cited 2024 November 14]; Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3378902/>
- World Health Organization. (2024). *World Health Day 2024*. Retrieved July 18, 2025, [cited 2024 November 14]; Available from: <https://www.who.int/campaigns/world-health-day/2024>

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน

โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

DEVELOPMENT OF A COMMUNITY-BASED CARE MODEL FOR DIABETES PATIENTS
BY VILLAGE HEALTH VOLUNTEERS

นพดล ครุฑน้อย^{1*}, ถวัลย์ ชูแสง²

Noppadol Krutnoi^{1*}, Tawal Chooseang²

¹ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

¹ Department of Health Service Support

² โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจรรย์ดำรา จังหวัดนครราชสีมา

² Charntamra Subdistrict Health Promoting Hospital, Nakhon Ratchasima Province

Corresponding author E-mail: Dol.kru@gmail.com*

Received: 18 Aug., 2025

Revised: 1 Oct., 2025

Accepted: 6 Oct., 2025

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กลุ่มเป้าหมายคือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและผู้ป่วยเบาหวาน ตำบลท่าหลวง อำเภอพิมาย จังหวัดนครราชสีมา รวม 70 คน สุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง ตามระเบียบวิธีวิจัยเชิงปฏิบัติการ ผลการศึกษาพบว่า ก่อนเริ่มการศึกษาวิจัยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีบทบาทเป็นทีมสุขภาพ โดยการนำของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในเขตรับผิดชอบ ด้านตัวผู้ป่วยเองเน้นการเข้ารับยาตามนัดหมาย การปรับพฤติกรรมตนเองตามคำแนะนำยังน้อย ภายหลังการนำรูปแบบการศึกษานี้ไปใช้ส่งผลให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีความมั่นใจในการดูแลและมีแผนการดูแลผู้ป่วยเบาหวานของตนเอง แบ่งเบาภาระเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการดูแลผู้ป่วย และญาติก็ให้การยอมรับคำแนะนำและเข้าร่วมกิจกรรมการปรับพฤติกรรมสุขภาพ โดยมีรูปแบบ 7 ขั้นตอน คือ 1) พัฒนาศักยภาพการเยี่ยมเสริมพลังแก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 2) สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย 3) ร่วมวิเคราะห์ปัญหากับผู้ป่วย 4) ร่วมหาทางเลือกกับผู้ป่วย 5) เยี่ยมเสริมพลัง 6) ผู้ป่วยดูแลตนเอง 7) ติดตามผลการดูแลตนเองของผู้ป่วย ส่งผลให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีความรู้เพิ่มขึ้นและมีความมั่นใจในการวางแผนดูแลผู้ป่วย ที่สำคัญคือ ผู้ป่วยร้อยละ 85 สามารถดูแลตนเองได้ตามเป้าหมาย และมีความพึงพอใจต่อรูปแบบสูงถึงร้อยละ 87 ผลการศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่า การเสริมพลังอำนาจให้แก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เป็นกลยุทธ์ที่มีประสิทธิภาพในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานอย่างต่อเนื่องในชุมชน

คำสำคัญ: ผู้ป่วยเบาหวาน; การดูแลในชุมชน; อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

Abstract

This action research aimed to develop a community-based care model for diabetes patients by Village Health Volunteers (VHVs). The study involved 70 participants, including VHVs and diabetes patients, selected through purposive sampling. The study followed the principles of action research. The results showed that, before model development, VHVs served as members of the health team under the leadership of public health officers in caring for diabetes patients. Most patients mainly focused on attending scheduled medical appointments, while self-care behaviors remained limited. After implementing the action research process, VHVs gained more confidence in providing care for diabetes patients, and patients improved their health behaviors. The care model developed through this study had seven key steps: 1) Empowerment training to VHVs, 2) Building strong relationships between VHVs and patients, 3) Identifying problems together, 4) Finding solutions as a team, 5) Conducting Empowerment home visits, 6) Supporting patient self-care, and 7) Following up regularly. As a result, VHVs gained their knowledge and confidence in patient care. Importantly, 85% of patients were able to achieved their self-care, and 87% expressed a high level of satisfaction with the model. These findings highlight that empowering VHVs serves as an effective strategy to strengthen the continuity of diabetes care within the community.

Keywords: Diabetes Patients; Community care; Village Health Volunteers

บทนำ

โรคเบาหวาน จัดอยู่ในกลุ่มโรคไม่ติดต่อ (Non-Communicable Diseases: NCDs) ที่พบได้บ่อย และเป็นปัญหาทางสาธารณสุขของประเทศไทยและของโลก เนื่องจากก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพทั้งเฉียบพลันและเรื้อรัง อาทิ เช่น เบาหวานจอประสาทตา ภาวะไตวาย และโรคหลอดเลือดสมองและหัวใจ การป้องกันโรคสามารถป้องกันได้ โดยการควบคุมปัจจัยเสี่ยงทั้งที่เกิดจากพฤติกรรมสุขภาพ และยังมีปัจจัยเสี่ยงที่หลีกเลี่ยงได้ยากคือ ปัจจัยทางกรรมพันธุ์ จะเห็นได้ว่าโรคเบาหวาน สามารถเกิดได้กับทุกคน เนื่องจากมีปัจจัยการเกิดโรคบางปัจจัยที่ไม่สามารถป้องกันได้ ดังนั้นหากพบว่าตนเองได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานแล้ว จึงควรเข้ารับการรักษาย่างต่อเนื่องและปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ เพื่อไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อน (สมาคมเบาหวานแห่งประเทศไทย, 2566) ซึ่งจากรายงานการสำรวจสุขภาพคนไทยตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2552 – 2563

พบว่าสถานการณ์จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานในประเทศไทยมีจำนวนเพิ่มขึ้นมากเป็นลำดับ และในปี พ.ศ. 2563 พบว่าความชุกของผู้ป่วยโรคเบาหวานในประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป มีความชุก ร้อยละ 9.50 (ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย, 2565) อีกทั้งยังพบว่าผู้ป่วยประมาณครึ่งหนึ่ง ไม่รู้ว่าตนเองเป็นโรคเบาหวาน อีกจำนวนหนึ่งเข้าไม่ถึงการรักษา และไม่ประสบผลสำเร็จในการดูแลรักษาต่อเนื่อง ซึ่งมีจำนวนผู้ป่วยเพียง 3 ใน 10 เท่านั้นที่สามารถดูแลและควบคุมโรคได้ตามเป้าหมาย (สมาคมเบาหวานแห่งประเทศไทย, 2566)

สำหรับจังหวัดนครราชสีมา พบว่าในปี พ.ศ. 2563 - 2565 มีผู้ป่วยเบาหวานจำนวน 26,158, 26,289 และ 28,045 ราย ตามลำดับ และข้อมูลการเสียชีวิตด้วยโรคเบาหวาน ปี พ.ศ. 2563-2565 จำนวน 686, 764 และ 745 ราย ตามลำดับ (กรมควบคุมโรค, 2565) ส่วนอำเภอพิมาย พบผู้ป่วยเบาหวาน ในปี พ.ศ. 2565 จำนวน 6,898 ราย

(ร้อยละ 7.96 ต่อ ปชก.) ปี พ.ศ. 2566 จำนวน 7,254 ราย (ร้อยละ 8.15 ต่อ ปชก.) และมีผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี ปี พ.ศ. 2565 ร้อยละ 41.9 และ ปี พ.ศ. 2566 ร้อยละ 43.92 สำหรับในตำบลท่าหลวง จำนวนผู้ป่วยเบาหวาน ปี พ.ศ. 2565 จำนวน 376 ราย และปี พ.ศ. 2566 จำนวน 388 ราย ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี ปี พ.ศ. 2565 ร้อยละ 43.09 และปี พ.ศ. 2566 ร้อยละ 48.20 แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยมากกว่าครึ่ง ยังไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา, 2566) ซึ่งอาจเกิดจากหลายสาเหตุ เช่น การรับยาไม่ต่อเนื่อง ไม่ได้รับการติดตามเยี่ยมอย่างใกล้ชิด ไม่สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลได้ และถึงแม้ในตำบลท่าหลวงจะมีอัตราการควบคุมน้ำตาลได้ดีกว่าภาพรวม แต่ก็ยังคงมีผู้ป่วยมากกว่าครึ่งหนึ่งที่ยังเผชิญความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนเนื่องจากไม่สามารถควบคุมโรคได้ตามเป้าหมาย

ตามหลักการติดตามการรักษาต่อเนื่องเป้าหมายสำคัญคือ การรับประทานยาต่อเนื่อง การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และติดตามอาการที่เกิดจากภาวะน้ำตาลในเลือดสูง เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนและให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีใกล้เคียงคนปกติ (สมาคมเบาหวานแห่งประเทศไทย, 2566) โดยยึดหลักการดูแลตามความรุนแรงของโรค กล่าวคือ ในระยะแรกต้องนัดทุก 1-4 สัปดาห์ เพื่อให้ความรู้ให้สามารถดูแลตนเองได้, ติดตามระดับน้ำตาลในเลือดและการรับประทานยาต่อเนื่อง โดยในระยะเวลา 3-6 เดือน ต้องคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ และต่อไปนัดทุก 1-3 เดือน เพื่อดูว่ายังคุมระดับน้ำตาลได้หรือไม่ ติดตามอาการแทรกซ้อนที่ ไต ตา เท้า หัวใจและหลอดเลือด หรืออาการทั่วไป เช่น ผลข้างเคียงของยา น้ำหนักตัว ระดับความดันโลหิต ประเมินการควบคุมอาหาร การเคลื่อนไหวทางกาย การรับประทานยา หากไม่มีโรคแทรกซ้อน ควรประเมินปัจจัยเสี่ยง เช่น ตรวจตา ตรวจร่างกายและเท้า ตรวจช่องปาก ฟัน ปัสสาวะ 1 ครั้ง งดบุหรี่ งดแอลกอฮอล์ และประเมินสุขภาพจิต (สมาคมเบาหวานแห่งประเทศไทย, 2566) นอกจากการ

ดูแลตนเองที่มีความซับซ้อน ยังมีปัญหา เรื่องความแออัด การรอคอยรับบริการยาวนาน การได้รับการรักษาไม่ต่อเนื่อง และหากให้ผู้ป่วยกลับไปรับการดูแลที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ใกล้บ้าน ก็พบว่าโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และชุมชนหลายแห่งยังไม่มีความพร้อม (สมาคมเบาหวานแห่งประเทศไทย, 2566) ซึ่งตามแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน กำหนดบทบาทหน้าที่ รพ.สต. ไว้ 5 ด้าน คือ 1) พัฒนาระบบลงทะเบียน 2) การให้บริการในสถานบริการ 3) การตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อน 4) การติดตามเยี่ยมบ้านดูแลรักษาต่อเนื่อง 5) การสนับสนุนให้ภาคส่วนอื่นเข้ามามีส่วนร่วม (สมาคมเบาหวานแห่งประเทศไทย, 2566) ซึ่งที่ผ่านมาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจารย์ตำรา ได้เปิดให้บริการคลินิกเบาหวานเดือนละ 1 ครั้ง มีการตรวจคัดกรอง ให้บริการคำปรึกษา และส่งต่อ แต่ยังไม่มีรูปแบบการดูแลในชุมชน เมื่อรับส่งต่อจากโรงพยาบาล ซึ่งการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ต้องปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตตามคำแนะนำหลายอย่าง อย่างถูกวิธี คร่งครัด และต้องกระทำอย่างต่อเนื่อง เป็นระยะเวลานาน ซึ่งเป็นเรื่องยาก หากปล่อยให้ผู้ป่วยต้องเผชิญการจัดการเพียงลำพัง การมีแรงสนับสนุนทางสังคมในชุมชน เช่น จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ซึ่งเป็นผู้มีองค์ความรู้การจัดการปัญหาสุขภาพที่ใกล้ชิดในชุมชน และเป็นคนสำคัญในการร่วมกันเผชิญปัญหาในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยเบาหวาน (ศิริประภา สิทธิพานิช และคณะ, 2565) ทักษะสำคัญที่จำเป็นต้องใช้ในการสร้างกำลังใจ ให้ผู้ป่วยเบาหวาน ได้เผชิญปัญหาการจัดการตนเองและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม คือทักษะการเสริมพลัง (Empowerment) ที่จะช่วยเสริมพลังเชิงบวก ให้ผู้ป่วยเบาหวาน รู้ว่าตนเองมีความสามารถในการควบคุมสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับตนเองได้ รู้สึกถึงสมรรถนะแห่งตน มีเป้าหมายและมีความหมายในชีวิตของตนเอง (Pearson et al, 2019)

จากสถานการณ์และหลักการดังกล่าวข้างต้น การจะให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านทำหน้าที่นี้ได้อย่างมีประสิทธิภาพนั้น จำเป็นต้องมีกระบวนการพัฒนาศักยภาพ ในด้านทักษะการเสริมพลัง (Empowerment) และด้านความรู้เชิงลึกการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน เพื่อให้มีทักษะขั้นตอนการพูดคุยเสริมพลังที่จะช่วยให้ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความสามารถและความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย และในขณะเดียวกันก็ส่งต่อพลังนี้ไปให้ผู้ป่วยสามารถจัดการตนเองได้ ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาการพัฒนา รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยปรับใช้แนวคิดการสร้างเสริมพลังอำนาจให้ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน สร้างระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่สอดคล้องและเหมาะสมกับวิถีชีวิตผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน ได้อย่างต่อเนื่อง

วัตถุประสงค์

- 1) เพื่อศึกษาบริบทการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
- 2) เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

วิธีดำเนินการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ประกอบด้วย การวางแผนปฏิบัติการ (Planning) การปฏิบัติการ (Action) การสังเกตการณ์ (Observe) และการสะท้อนผล (Reflect) (Kemmis & McTaggart, 1988) โดยดำเนินการเก็บข้อมูลช่วงเดือนเมษายน ถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2567 แบ่งการศึกษาเป็น 3 ระยะ

ระยะที่ 1 เก็บข้อมูลด้วยการสนทนากลุ่ม จำนวน 2 กลุ่ม ประชากรกลุ่มเป้าหมาย คือ กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลท่าหลวง จำนวน 35 คน โดยคัดเลือกอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานไม่น้อยกว่า 1 ปี ในเขตรับผิดชอบ และสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย และผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ จำนวน 35 คน โดยคัดเลือกผู้ป่วย

เบาหวานที่รับยาต่อเนื่องมาแล้วไม่น้อยกว่า 1 ปี และอยู่ในเขตรับผิดชอบอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ถูกเลือก และสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย เก็บข้อมูลด้วยการสนทนากลุ่ม โดยใช้กรอบประเด็นการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion guide) เป็นเครื่องมือในการรวบรวมข้อมูล และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis)

ระยะที่ 2 ศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการ ประชากรกลุ่มเป้าหมาย คืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 35 คน เก็บข้อมูลด้วยการวิจัยเชิงปฏิบัติการ โดยใช้แบบประเมินความรู้เรื่องโรคเบาหวาน และการรับรู้พลังอำนาจในตนเอง ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เป็นเครื่องมือในการรวบรวมข้อมูล และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และ Paired Samples t-test

ระยะที่ 3 ประเมินความพึงพอใจรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ประชากรกลุ่มเป้าหมายคือ ผู้ป่วยโรคเบาหวาน จำนวน 35 คน เก็บข้อมูลด้วยเครื่องมือแบบประเมินความพึงพอใจรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าร้อยละ และค่าเฉลี่ย

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

โดยการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน มีค่า IOC ระหว่าง 0.67-1.00 จากนั้นนำแบบทดสอบความรู้เรื่องโรคเบาหวาน ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตรวจสอบความเชื่อมั่น โดยใช้สูตรคูเดอร์ซาริตสัน 20 (KR20) ได้ค่า 0.78 สำหรับแบบประเมินการรับรู้พลังอำนาจในตนเอง และแบบประเมินความพึงพอใจต่อการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ 0.77 และ 0.81 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย

ในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา รหัส KHE 2023-103 เมื่อวันที่ 25 ธันวาคม 2566 ถึงวันที่ 24 ธันวาคม 2567 ทั้งนี้ผู้วิจัยได้ชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธ การเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดการวิจัย มีการชี้แจงรายละเอียดของโครงการวิจัย โดยข้อมูลที่ได้รับการตอบแบบสอบถามไม่มีการ ระบุชื่อ และข้อมูลถูกนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น โดยไม่ส่งผลกระทบต่อกลุ่มตัวอย่าง

ผลการศึกษา

ระยะที่ 1 ผลการศึกษารับทราบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ด้วยการสนทนากลุ่ม พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ให้การดูแลผู้ป่วยเบาหวาน โดยการเป็นทีมร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในการดูแลแต่ละครั้งโดยจะได้รับการประสานจากเจ้าหน้าที่ว่าต้องติดตามรายใด และในประเด็นใด หรือการเข้าร่วมกิจกรรมรณรงค์การคัดกรองโรคเบาหวาน โดยแบ่งกิจกรรมที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ได้ปฏิบัติเป็น 2 กลุ่มกิจกรรม คือ 1) กิจกรรมที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ดำเนินการได้เอง เช่น การสำรวจกลุ่มเป้าหมาย การติดตามประสานกลุ่มเป้าหมายหรือผู้ป่วย และจัดทำข้อมูลสุขภาพ 2) กิจกรรมที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ร่วมเป็นทีมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เช่น ร่วมออกคัดกรองเชิงรุก ร่วมจัดกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ร่วมการจัดตั้งชมรมผู้ป่วยเบาหวาน และการติดตามเยี่ยมบ้าน

ด้านตัวผู้ป่วยเบาหวานเอง มีจำนวนหนึ่งที่ทำให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม แต่ยังมีผู้ป่วยอีกหลายคนที่ไม่เข้าร่วม ซึ่งแต่ละรายมีข้อจำกัดที่ต่างกัน เช่น ความเขินอาย วันที่มีการจัดกิจกรรมตนเองไม่สะดวก ไม่มีคนมาส่ง มีภาระที่จำเป็นต้องทำ เดินทางไปต่างพื้นที่ หรือบางคนแม้เข้าร่วมกิจกรรม แต่ไม่สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำเมื่อต้องทำโดยลำพังที่บ้านได้

การดูแลผู้ป่วยเบาหวานตามแนวทางเสริมพลังอำนาจ (Empowerment) พบว่า 1) การสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ไม่ได้ดำเนินการอย่างจริงจังเนื่องจากรู้จักคุ้นเคย 2) การค้นหาปัญหา การจัดลำดับปัญหา ไม่ได้ดำเนินการเนื่องจากมีข้อมูลจากทะเบียนประวัติการรักษาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอยู่แล้ว 3) การไตร่ตรองเป้าหมาย หาทางเลือกร่วมกันกับผู้ป่วย ไม่ได้ดำเนินการ เนื่องจากผู้ป่วยต้องทำตามคำแนะนำ การปฏิบัติตนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือแพทย์แนะนำ 4) การพัฒนาความสามารถหรือสอนแนะนำตามความต้องการของผู้ป่วย ก็ไม่มีกระบวนการรับฟังความต้องการของผู้ป่วย เนื่องจากเห็นว่าผู้ป่วยควรปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดมาแล้ว 5) การดำเนินการปฏิบัติตนเปลี่ยนพฤติกรรมโดยตัวผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล ที่ผ่านมานั้นให้ความรู้และตัวผู้ป่วยกลับไปปฏิบัติที่บ้านด้วยตนเอง 6) การประเมินความคงอยู่ของพฤติกรรม อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านไม่ได้ดำเนินการ เนื่องจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจะเป็นหลักในการดูแล โดยการนัดหมายผู้ป่วยทั้งหมดเข้ามารวบรวมรับกิจกรรม แต่ยังคงมีผู้ป่วยจำนวนหนึ่งไม่สามารถเข้าร่วมได้เนื่องจากข้อจำกัดที่บ้าน ซึ่งบางเรื่องไม่สามารถบอกกล่าวเจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้ทั้งหมด

ระยะที่ 2 ผลการศึกษาด้วยวิธีวิจัยเชิงปฏิบัติการ พบว่า

1) การวางแผนปฏิบัติการ (Planning)

ด้วยการประชุมเชิงปฏิบัติการกำหนดแผนการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผลการประชุมเชิงปฏิบัติการด้วยการประชุมวางแผนร่วมกัน และมีมติเห็นพ้องต้องกันว่าควรให้มีกิจกรรมเพื่อพัฒนาการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน จำนวน 3 กิจกรรม คือ

- อบรมเชิงปฏิบัติการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพิ่มเติมความรู้โรคเบาหวาน ทักษะการเยี่ยมเสริมพลัง และการให้คำแนะนำการปฏิบัติตนผู้ป่วยเบาหวาน ระยะเวลา 2 วัน

เนื่องจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านยังมีศักยภาพที่แตกต่างกันและต้องการเพิ่มความรู้และทักษะการเสริมพลังอำนาจ

- อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านนำความรู้และทักษะไปติดตามเยี่ยมเสริมพลังผู้ป่วยเบาหวาน 6 ขั้นตอน คือ 1) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล 2) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านร่วมกันพูดคุยหาปัญหาและจัดลำดับปัญหา 3) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านร่วมพิจารณาทางเลือกการจัดการปัญหา ร่วมกันกับผู้ป่วยและญาติ 4) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านให้คำแนะนำหรือสาธิตการดูแลตนเองแก่ผู้ป่วย 5) ผู้ป่วยปฏิบัติตนเปลี่ยนพฤติกรรมโดยตัวผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลตามที่คุยตกลงกันและจดบันทึก 6) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านติดตามผู้ป่วยต่อเนื่องและประเมินการดูแลตนเองใช้ระยะเวลา 6 เดือน ตามคำแนะนำของสมาคมเบาหวานแห่งประเทศไทย

- เพิ่มช่องทางการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ด้วย LINE application

ตารางที่ 1 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และผลการทดสอบ Paired Samples t-test การพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (N=35)

ตัวแปร	Pre-test Mean (SD)	Post-test Mean (SD)	Mean Difference	df	t	p
ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน	7.40 (0.75)	8.60 (0.54)	1.20	34	10.59	<0.001
การเสริมพลังอำนาจตนเอง	6.90 (1.21)	8.80 (0.81)	1.90	34	10.53	<0.001

2.2) ผลการติดตามเยี่ยมเสริมพลังผู้ป่วยเบาหวาน 6 ขั้นตอน พบว่ากิจกรรมเริ่มต้นจากวันที่มีคลินิกเบาหวานที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยการให้ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เข้าไปพูดคุยกับผู้ป่วยเป้าหมายที่ต้องดูแล โดยมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขแนะนำเบื้องต้นและ อาสาสมัครสาธารณสุข

2) การดำเนินการตามแผนปฏิบัติการ (Action)

2.1) ผลการอบรมเชิงปฏิบัติการพัฒนาศักยภาพ

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ระยะเวลา 2 วัน เริ่มด้วยการทดสอบก่อนการอบรม (Pre-test) ต่อจากนั้นจึงให้ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยา การจัดการปัญหา และการเสริมพลังอำนาจตนเอง สิ้นสุดการอบรมด้วยการทดสอบหลังการอบรม (Post-test) ซึ่งกลุ่มเป้าหมายเข้าร่วมอบรม จำนวน 35 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 85) มีอายุอยู่ในช่วง 51 - 60 ปี (ร้อยละ 43) อายุเฉลี่ย 52 ปี มีการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 44) เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมาแล้วเฉลี่ย 14.50 ปี ผลการประเมินความรู้ก่อนและหลังการอบรม พบว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยคะแนนความรู้เฉลี่ยหลังการอบรม ($M = 8.60, SD = 0.54$) สูงกว่าคะแนนเฉลี่ยก่อนการอบรม ($M = 7.40, SD = 0.75$) นอกจากนี้คะแนนการรับรู้พลังอำนาจของตนเอง หลังการอบรม ($M = 8.80, SD = 0.81$) ก็สูงกว่าก่อนการอบรม ($M = 6.90, SD = 1.21$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ดังตารางที่ 1

ประจำหมู่บ้านแนะนำตัว บอกกล่าวว่าเป็นผู้ติดตามเยี่ยมบ้านโดยจะใช้ เวลา 60 นาที และตกลงวันที่จะติดตามเยี่ยมต่อจากนั้นในวันเยี่ยมบ้านอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เริ่มต้นด้วยการให้บริการวัดความดันโลหิต ตรวจเบาหวานปลายนิ้ว จับชีพจร นับหายใจ บันทึกดัชนีมวลกาย ประเมินพฤติกรรม

สุขภาพ และแนะนำการดูแลสุขภาพ เพื่อสร้างความเชื่อมั่น แล้วจึงพูดคุย ตามลำดับขั้นตอนการเสริมพลังอำนาจ (Empowerment) 6 ขั้นตอน ซึ่งอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านส่วนใหญ่สามารถดำเนินการตามขั้นตอนที่ 1-4 และ 6 ได้ ส่วนขั้นตอนที่ 5 ที่ผู้ป่วยเบาหวานและญาติต้องปฏิบัติตามตามข้อตกลงนั้น ยังทำได้บ้างไม่ได้บ้าง ในเดือนที่ 1-2 เนื่องจากตามแผนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จะขอมาติดตาม เดือนละ 1 ครั้ง หลังจากเดือนที่ 2 จึงขอผู้ป่วยว่าจะติดตามพูดคุย เพิ่มเติมผ่าน LINE application สัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง ทำให้ผู้ป่วยลดการลงลิ้มหรือหย่อนยานการปฏิบัติตามลงได้มาก หลังสิ้นสุด ระยะเวลา 6 เดือน มีผู้ป่วยเบาหวานที่สามารถยุติการติดตามเยี่ยมเสริมพลังผู้ป่วยเบาหวานอย่างใกล้ชิดได้ จำนวน 30 คน (ร้อยละ 85.00) โดยการประเมินของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านโดยใช้หลักการหากผู้ป่วยและครอบครัว สามารถดำเนินการได้ 3 อย่าง คือ รับประทานยาต่อเนื่อง เปลี่ยนพฤติกรรม เช่น ลดแป้ง เพิ่มผัก ขยับร่างกาย หลังอาหาร และติดตามระดับน้ำตาลในเลือดตนเองได้ ซึ่งแสดงถึงผู้ป่วยมีพลังใจเพียงพอในการจัดการกิจวัตรตนเอง อีกทั้งครอบครัวให้ความร่วมมือจัดเตรียมสิ่งอำนวยความสะดวก แต่ยังมีผู้ป่วยอีก 5 คน ยังต้องติดตามเยี่ยมต่อเนื่อง เนื่องจากเป็นผู้สูงอายุ และผู้ดูแลเป็นคู่สมรสที่สูงอายุ และยังไม่สามารถปฏิบัติตามและจัดการตนเองได้สม่ำเสมอเพียงพอ

3) สังเกตการณ์ ติดตามและประเมินผล (Observation) พบว่า ช่วงก่อนเริ่มต้นการวิจัย อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ไม่มั่นใจในความรู้ เรื่องโรคเบาหวานและทักษะการดูแลเพียงพอต่อการให้ คำแนะนำ จึงเสนอให้มีการอบรมเรื่องความรู้ โรคเบาหวาน เสนอให้เพิ่มช่องทางการติดต่อผ่านไลน์ ซึ่ง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ให้ความสนใจ การเยี่ยมเสริมพลังผู้ป่วยเบาหวาน เนื่องจาก อาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ทราบดีว่า ผู้ป่วยแต่ละคน มีปัญหาและข้อจำกัดแตกต่างกัน การเข้าไปจัดการ

กับผู้ป่วยแต่ละคนเป็นเรื่องยาก ช่วงดำเนินการอบรมพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านให้มีความสนใจเข้าร่วมกิจกรรมครบตลอดกิจกรรมต่อนั้นจึงเป็นขั้นตอน การติดตามเยี่ยมเสริมพลังซึ่งอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ทุกคนมีความตั้งใจจะออกเยี่ยมเสริมพลังผู้ป่วยเบาหวาน โดยมีการตกลงกันระหว่าง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และผู้ป่วยเบาหวาน ถึงวันแรกที่จะไปเยี่ยมบ้าน โดย อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านแต่ละท่านลงไปเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเพียงลำพัง เพื่อความเป็นธรรมชาติ และเป็นกันเองระหว่างอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและผู้ป่วย การเยี่ยมบ้านครั้งแรกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ทุกคนผ่านไปด้วยดีและนำกลับมาแลกเปลี่ยนพูดคุยกัน ในเดือนที่ 2 จะพบเจอปัญหามากที่สุดคือการปฏิบัติตามข้อตกลงของผู้ป่วยทำได้บ้าง ไม่ได้บ้าง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านแต่ละคนก็ต้องเพิ่มทักษะการให้คำแนะนำความรู้เฉพาะเรื่องที่ตรงกับผู้ป่วยที่ตนเองดูแล

การใช้ LINE application พบว่า อาสาสมัคร
สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน สามารถแยกแยะการสื่อสาร
ผ่านไลน์กลุ่ม เฉพาะเรื่องที่เป็นกรณีนัดหมายหรือความรู้
ทั่ว ๆ ไป ส่วนการปรึกษาปัญหาของผู้ป่วยรายบุคคล
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ใช้ไลน์ส่วนตัว
ของผู้ป่วยรายนั้น ๆ และพบว่า อาสาสมัครสาธารณสุข
ประจำหมู่บ้านบางคน ก็ขอให้เจ้าหน้าที่ลงติดตาม
เยี่ยมร่วมกับตนเองในบางครั้งเพื่อเพิ่มความมั่นใจ

4) การสะท้อนผล (Reflect) จากการถอดบทเรียนการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่าขั้นตอนการเยี่ยมเสริมพลังผู้ป่วยเบาหวานเฉพาะรายของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความเหมาะสมกับผู้ป่วย รายที่ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หรือมีอุปสรรคในการดูแลตนเองที่บ้าน ซึ่งอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ต้องทบทวนเวลา ทักษะ และให้ความสนใจเป็นพิเศษ การมีไลน์เฉพาะบุคคล ทำให้สะดวก

ในการสื่อสาร ทั้งข้อความและภาพ แต่ที่สำคัญผู้ป่วยต้องเชื่อใจอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่เข้าไปดูแล จากการสะท้อนผลร่วมกัน พบว่าปัจจัยสำคัญสู่ความสำเร็จคือ ความมั่นใจของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ทั้งในด้านความรู้และทักษะการเสริมพลัง เป็นสิ่งที่ผู้ป่วยให้ความสำคัญและเปิดใจรับฟัง และผู้วิจัยได้ให้ข้อพึงระวังการนำข้อมูลส่วนบุคคลมาเผยแพร่ เช่น การเอ่ยนามตัวบุคคลหรือลงในโซเชียลมีเดีย ผลการประเมินความพึงพอใจต่อการดูแลผู้ป่วยเบาหวานต่อเนื่อง โดย อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านพบว่า ผู้ป่วยมีความพึงพอใจร้อยละ 87.00

อภิปรายผลการวิจัย

ผลการศึกษารับทราบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านพบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ปฏิบัติงานร่วมเป็นทีมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการดูแลผู้ป่วยในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน การดำเนินการส่วนใหญ่จะรอการประสานจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขว่าต้องดำเนินการเรื่องใดบ้าง ยังไม่มีรูปแบบการดูแลผู้ป่วยในชุมชน ซึ่งการศึกษาของ ศาสตราจารย์ ดร.ไชยอำมาตย์ และคณะ (2565) พบว่าหากพึ่งพาการดูแล โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพียงลำพัง จะไม่สามารถให้การดูแลได้ครอบคลุม และไม่สามารถให้ความรู้การปฏิบัติตัวอย่างละเอียด เนื่องจากภาระงานจำนวนมาก อีกทั้งศิริประภา สิทธิพานิช และคณะ (2565) ก็พบว่าจุดแข็งของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่สามารถให้การดูแลผู้ป่วยเบาหวานอย่างต่อเนื่องและใกล้ชิด เนื่องจาก อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตั้งบ้านเรือนอยู่ใกล้กับผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยเกิดปัญหาสามารถให้คำปรึกษาได้ทันที จะทำให้ผู้ป่วยเชื่อมั่นในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ในการศึกษานี้ มุ่งเน้นกิจกรรมที่สำคัญคือการเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowerment) ให้แก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยการอบรมความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน และความรู้การเสริมพลังอำนาจ เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยเบาหวานอย่างใกล้ชิด

และต่อเนื่อง ส่งผลให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีความมั่นใจในการติดตามเยี่ยม ให้คำแนะนำการปฏิบัติตน และเสริมพลังใจแก่ผู้ป่วยเบาหวาน ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานสามารถจัดการดูแลตนเองได้ สอดคล้องกับการศึกษาของศาสตราจารย์ ดร.ไชยอำมาตย์ และคณะ (2568) ที่ได้ศึกษารูปแบบการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ด้วยการนับคาร์บโดยกลไกอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่พบว่าทำให้บริการของหน่วยบริการมีความแออัดเนื่องจากมีผู้รับบริการจำนวนมาก จึงศึกษาพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานโดยครอบครัว โดยกลไกอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ด้วยวิธีการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อทำหน้าที่เป็นโค้ชในการดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองดีขึ้น ระดับน้ำตาลในเลือดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) เช่นเดียวกับ จุฑามาศ นักบุญ (2560) ที่ได้ศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ต่อการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ต่ำลงและสุข อำเภอรินชาราบ จังหวัดอุบลราชธานี โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จะได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ ซึ่งหลังการทดลองพบว่าผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลตนเองด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยา สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จึงสรุปได้ว่าการพัฒนาศักยภาพโดยการให้โปรแกรมเสริมพลังอำนาจแก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ส่งผลต่อการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 7 ขั้นตอนในการศึกษานี้ ได้ประยุกต์จากแนวทางการเสริมพลังอำนาจแก่ผู้ป่วยเบาหวาน ของสถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ กรมการแพทย์ (2553) ซึ่งประกอบด้วย 6 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การสร้างสัมพันธภาพ 2) การหาปัญหาและจัดลำดับปัญหา

3) ร่วมพิจารณาเป้าหมาย 4) ให้คำแนะนำตามความต้องการของผู้ป่วย 5) ปฏิบัติตนเปลี่ยนพฤติกรรม 6) ติดตามประเมินพฤติกรรม มีความแตกต่างกับการศึกษาของทตติกา ฉัตรชัยพันธ์ และคณะ (2559) ที่มี 4 ขั้นตอนคือ 1) ค้นหาสภาพจริง 2) สะท้อนคิด 3) ตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติ 4) ปฏิบัติและคงพฤติกรรมไว้ และแตกต่างจากแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Bishop et al.(1988) ที่กำหนดไว้ 5 ขั้นตอนคือ 1) การผ่านประสบการณ์ 2) การระบุประสบการณ์ 3) การวิเคราะห์ 4) การวางแผน 5) การปฏิบัติจึงแสดงให้เห็นว่าขั้นตอนการเสริมพลังอำนาจ สามารถปรับประยุกต์ใช้ได้เพื่อให้เหมาะกับบริบทและความพร้อมของผู้นำไปปฏิบัติ แต่สิ่งสำคัญคือการปฏิบัติตามแผนหรือข้อตกลงระหว่าง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และผู้ป่วย และติดตามอย่างต่อเนื่อง (สมาคมเบาหวานแห่งประเทศไทย, 2566) เป็นปัจจัยสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ป่วยเบาหวานสามารถจัดการดูแลตนเองได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ ณัฐฉิรณ พันธ์มุง และคณะ (2567) ที่พบว่าการติดตามดูแลต่อเนื่อง คือปัจจัยความสำเร็จของการดำเนินงานสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานเข้าสู่ระยะสงบ

การเลือกกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน เพื่อการเยี่ยมเสริมพลังของการศึกษานี้ ใช้การเลือกกลุ่มเป้าหมายแบบเจาะจง โดยเลือกอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 1 คน ดูแลผู้ป่วย 1 คน เพื่อความสัมพันธ์ใกล้ชิดและไม่เป็นภาระของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมากเกินไป สามารถใช้เวลาในการร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาการจัดการตนเองของผู้ป่วย ร่วมวางแผนแก้ปัญหา ทดลองปฏิบัติ และปรับปรุงการปฏิบัติให้เหมาะกับบริบทของผู้ป่วยได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ชุตติมา เลิศอาวุธ และคณะ (2568) ที่ใช้รูปแบบการจับคู่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกับผู้ป่วยเบาหวาน โดยเลือกผู้ป่วยเบาหวานที่ประสบปัญหาหรือมีอุปสรรคการเข้ารับบริการที่โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน ซึ่งมีจำนวนไม่มากจนเกินไป เนื่องจากรูปแบบ

นี้ต้องใช้เวลา การทำความเข้าใจบริบทของผู้ป่วยและการดูแลใกล้ชิด อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จึงสามารถคอยเตือนผู้ป่วยที่ตนเองดูแล ให้เข้ารับบริการหรือปฏิบัติตามคำแนะนำทั้งการติดตามเยี่ยมและการใช้แอปพลิเคชันทำให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการมากขึ้น

การศึกษานี้ยังมีข้อจำกัดในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน อีกจำนวนหนึ่งที่ต้องติดตามต่อเนื่อง เนื่องจากเป็นผู้สูงอายุ และผู้ดูแลเป็นคู่สมรสที่เป็นผู้สูงอายุเช่นเดียวกัน แสดงให้เห็นว่าการสนับสนุนจากบุคคลรอบข้างยังไม่เพียงพอต่อการจัดการกิจวัตรต่าง ๆ ซึ่งเป็นอีกปัจจัยสำคัญนอกเหนือจากตัวผู้ป่วยเอง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ณัฐฉิรณ พันธ์มุง และคณะ (2568) ที่พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมและอายุ เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 โดยสรุป การวิจัยนี้ยืนยันว่าการเสริมพลังอำนาจให้แก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เป็นกลยุทธ์สำคัญที่ส่งผลต่อการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยรูปแบบการดูแลที่เน้นความเฉพาะรายบุคคลและการติดตามอย่างต่อเนื่องเป็นหัวใจของความสำเร็จ

สรุปผลการวิจัย

รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ประกอบด้วย 7 ขั้นตอน ได้แก่ 1) พัฒนาศักยภาพการเยี่ยมเสริมพลังแก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 2) สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยเบาหวาน 3) ร่วมวิเคราะห์ปัญหาของผู้ป่วยเบาหวาน 4) ร่วมหาทางเลือกกับผู้ป่วยเบาหวาน 5) เยี่ยมเสริมพลัง 6) ผู้ป่วยเบาหวานดูแลตนเอง และ 7) ติดตามผลการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ซึ่งมีผลการดำเนินงานพบว่า ผู้ป่วยเบาหวานร้อยละ 85.00 สามารถดูแลตนเองได้ตามเป้าหมายที่วางไว้ และมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลสูงถึงร้อยละ 87.00 ซึ่งชี้ให้เห็นว่าการวิจัยเชิงปฏิบัติการและการเสริมพลังอำนาจให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน สามารถพัฒนารูปแบบการดูแลที่เหมาะสมกับบริบทชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและการนำไปใช้

1) รูปแบบการดูแล 7 ขั้นตอนนี้ สามารถนำไปขยายผลเพื่อใช้กับผู้ป่วยเบาหวานที่มีปัญหาการจัดการตนเองในพื้นที่อื่น ๆ

2) รูปแบบการเยี่ยมเสริมพลังนี้ สามารถประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอื่น ๆ เช่น โรคความดันโลหิตสูง หรือผู้ป่วยติดเตียง เพื่อเพิ่มคุณภาพการดูแลในชุมชน

3) ควรคัดเลือกอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่มีศักยภาพและสมัครใจเข้าร่วมในระยะแรก เพื่อสร้างต้นแบบความสำเร็จ และพัฒนาให้ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน รุ่นแรกนี้เป็นพี่เลี้ยงขยายผลสู่รุ่นต่อไป

2. ข้อควรคำนึงและปัจจัยสู่ความสำเร็จในการปฏิบัติ

1) การสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและผู้ป่วย ถือเป็นหัวใจสำคัญ และเป็นขั้นตอนแรกที่ต้องให้ความใส่ใจเป็นพิเศษ เพื่อสร้างความไว้วางใจ

2) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ต้องได้รับการพัฒนาจนเกิดความมั่นใจในตนเองและมีทักษะการประเมินผู้ป่วย เพื่อให้สามารถตัดสินใจร่วมกับผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสมว่าจะยุติการดูแลอย่างใกล้ชิดเมื่อใด

3) ควรมีการสร้างระบบให้กำลังใจและเชิดชูเกียรติแก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่สามารถดูแลผู้ป่วยได้สำเร็จ เพื่อรักษาพลังใจในการทำงานและต่อยอดสู่การดูแลผู้ป่วยรายอื่น ๆ ต่อไป

ข้อเสนอแนะเพื่อการศึกษาครั้งต่อไป

1) ควรศึกษารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อชนิดอื่น เช่น โรคความดันโลหิตสูง โดยการเสริมพลังอำนาจของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

2) ควรมีการศึกษาติดตามการดำเนินการรูปแบบนี้ต่อไปอีกระยะ เพื่อติดตามความยั่งยืนในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน

3) ควรศึกษาต่อเนื่องเพื่อค้นหาหลักเกณฑ์การยุติการเยี่ยมเสริมพลัง เมื่อผู้ป่วยและครอบครัวดูแลตนเองได้ เนื่องจาก อาสาสมัครสาธารณสุขประจำ

หมู่บ้าน ไม่ควรให้การดูแลลักษณะนี้นานเกินไป ควรมุ่งเน้นการดูแลและจัดการตนเองของครอบครัวผู้ป่วย

เอกสารอ้างอิง

กระทรวงสาธารณสุข. (2554). *แนวทางการดำเนินงานโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)*. สำนักโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.

กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2564). *สถานการณ์ผู้ป่วยเบาหวาน ปี 2563*. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2557). *ระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พ.ศ. 2554 พร้อมด้วยกฎระเบียบที่เกี่ยวข้อง*. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

จุฑามาศ นักบุญ. (2560). *ผลของโปรแกรมการเสริมพลังอำนาจอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี.

ชุตินา เลิศอาวุธ, โสภิตา ยอดยิ่ง, และจิราพร ถาวรสุข. (2568). การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลบ้านขวน อำเภอบำเหน็จณรงค์ จังหวัดชัยภูมิ. *วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ*, 21(1), 104-114.

ณัฐฉัตร พันธ์มุง, นิธิฐา ศรีสวัสดิ์, พนิดา เจริญกรุง และศศิ ภรณ์ สารแสง. (2567). ปัจจัยความสำเร็จของการดำเนินงานสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานเข้าสู่ระยะสงบ. *วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ*, 20(2), 17-26.

ณัฐฉัตร สุริยะ, เกศกนก ดีพรม, วิศรุตดา ดีเมืองชัย, อรัญญา ชัยธวัชพิบูลย์, และคณิศร ครุพันธ์. (2568). ปัจจัยที่ส่งผลต่อระดับน้ำตาลในเลือดในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอเมืองจังหวัดมหาสารคาม. *วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์*, 17(2), 208-224.

- ประภา สิทธานิช, จิราภรณ์ ขอสุข, กาญจนา ไชยมาตร และมาตี ชันสัมฤทธิ์. (2565). ประสิทธิภาพของการพัฒนาศักยภาพ อสม. ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ในคลินิกหมอครอบครัว. *ยโสธรเวชสาร*, 24(2), 36-48.
- ราชวิทยาลัยแพทยเวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย. (2565). *แนวทางการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ให้เข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวดสำหรับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข*. กรุงเทพฯ: ราชวิทยาลัยแพทยเวชศาสตร์ครอบครัว.
- โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจารย์ตำรา. (2565). *รายงานประจำปี 2565*. นครราชสีมา : โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจารย์ตำรา.
- สาคร ไชยอำมมาตย์, ปรีชา ชัยอนันต์, และจิราภรณ์ ชิตตรกุล. (2568). การพัฒนารูปแบบการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ด้วยการนับคาร์บโดยกลไกอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและภาคีเครือข่ายชุมชนจังหวัดเชียงใหม่. *วารสารสาธารณสุขมูลฐาน (ภาคเหนือ)*, 35(2), 67-76.
- สมาคมเบาหวานแห่งประเทศไทย. (2566). *แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2566*. กรุงเทพฯ: บริษัท ศรีเมืองการพิมพ์ จำกัด.
- สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ กรมการแพทย์. (2553). *การให้ความรู้เพื่อการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเอง*. กรุงเทพฯ: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.
- สุวิมล ว่องวานิช. (2555). *การวิจัยปฏิบัติการในชั้นเรียน*. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา. (2565). *ระบบฐานข้อมูล HDC*. สืบค้นจาก https://nma.hdc.moph.go.th/hdc/reports/report.php?&cat_id=6966b0664b89805a484d7ac96c6edc48&id=953a2fc648be8ce76a8115fbb955bb51.
- สำรว ว่องไวฤทธิ์. (2568). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ตำบลบ้านโพธิ์ อำเภอมืองจังหวัดตรัง. *วารสารวิชาการเพื่อการพัฒนาสุขภาพปฐมภูมิและสาธารณสุข*, 3(1), 141-156.
- Bishop, A. et al. 1988. *A collection of popular education resource and activities*. Ontario: CUSO education department.
- Kemmis, S. & McTaggart, R. (1988). *The Action Research (3rd ed.)*. Victoria: Deakin University. Pearson TL, Bardsley J, Weiner S, Kolb L. Population health: the diabetes educator's evolving role. *Diabetes Educ* 2019; 45: 333-48.
- World Health organization. (2019). *Classification of Diabetes Mellitus*. Geneva: April. สืบค้นจาก <https://www.who.int/publications/i/item/classification-of-diabetes-mellitus>

ประสบการณ์และทัศนคติของผู้ป่วยมะเร็งในการใช้น้ำต้มใบมะละกอ :
การศึกษาแบบผสมผสาน
CANCER PATIENTS' EXPERIENCES AND ATTITUDES TOWARD
PAPAYA LEAF DECOCTION: A MIXED METHODS RESEARCH

ปรีชา นูติม, พิมพ์ลดา พงษ์ชัยชานนท์, ชุติวัด หยูทองอินทร์, จักรเวทย์ ต้นแทน,
ศรีสุภักดิ์ นันทา, ลักขณา รามวงศ์, ยุทธนา บุญกัน, เจนจิรา สุขเจริญจิต*, เขมานันท์ จูมทอง
Precha Nootim, Pimlada Pongchaichanon, Chutiwat Yuthong-in, Jagavet Tontan,
Srisupak Nantha, Lakkana Ramwong, Yuttana Boonkan, Jenjira Sukcharoenjit*, Kaemanun Joomthong
กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข
Department of Thai Traditional and Alternative Medicine
Corresponding author E-mail: jenjirajane84@gmail.com*

Received: 18 Aug., 2025

Revised: 22 Oct., 2025

Accepted: 27 Oct., 2025

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสบการณ์และทัศนคติของผู้ป่วยโรคมะเร็งต่อการใช้น้ำต้มใบมะละกอในการดูแลสุขภาพ การศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบผสมผสานระหว่างการวิจัยเชิงปริมาณและงานวิจัยเชิงคุณภาพ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่มีประวัติเป็นโรคมะเร็งและมีประสบการณ์การใช้น้ำต้มใบมะละกอในการดูแลสุขภาพ ระยะเวลาเก็บข้อมูลตั้งแต่เดือน มกราคม ถึง มีนาคม 2567 หลังได้รับอนุมัติจริยธรรมในมนุษย์ โรงพยาบาลการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน เลขที่ T001/67_EXP โดยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์เชิงลึกชนิดกึ่งโครงสร้าง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และบรรยายเชิงเนื้อหาให้เห็นถึงประสบการณ์และทัศนคติการใช้น้ำต้มใบมะละกอ ของผู้ป่วยโรคมะเร็งในการดูแลสุขภาพ

ผลการศึกษากลุ่มตัวอย่างจำนวน 18 คน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นมะเร็งเต้านม ร้อยละ 38.89 ที่มีสถานะรักษาครบตามแผนการรักษาของแพทย์แผนปัจจุบัน แต่มีความประสงค์ที่จะเสริมการดูแลสุขภาพด้วยการดื่มน้ำต้มใบมะละกอ ซึ่งเตรียมโดยการต้มเคี่ยวครั้งละ 1 แก้วกาแฟ รับประทานวันละ 2-3 เวลา ผลการประเมินตนเองของกลุ่มตัวอย่างหลังการดื่มน้ำต้มใบมะละกอ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (n=10) รายงานว่ามีอาการทั่วไปดีขึ้น ได้แก่ รับประทานอาหารได้มากขึ้น นอนหลับดีขึ้น และมีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น อย่างไรก็ตาม บางรายมีอาการไม่พึงประสงค์หลังการใช้ เช่น การขับถ่ายเพิ่มขึ้นผิดปกติ อาการปวดมวนท้อง และอาการพะอืดพะอม ขณะเดียวกัน กลุ่มตัวอย่างบางรายไม่สามารถประเมินผลลัพธ์หลังการดื่มน้ำต้มใบมะละกอได้อย่างชัดเจน ด้านทัศนคติ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความคาดหวังว่าน้ำต้มใบมะละกออาจช่วยบรรเทาอาการเจ็บป่วยที่เกี่ยวข้องกับโรคมะเร็งได้

การศึกษานี้จึงสะท้อนให้เห็นถึงประสบการณ์การใช้สมุนไพรดังกล่าวในเชิงพื้นฐานของผู้ป่วยแต่ละบุคคล ซึ่งผลลัพธ์ที่ได้รับมีความแตกต่างกันไป ทั้งนี้ ยังมีความจำเป็นต้องดำเนินการศึกษาวิจัยทางคลินิกเพิ่มเติมเพื่อประเมินประสิทธิผลและความปลอดภัยของการใช้น้ำต้มใบมะละกอในผู้ป่วยมะเร็งอย่างเป็นระบบต่อไปในอนาคต

คำสำคัญ : ประสบการณ์; ทัศนคติ; ใบมะละกอ; ผู้ป่วยมะเร็ง; การวิจัยแบบผสมผสาน

Abstract

This mixed-methods research aimed to investigate the experiences and attitudes of cancer patients toward the use of papaya (*Carica papaya* L.) leaf decoction for health care. The study employed both quantitative and qualitative research designs. Participants were individuals with a history of cancer who had prior experience using papaya leaf decoction as part of their self-care practices. Purposive sampling was used to recruit eligible participants. Data collection was conducted from January to March 2024, following approval from the Human Research Ethics Committee of the Thai Traditional and Integrative Medicine Hospital (Approval No. T001/67_EXP). Semi-structured in-depth interviews were employed as the primary data collection method. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics, while qualitative data were analyzed through content analysis to describe participants' experiences and attitudes regarding the use of papaya leaf decoction in health care.

Among the 18 participants, most were breast cancer patients (38.89%) who had completed conventional medical treatment but wished to complement their care with papaya leaf decoction. Typically, the decoction was prepared by boiling papaya leaves and consuming approximately one coffee cup per dose, two to three times daily. Based on self-assessments, most participants (n=10) reported general improvements in their overall condition, including increased appetite, better sleep, and weight gain. However, some reported adverse effects such as increased bowel movements, abdominal discomfort, and nausea. A few participants were unable to clearly assess the effects of the decoction on their condition.

This study demonstrates the diverse individual experiences of patients using papaya leaf decoction, with variations observed in the outcomes reported. However, further systematic clinical investigations are warranted to comprehensively evaluate its efficacy and safety in cancer patients.

Keywords: Experience; Attitudes; Papaya leaf; Cancer patients; Mixed-methods research

บทนำ

จากรายงานขององค์การอนามัยโลกโดยสำนักงานวิจัยมะเร็งระหว่างประเทศเปิดเผยในปี 2022 ประเมินการล่าสุต มีผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ทั่วโลกประมาณ 20 ล้านรายและผู้เสียชีวิต 9.7 ล้านราย มะเร็งปอดเป็นมะเร็งที่พบได้บ่อยที่สุดทั่วโลก คิดเป็น 12.4% ของผู้ป่วยรายใหม่ทั้งหมด มะเร็งเต้านมในผู้หญิงอยู่ในอันดับสอง 11.6% มะเร็งลำไส้ใหญ่ 9.6% มะเร็งต่อมลูกหมาก 7.3% และมะเร็งกระเพาะอาหาร 4.9% (World Health Organization, 2024) โรคมะเร็ง

ในประเทศไทย รายงานปี 2016-2018 พบว่า เพศชาย 147.5 ราย เพศหญิง 141.8 ต่อ แสนประชากร เพศชายพบโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดี ส่วนเพศหญิงพบมะเร็งเต้านมมากที่สุด ซึ่งมีอัตราการเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง กระทรวงสาธารณสุข โดยกรมอนามัยรายงานปี 2565 พบว่ามีผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในระยะที่ลุกลามจำนวน 38,559 ราย ซึ่งนับว่าเป็นจำนวนที่สูงมากทั้งนี้อาจเนื่องจากในระยะแรกของการเป็นมะเร็งเต้านมจะไม่แสดงอาการ ไม่เจ็บ ไม่ปวด จะปรากฏอาการผิดปกติให้เห็น เมื่ออยู่ในระยะที่ก้อนมะเร็งมีการอักเสบ

และลูกหลานแล้ว ซึ่งเสี่ยงต่อการเสียชีวิตสูงมาก ดังนั้น กรมอนามัยจึงมีข้อเสนอแนะควรตรวจเต้านมด้วยตนเองเป็นประจำทุกเดือน และมีการคัดกรองเบื้องต้น และแนะนำให้สตรีที่อายุเกิน 40 ปีตรวจมะเร็งเต้านมทุกปี หากพบมะเร็งเต้านมในระยะแรกสามารถรักษาให้หายขาดได้ (กรมอนามัย, 2566)

การรักษาโรคมะเร็งยังต้องเป็นการรักษาตามมาตรฐานทางการแพทย์ แต่การตัดสินใจที่จะนำการแพทย์ดั้งเดิม การแพทย์เสริม การแพทย์ทางเลือกอื่น ๆ (Traditional, Complementary, and Alternative Medicine (TCAM)) เข้ามาใช้ในการดูแลรักษามะเร็งร่วมกับการรักษามาตรฐานนั้น มีความซับซ้อน โดยได้รับอิทธิพลจากปัจจัยต่าง ๆ มากมาย รวมถึงทัศนคติและความเชื่อ ระยะของโรค สถานะทางสังคมและเศรษฐกิจ และบริบททางวัฒนธรรม แม้ว่าจะมีข้อมูลเกี่ยวกับการนำศาสตร์การแพทย์ทางเลือกอื่น รวมทั้งการนำสมุนไพรมาใช้ร่วมกันในการดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็งเป็นจำนวนมาก แต่การวิจัยที่จะยืนยันถึงประสิทธิผลและความปลอดภัยของการใช้ยังมีข้อจำกัด ขาดข้อมูลการวิจัยทางคลินิกจึงทำให้มีข้อโต้แย้งในทางการแพทย์และยังไม่สามารถที่จะนำการแพทย์อื่น ๆ มาเป็นมาตรฐานในการรักษาโรคมะเร็งได้ โดยเฉพาะมะเร็งบางชนิดที่ตรวจพบในระยะแรกสามารถรักษาให้หายขาดได้ด้วยการรักษาตามมาตรฐาน (Yin et al, 2013)

ปัจจุบันเป็นยุคของข้อมูลข่าวสารที่ประชาชนสามารถเข้าถึงได้ง่าย มีทั้งข้อมูลที่เป็นจริงและข้อมูลที่ไม่เป็นจริงจำนวนมาก ผู้ป่วยมะเร็งซึ่งเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีความเปราะบางทั้งร่างกาย จิตใจ ผู้ป่วยมักตั้งคำถามเกี่ยวกับคุณภาพของบริการ การแสวงหาทางเลือกในการดูแลส่งเสริมสุขภาพ เป็นเรื่องที่ท้าทายโดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ในบางประเทศได้นำการให้คำปรึกษาและการรักษาศาสตร์การแพทย์ทางเลือกอื่น ๆ รวมถึงการรักษาด้วยสมุนไพรมาใช้ในศูนย์รักษามะเร็งชั้นนำหลายแห่ง แต่มีเพียงไม่กี่ศูนย์เท่านั้นที่บูรณาการบริการเหล่านี้เข้ากับการรักษามะเร็ง

แบบเดิมอย่างสมบูรณ์ในฐานะส่วนหนึ่งของการดูแลมาตรฐาน ซึ่งมักจะเป็นการนำศาสตร์มาบูรณาการในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่เป็นผู้ป่วยต้องการดูแลแบบ palliative (Ashrafizadeh & Rassouli, 2023)

ในปี 2567 รองนายกรัฐมนตรีได้เปิดเผยผ่านสื่อมวลชนว่ามีผู้ป่วยโรคมะเร็งหลายคนหายทั้งมะเร็งเต้านม มะเร็งลำไส้ มะเร็งปอด ฯลฯ และเล่าประสบการณ์การดื่มน้ำต้มใบมะละกอ พบว่ายังสามารถ ใช้ชีวิตอย่างปกติ (เจาะลึกระบบสุขภาพ, 2567) ซึ่งเป็นประเด็นที่มีการถกเถียงในทางวิชาการและสาธารณสุข เนื่องจากยังไม่เคยมีรายงานวิจัยในสัตว์ทดลองและในมนุษย์ที่จะยืนยันได้ว่ามีฤทธิ์การต้านมะเร็ง กรณีของใบมะละกอ ในการรักษาโรคมะเร็ง ยังมีข้อมูลเชิงวิชาการที่จำกัด แต่พบการศึกษาในหลอดทดลอง พบฤทธิ์ต้านเซลล์มะเร็งในช่องปาก มะเร็งลิ้น มะเร็งเต้านม และมะเร็งต่อมลูกหมาก แต่ไม่พบความเป็นพิษต่อเซลล์ปกติ โดยออกฤทธิ์ของสารสกัดใบมะละกอนั้นจะไปยับยั้งการแบ่งตัว และต้านการแพร่กระจายของเซลล์มะเร็ง ช่วยลดการอักเสบ ยับยั้งการเกิดอนุมูลอิสระ และเสริมภูมิคุ้มกัน (Morimoto and Dang, 2008) นอกจากการศึกษาในหลอดทดลองแล้วพบว่ามีกรายงานกรณีศึกษาประสบการณ์ใช้ของผู้ป่วยบางรายที่มีการนำน้ำใบมะละกอมาดูแลรักษาอาการโรคมะเร็ง ซึ่งเป็นกรณีผู้ป่วยหญิง อายุ 59 ปี เป็นมะเร็งต่อมน้ำลาย โดยจากข้อมูลพบว่าผู้ป่วยดื่มน้ำต้มใบมะละกอละ 60 มิลลิลิตร หลังรับประทาน 3 เดือน ตรวจค่าความสมบูรณ์ของเม็ดเลือดดีขึ้น อีกรายเป็นผู้ป่วยเพศชาย อายุ 66 ปี ป่วยเป็นมะเร็งเม็ดเลือดขาว รับประทานน้ำต้มใบมะละกอครั้งละ 60 มิลลิลิตร นาน 6 เดือนพบว่า สามารถเพิ่มจำนวนเซลล์เม็ดเลือดแดงและจำนวนเกล็ดเลือดได้ (พิมพ์ลดา พงศ์ชัยขานนท์ และคณะ, 2567)

จากสถานการณ์ดังกล่าวการศึกษาข้อมูลจากผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มีประสบการณ์และทัศนคติ โดยการใช้ทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผลซึ่งอธิบายว่ามนุษย์ทุกคนย่อมมีเหตุผลและใช้ข้อมูลที่ตนมีอยู่

อย่างเป็นระบบซึ่งพิจารณาผลจากการกระทำของตน ก่อนตัดสินใจลงมือกระทำหรือไม่กระทำพฤติกรรมใด พฤติกรรมหนึ่ง พฤติกรรมของบุคคลจึงอยู่ภายใต้ การควบคุมในเจตนาของบุคคล ดังนั้นเจตนา เชิงพฤติกรรมหรือความตั้งใจจะกระทำพฤติกรรม ของบุคคลจึงเป็นตัวแปรที่เป็นปัจจัยของเจตนา เชิงพฤติกรรมหรือความตั้งใจที่จะกระทำซึ่งประกอบด้วย

- 1) ปัจจัยเกี่ยวกับเจตคติ ได้แก่ความคาดหวังเกี่ยวกับ ผลลัพธ์ และคุณค่าของผลลัพธ์ที่คาดหวัง
- 2) ปัจจัย เกี่ยวกับบรรทัดฐานของสังคม และ
- 3) ปัจจัยที่เกิดจาก แรงจูงใจในปฏิบัติตาม จึงเป็นที่มาของพฤติกรรม ทางสังคมของมนุษย์ (Ajzen, 1991) การศึกษาวิจัย ที่ผ่านมาพบการศึกษาการใช้น้ำต้มมะละกอเพียงงานวิจัย กรณีศึกษา ซึ่งยังขาดข้อมูลเชิงคุณภาพถึงเจตคติต่อการ กระทำพฤติกรรม อิทธิพลของกลุ่มอ้างอิง และความตั้งใจ ที่จะกระทำพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพด้วยการใช้ น้ำต้มมะละกอจึงจำเป็นต้องบันทึก รวบรวม วิเคราะห์ ถึงความเป็นมา เหตุผลที่เลือกใช้ การได้รับการ ตรวจวินิจฉัยยืนยัน ขั้นตอนและวิธีการรักษาที่ผู้ป่วย ได้รับ วิธีการนำสมุนไพรมาใช้ตลอดจนบริบทต่าง ๆ ที่ได้ จากประสบการณ์การบอกเล่าของผู้ป่วย เพื่อเป็น แนวทางที่จะช่วยในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ถูกต้อง ตามมาตรฐานที่ ควรจะได้รับ ความปลอดภัย ความเป็นอยู่ที่ดี คุณภาพชีวิต การให้ข้อมูลที่ถูกต้อง ต่อผู้ป่วยในอนาคต การจัดแนวทางการดูแลสุขภาพ ผู้ป่วยโรคมะเร็งบางชนิด บางระยะของโรคตามระบบ ความเชื่อทางวัฒนธรรม ความพึงพอใจของผู้ป่วยที่มี ต่อประสบการณ์ในอดีต และความไม่พร้อมที่จะรับ การรักษาตามระบบการดูแลสุขภาพในปัจจุบัน การใช้ ประโยชน์จากโอกาสที่มีอยู่ทำให้สามารถเอาชนะ ความท้าทายเหล่านี้และแก้ไขช่องว่างที่มีอยู่ได้ หากมี ข้อมูลที่ยังต้องการพิสูจน์ยืนยันด้วยกระบวนการวิจัย จะเป็นแนวทางในการศึกษาสมุนไพรน้ำต้มมะละกอใน การดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่มีมาตรฐานทางการแพทย์และ ยังบูรณาการการนำศาสตร์การแพทย์ทางเลือกอื่น และสมุนไพรให้สอดคล้องกับวัฒนธรรม ความเชื่อและ

การพัฒนาต่อยอดการวิจัยเพื่อพิสูจน์ประสิทธิผลและ ความปลอดภัยในผู้ป่วยโรคมะเร็งต่อไป โดยมี วัตถุประสงค์เพื่อรวบรวมบันทึกประสบการณ์ การเตรียม น้ำต้มมะละกอสำหรับการดูแลสุขภาพ ผลที่เกิดขึ้น ต่อร่างกายรวมถึงทัศนคติในระหว่างการใช้ น้ำต้ม มะละกอ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อบรรยายประสบการณ์การใช้น้ำต้ม มะละกอของผู้ป่วยโรคมะเร็ง
2. เพื่อบรรยายทัศนคติการใช้น้ำต้มมะละกอ ของผู้ป่วยโรคมะเร็ง

วิธีการศึกษา

1. การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบผสมผสาน ระหว่างการวิจัยเชิงปริมาณและงานวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อบรรยายประสบการณ์การใช้น้ำต้มมะละกอและ ทัศนคติการใช้น้ำต้มมะละกอของผู้ป่วยโรคมะเร็ง โดยสำรวจข้อมูลเชิงปริมาณจากผู้ป่วยโรคมะเร็งทุกชนิด และมีประสบการณ์การใช้น้ำต้มมะละกอและข้อมูล เชิงคุณภาพรวบรวมโดยจากการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-dept interview) การวิจัยในครั้งนี้ ได้ดำเนินการ เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนมกราคม ถึง มีนาคม 2567
2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากร ในงานวิจัยนี้คือผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการวินิจฉัยยืนยัน จากแพทย์แผนปัจจุบัน กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วย ที่มีประสบการณ์ตรงในการใช้น้ำต้มมะละกอในการดูแล สุขภาพโดยมีเกณฑ์คัดเข้า คือ ผู้ป่วยเพศชายหรือ เพศหญิงอายุ 20 ปีขึ้นไป มีประวัติป่วยเป็นโรคมะเร็ง และมีประสบการณ์การใช้น้ำต้มมะละกอ มีการรับรู้ และสติสัมปชัญญะปกติ สามารถอ่าน เขียน ฟัง และสื่อสารภาษาไทยได้ รวมทั้งมีความสมัครใจเข้าร่วม การวิจัยและลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วม โครงการและมีเกณฑ์คัดออก ได้แก่ ผู้ป่วยโรคติดต่อ ร้ายแรงหรือโรคติดเชื้อในระยะแพร่กระจาย และผู้ป่วย ที่มีภาวะวิกฤต

3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่

3.1 แบบสัมภาษณ์เชิงลึก ประกอบด้วยข้อมูลเชิงปริมาณและคุณภาพ แบ่งออกเป็น 5 ส่วน ดังนี้ ข้อมูลเชิงปริมาณ ลักษณะคำตอบเป็นเติมคำและเลือกตอบ ได้แก่ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป จำนวน 12 ข้อ ส่วนที่ 2 ข้อมูลอาการเจ็บป่วย จำนวน 6 ข้อ และ ส่วนที่ 3 ประสบการณ์การใช้น้ำต้มใบมะละกอ จำนวน 5 ข้อ ข้อมูลเชิงคุณภาพ เป็นแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง ได้แก่ ส่วนที่ 4 ผลที่เกิดขึ้นหลังการใช้น้ำต้มใบมะละกอ และ ส่วนที่ 5 ผลทัศนคติของผู้ป่วยมะเร็งในการใช้น้ำต้มใบมะละกอที่พัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรมและแนวคิดเรื่องการสัมภาษณ์เชิงลึก (Boyce & Neale, 2006) และ (เจษฎา อุดมพิทยาสรรพ์, 2563)

3.2 อุปกรณ์ที่ใช้ในการสัมภาษณ์เชิงลึก ได้แก่ อุปกรณ์สำหรับจดบันทึก แฟ้มสำหรับเก็บข้อมูล และอุปกรณ์บันทึกเสียง กล้องถ่ายรูป

4. การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ แนวคำถามในการสัมภาษณ์เชิงลึก ทั้งข้อมูลเชิงปริมาณและคุณภาพ การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือเชิงปริมาณ ผู้วิจัยได้มีการกำหนดให้นำแนวคำถามมาดำเนินการตรวจสอบความถูกต้องชัดเจนในเชิงเนื้อหา (Validity) ให้สอดคล้องกับประเด็นปัญหาและวัตถุประสงค์ของการวิจัยจากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ แพทย์แผนปัจจุบันเชี่ยวชาญด้านการรักษาโรคแบบผสมผสาน จำนวน 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพผู้มีความรู้ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง จำนวน 1 ท่าน และแพทย์แผนไทยเชี่ยวชาญด้านการใช้ยาสมุนไพร จำนวน 1 ท่าน ได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหา (Index of Concurrence: IOC = 0.67–1.00) และนำไปทดลองใช้ (Tryout) กับผู้ให้ข้อมูลที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้ป่วยประคับประคองจำนวน 20 คน ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.801 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือเชิงคุณภาพ การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลผู้วิจัยได้ดำเนินการตรวจสอบแบบสามเส้า (Triangulation) ได้แก่ เปรียบเทียบข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลหลายกลุ่มหรือหลายช่วงเวลา เพื่อตรวจสอบความสอดคล้องของข้อมูล จากนั้นตรวจสอบวิธีการที่ใช้

ในการสัมภาษณ์ บันทึกภาคสนาม เพื่อให้ได้มุมมองอย่างรอบด้าน จากนั้นให้ผู้ร่วมวิจัยหรือผู้เชี่ยวชาญช่วยตรวจสอบการข้อมูล และถามย้อนกลับไปยังผู้ถูกสัมภาษณ์ว่าเป็นความเข้าใจเดียวกันหรือไม่ เพื่อป้องกันอคติส่วนบุคคล และนำข้อเสนอแนะไปปรับปรุงข้อคำถามก่อนที่จะนำไปใช้ในการดำเนินการกระบวนการเก็บข้อมูลจริง เพื่อให้ได้มาซึ่งข้อมูลที่มีความถูกต้องสมบูรณ์

5. การเก็บรวบรวมข้อมูล

การรวบรวมข้อมูลกระทำโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกโดยผู้วิจัยได้รับการฝึกการสัมภาษณ์ก่อนการสัมภาษณ์จริง รายละเอียดในการรวบรวมข้อมูลมีดังต่อไปนี้

5.1 ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ให้ข้อมูลโดยแนะนำตัวเองในบทบาทผู้วิจัย ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขอความยินยอมในการเข้าร่วมงานวิจัยอย่างเป็นลายลักษณ์อักษร

5.2 ผู้วิจัยสัมภาษณ์เชิงลึกโดยใช้แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง พร้อมทั้งอัดเทปสัมภาษณ์โดยขออนุญาตจากผู้ให้ข้อมูลอีกครั้งทางวาจา (หลังจากกระบวนการยินยอมเข้าร่วมการวิจัยเป็นลายลักษณ์อักษรแล้ว) การสัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้ให้ข้อมูลตามเกณฑ์ที่กำหนดอย่างต่อเนื่อง จนกระทั่งข้อมูลเริ่มมีลักษณะซ้ำกัน ไม่มีแนวคิดใหม่เกิดขึ้น และสามารถจัดหมวดหมู่ของข้อมูลได้อย่างชัดเจน ครบคลุม และลึกซึ้งเพียงพอที่จะตอบวัตถุประสงค์การวิจัยได้อย่างครบถ้วน ใช้เวลาประมาณ 1 ชั่วโมง หลังสัมภาษณ์ผู้วิจัยจะทำการบันทึกภาคสนามทุกครั้ง

5.3 ขณะดำเนินการเก็บข้อมูลผู้ให้ข้อมูลสามารถยุติการสัมภาษณ์เชิงลึกได้ตลอดเวลา

5.4 นำบทสัมภาษณ์มาถอดเทปเพื่อเตรียมวิเคราะห์ข้อมูล ซึ่งการเก็บข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูลต้องมีความต่อเนื่องกัน และจัดให้มีการแปลผลข้อมูลรายวันให้เป็นระเบียบ

5.5 ทำการตรวจสอบความตรงของข้อมูลอีกครั้ง ก่อนที่จะทำการสัมภาษณ์ ข้อมูลหรือประเด็นที่ยังได้ไม่ครบ โดยนำข้อมูลที่ได้จากการแปลผลรายวัน

ไปสัมภาษณ์ถามย้อนกลับเพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลได้ยืนยันความถูกต้องของข้อมูล

6. การวิเคราะห์ข้อมูล

6.1 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ การหาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

6.2 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยหลังจากการสัมภาษณ์ผู้วิจัยดำเนินการถอดคำ จากเทปคำสัมภาษณ์แบบคำต่อคำ (Verbatim) ออกมาเป็นบทสนทนาที่เป็นตัวอักษร (Transcript) จากนั้นนำไปตรวจสอบความถูกต้องอีกครั้ง โดยการฟังเทปบันทึกการสนทนาซ้ำ ร่วมกับอ่านบทสนทนา เพื่อประเมินเนื้อหาของข้อมูลที่ได้มาและนำข้อมูลจัดหมวดหมู่ของข้อมูลทำเช่นนี้จนกระทั่งเสร็จสิ้นการเก็บข้อมูลภาคสนาม จากนั้นวิเคราะห์ข้อมูลโดยรวมทั้งหมดหลังจากเก็บข้อมูลได้เพียงพอและมีลักษณะอิ่มตัวตามขั้นตอนของ Van Manen (1990) ได้แก่ 1) การอ่านคำสัมภาษณ์ หรือข้อมูลทั้งหมดของผู้ให้ข้อมูลหลาย ๆ รอบไม่ต่ำกว่า 4-5 รอบ เพื่อให้เกิดความคิดความเข้าใจเกี่ยวกับเนื้อหาที่มีอยู่ทั้งหมด 2) ผู้วิจัยสืบค้นข้อเท็จจริงของปรากฏการณ์ แยกแยะประเด็นข้อมูลโดยการอ่านแบบบันทึกข้อมูลทั่วไป แบบบันทึกภาคสนามที่ได้จากการอ่านบทสนทนาวรรณกรรมมาใช้ในการหาแก่นสาระสำคัญของข้อมูล 3) นำข้อความหรือประโยคที่ทำการจัดหมวดหมู่มาวิเคราะห์เปรียบเทียบหาความสัมพันธ์ เพื่อค้นหาความหมายที่สะท้อนถึงประเด็นหลักและประเด็นย่อยที่แสดงถึงประสบการณ์นั้น ๆ 4) นำข้อสรุปการค้นพบที่ได้มาเรียบเรียงและสังเคราะห์เป็นประโยคที่มีสาระสำคัญของปรากฏการณ์ 5) การตรวจสอบความตรงของปรากฏการณ์ โดยนำประเด็นของปรากฏการณ์ที่ได้มากลับไปตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลร่วมกับ

ผู้ให้ข้อมูลอีกครั้ง และ 6) นำเสนอแก่นสาระที่ได้ในประเด็นหลักและประเด็นรองอย่างสมดุลและแสดงให้เห็นถึงประสบการณ์การใช้ น้ำดื่มใบมะละกอในการดูแลสุขภาพให้ได้มากที่สุด

7. การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยดำเนินการโดยชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล และประโยชน์ที่กลุ่มตัวอย่างจะได้รับพร้อมทั้งชี้แจงถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้ ข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามจะถูกเก็บไว้เป็นความลับ นำเสนอในภาพรวมเพื่อใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น โดยไม่มีผลกระทบใดทั้งสิ้น โดยผู้วิจัยได้ทำการขอพิจารณาจริยธรรมในมนุษย์โรงพยาบาลการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข โดยได้รับการรับรองเป็นที่เรียบร้อยแล้วเอกสารเลขที่ T001/67_EXP วันที่ 8 มกราคม พ.ศ. 2568

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

จากการศึกษากลุ่มตัวอย่าง จำนวน 18 คน พบว่า ส่วนเป็นเพศหญิง ร้อยละ 61.10 มีอายุเฉลี่ย 55.89 ปี มีอายุสูงสุด 75 ปี และอายุต่ำสุด 33 ปี สถานภาพสมรส ร้อยละ 77.80 สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 33.30 ประกอบอาชีพค้าขายและประกอบธุรกิจส่วนตัว ร้อยละ 38.90 มีพื้นที่อาศัยในเขตกรุงเทพมหานคร ร้อยละ 27.80 มีรายได้ต่อเดือนเฉลี่ยน้อยกว่า 15,000 บาท ร้อยละ 38.89 รับทราบข้อมูลการใช้ น้ำดื่มใบมะละกอจากเพื่อนและคนในครอบครัว ร้อยละ 33.30 ไม่มีโรคประจำตัว (นอกเหนือจากโรคเมเร็ง) ร้อยละ 61.10 ไม่พบประวัติการเจ็บป่วยในอดีต (นอกเหนือจากโรคเมเร็ง) ร้อยละ 83.30 ไม่มีประวัติการแพ้ยา ร้อยละ 83.30 ไม่มียาที่ใช้อยู่เป็นประจำ ร้อยละ 61.10 (ตารางที่1)

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n=18)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	7	38.90
หญิง	11	61.10
อายุ (ปี) (mean = 55.89, SD = 10.05)		
31 – 40	1	5.60
41 - 50	5	27.80
51 – 60	6	33.30
61 - 70	5	27.80
≥ 71	1	5.60
สถานภาพสมรส		
โสด	2	11.10
แต่งงาน	14	77.80
หย่าร้าง	2	11.10
ระดับการศึกษา		
ต่ำกว่าระดับประถมศึกษา	1	5.60
ประถมศึกษา	1	5.60
มัธยมศึกษาตอนต้น	3	16.70
มัธยมศึกษาตอนปลาย	3	16.70
อนุปริญญา	4	22.20
ปริญญาตรี	6	33.30
อาชีพ		
เกษตรกร	1	5.60
พนักงานบริษัท	5	27.80
รับราชการ / พนักงานราชการ/ พนักงานรัฐวิสาหกิจ	2	11.10
ค้าขาย / ประกอบธุรกิจส่วนตัว	7	38.90
ว่างงาน	3	16.70
พื้นที่อาศัย (จังหวัด)		
กรุงเทพมหานคร	5	27.80
นนทบุรี	2	11.10
ขอนแก่น	2	11.10
อื่น ๆ (สมุทรปราการ, สมุทรสาคร, ชัยภูมิ, สุพรรณบุรี, สุราษฎร์ธานี, นครปฐม, ตรัง และนครศรีธรรมราช)	9	50.00
รายได้ต่อเดือน (บาท)		
น้อยกว่า 15,000	7	38.89
15,001 – 20,000	5	27.78
มากกว่า 20,000	6	33.33

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ช่องทางการรับรู้การใช้ยาต้มใบมะละกอ		
เพื่อน/คนในครอบครัว	6	33.30
กลุ่มโซเชียลมีเดีย	5	27.80
โทรทัศน์	3	16.70
อื่น ๆ เช่น หมอพื้นบ้าน	4	22.20
โรคประจำตัว (นอกเหนือจากโรคมะเร็ง)		
ไม่มี	11	61.10
มี (โรคไต, ไทรอยด์, ภูมิแพ้, ไมเกรน, ริดสีดวงทวารหนัก, ไซนัสอักเสบ, ความดันโลหิตสูง และ ไขมันในเลือดสูง)	7	38.90
ประวัติการรักษาในอดีต (นอกเหนือจากโรคมะเร็ง)		
ไม่มี	15	83.30
มี (ซึมเศร้า, ริดสีดวงทวารหนัก และ ซีสเต้านม)	3	16.70
ประวัติการแพ้ยา		
ไม่มี	15	83.30
มี (norgesic, amoxicillin and DTAM ganja oil)	3	16.70
ยาที่ใช้เป็นประจำ		
ไม่มี	11	61.10
มี (ยารักษาโรคไต, ไทรอยด์, ความดันโลหิตสูง และไขมันในเลือดสูง)	7	38.90

ส่วนที่ 2 ข้อมูลอาการเจ็บป่วย

จากตารางที่ 2 พบว่า ส่วนใหญ่ผู้ป่วยเป็นมะเร็งเต้านม ร้อยละ 38.89 มีระยะเวลาที่เจ็บป่วยเป็นมะเร็งมากกว่า 12 เดือน ร้อยละ 72.20 ไม่มีผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ร้อยละ 61.10 การรักษาโรคมะเร็งด้วยวิธีการคีโมบำบัด ร่วมกับการผ่าตัดและยาต้านมะเร็ง ร้อยละ 27.78 สถานะการรักษาครบตามแผนการรักษา ร้อยละ 72.22 (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ข้อมูลอาการเจ็บป่วย (n=18)

ข้อมูลอาการเจ็บป่วย	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ชนิดของโรคมะเร็ง		
มะเร็งเต้านม	7	38.89
มะเร็งลำไส้	5	27.78
มะเร็งปอด	3	16.67
มะเร็งชนิดอื่น ๆ (มะเร็งเยื่อโพรงมดลูก, มะเร็งต่อมน้ำลาย และ มะเร็งเม็ดเลือดขาว)	3	16.66
ระยะเวลาที่เจ็บป่วยเป็นมะเร็ง (เดือน)		
0 – 3	1	5.60
3 – 6	2	11.10
6 – 12	2	11.10
มากกว่า 12	13	72.20

ข้อมูลอาการเจ็บป่วย	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ		
ไม่มี	11	61.10
มี	7	38.90
วิธีการรักษาทางการแพทย์แผนปัจจุบัน		
การผ่าตัด	1	5.56
ยารับประทาน	1	5.56
การปลูกถ่ายไขกระดูก	1	5.56
ไม่ได้รับการรักษาทางแผนปัจจุบัน	2	11.11
การผ่าตัด + ยารับประทาน	2	11.11
คีโมบำบัด + ยารับประทาน	3	16.67
คีโมบำบัด + การผ่าตัด	3	16.67
คีโมบำบัด + การผ่าตัด + ยารับประทาน	5	27.78
การใช้การแพทย์ทางเลือก		
น้ำต้มใบมะละกอ	7	38.89
น้ำต้มใบมะละกอ + ยาสมุนไพร (สมุนไพรเดี่ยว/สมุนไพรตำรับ)	2	11.11
น้ำต้มใบมะละกอ + ผลิตภัณฑ์อาหารเสริม	6	33.33
น้ำต้มใบมะละกอ + ผลิตภัณฑ์อาหารเสริม + ยาสมุนไพร (สมุนไพรเดี่ยว/สมุนไพรตำรับ)	3	16.67
สถานะการรักษา		
รักษาครบตามแผนการรักษา	13	72.22
อยู่ในระหว่างการรักษา	4	22.22
ปฏิเสธการรักษาในระบบสาธารณสุข	1	5.56

ส่วนที่ 3 ผลการวิเคราะห์ประสิทธิผลการใช้น้ำต้มใบมะละกอ จากการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง พบว่าส่วนใหญ่ยังใช้น้ำต้มใบมะละกออยู่ ร้อยละ 77.78 ซึ่งส่วนประกอบของน้ำต้มใบมะละกอ ประกอบด้วย ใบมะละกอ น้ำสะอาด ร้อยละ 88.89 และมีการเพิ่มสมุนไพรอื่น ๆ เพื่อใช้ในการแต่งรสและกลิ่นร่วมด้วย คือ ตะไคร้และใบเตย ร้อยละ 11.11 ด้านวิธีการเตรียมน้ำต้มใบมะละกอด้วยการต้มเคี่ยว ร้อยละ 61.11 การเติมน้ำต้มใบมะละกอ ครั้งละ 1 แก้วกาแฟ วันละ 2-3 ครั้ง (ก่อน-หลังอาหาร) เท่ากันร้อยละ 38.89 ระยะเวลาในการใช้น้ำต้มใบมะละกอ ในช่วง 1-3 เดือน ร้อยละ 55.56 (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์ประสิทธิผลและทัศนคติการใช้น้ำต้มใบมะละกอในการดูแลสุขภาพ (n=18)

ประสิทธิผลการใช้น้ำต้มใบมะละกอ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
สถานะการใช้น้ำต้มใบมะละกอ		
ยังใช้อยู่	14	77.78
หยุดใช้แล้ว	4	22.22

ประสบการณ์การใช้น้ำต้มใบมะละกอ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ส่วนประกอบที่ใช้		
ใบมะละกอ	16	88.89
ใบมะละกอ + สมุนไพรอื่น ๆ (ตะไคร้ ใบเตย)	2	11.11
วิธีการเตรียมน้ำต้มใบมะละกอ		
ต้มเดือด	7	38.89
ต้มเคี่ยว	11	61.11
การดื่มน้ำต้มใบมะละกอ (ก่อน/หลังอาหาร)		
ครั้งละ 1 แก้วกาแฟ วันละ 3 ครั้ง	7	38.89
ครั้งละ 1 แก้วกาแฟ วันละ 2 ครั้ง	7	38.89
ครั้งละ 1 แก้วกาแฟ วันละ 1 ครั้ง	4	22.22
ระยะเวลาในการใช้น้ำต้มใบมะละกอ (เดือน)		
1 – 3	10	55.56
3 – 6	0	0.00
มากกว่า 6	8	44.44

ส่วนที่ 4 ผลที่เกิดขึ้นหลังการใช้น้ำต้มใบมะละกอ

จากการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง 18 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างยังมีการดื่มน้ำต้มใบมะละกอ จำนวน 14 คน และหยุดใช้จำนวน 4 คน จำแนกผลหลังการใช้ได้ 4 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ 1 ดื่มน้ำต้มใบมะละกอแล้วอาการดีขึ้น จำนวน 10 คน ได้แก่ เจริญอาหารมากขึ้น (n=6) นอนหลับดีขึ้น (n=4) น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น (n=3) อาการชาปลายนิ้วมือและเท้าลดลง (n=1) ค่าผลตรวจทางห้องปฏิบัติการดีขึ้น (ค่าความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด ค่าการทำงานของตับและไต) (n=4) ขับถ่ายดีขึ้น ไม่มีอาการท้องผูก (n=3) ปัสสาวะคล่องขึ้นไม่ติดขัด (n=1) รู้สึกสดชื่นขึ้น (n=1) ไม่มีอาการอ่อนเพลีย รู้สึกมีแรงมากขึ้น (n=3) ความเครียดจากโรคน้อยลง (n=1) ดังคำกล่าวที่ว่า

“...ตอนที่รู้ผลว่าเป็นมะเร็ง พี่เครียดและกังวลมาก น้ำหนักพี่ลดเป็น 10 กิโล พี่ปฏิเสธการรักษาแผนปัจจุบัน มาเลือกใช้สมุนไพรและดื่มน้ำต้มใบมะละกอ เพราะได้ข้อมูลจากเพื่อนที่เป็นมะเร็ง แล้วหายจากการดื่มน้ำต้มใบมะละกอ พอพี่ดื่ม

ได้ประมาณ 2 เดือน น้ำหนักพี่เพิ่มขึ้นประมาณ 2 กิโล พี่นอนหลับดีขึ้นทานข้าวได้มากขึ้น...” (ผู้ป่วยคนที่ PD13)

“...พี่กินน้ำต้มใบมะละกอได้ประมาณ 1 ปี ผลเลือดพี่ก็ปกตินะ ค่าตับ ค่าไตก็ปกติ เพราะพี่เพิ่งไปตรวจเลือดมา...” (ผู้ป่วยคนที่ PD14)

กลุ่มที่ 2 พบอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้น้ำต้มใบมะละกอจำนวน 3 คน พบว่ามีอาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้น ดังนี้ ความถี่การขับถ่ายเพิ่มขึ้นมากกว่าปกติ (n=1) อาการปวดมวนท้อง/ท้องเสีย (n=1) รู้สึกพะอืดพะอมหลังรับประทานน้ำต้มใบมะละกอ (n=1) ดังคำกล่าวที่ว่า

“...หลังจากที่ผมใช้ไปแล้ว จากที่ขับถ่ายวันละ 10 ครั้ง ผมขับถ่ายเพิ่มขึ้น เป็น 14-15 ครั้ง ผมว่าผมถ่ายมากกว่าปกติเกินไปจนทำให้รู้สึกกระเทกับการใช้ชีวิตประจำวัน แล้วพอตรวจตามที่หมอนัดหมอบอกว่ามีค่าตับสูงขึ้น ผมก็หยุดกินเลย...” (ผู้ป่วยคนที่ PD01)

กลุ่มที่ 3 ผลทางห้องปฏิบัติการผิดปกติ จำนวน 1 คน พบว่ามีค่าการทำงานของตับและไตเพิ่มขึ้น

กลุ่มที่ 4 ไม่สามารถระบุผลลัพธ์หลังการใช้ได้จำนวน 7 คน ดังคำกล่าวที่ว่า

“...ผมรู้สึกเฉยๆ ไม่รู้ว่ามันดีขึ้นหรือไม่ดีขึ้น แต่ก็ยังไม่พบความผิดปกติอะไรในร่างกาย เพราะผมดื่มได้แค่ 3 เดือน ตามข้อมูลที่ถูกคำบอกผมว่าให้ดื่มแค่ 3 เดือนเท่านั้น ตอนนี้ผมไม่ได้ดื่มต่อแล้ว...” (ผู้ป่วยคนที่ PD02)

“...พี่เพิ่งเริ่มกิน ก็ไม่รู้ว่ามันจะมีการเปลี่ยนแปลงยังไง แต่ตอนนี้ก็ยังไม่มีอาการผิดปกติ กินไปแล้วรู้สึกขม...” (ผู้ป่วยคนที่ PD14)

ส่วนที่ 5 ผลทัศนคติของผู้ป่วยมะเร็งในการใช้น้ำต้มใบมะละกอ

จากการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง 18 คน พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ทราบสรรพคุณที่แน่ชัดและไม่ทราบประสิทธิผลและความปลอดภัยของน้ำต้มใบมะละกอในการดูแลสุขภาพ การใช้ยาต้มใบมะละกोगroupตัวอย่างส่วนใหญ่มองว่าไม่มีความยุ่งยากในขั้นตอนการหา การปรุง และการเก็บรักษา และคิดว่าใบมะละกอจะสามารถช่วยดูแลสุขภาพที่เจ็บป่วยของตนเองได้ดังคำกล่าวที่ว่า

“... พี่ก็ไม่แน่ใจว่ากินแล้วอาการจะดีขึ้นหรือเปล่านะ แต่ญาติเขาแนะนำมาว่ากินแล้วดี รักษาอะไรก็ได้ พี่ก็ไม่มีอะไรจะเสียแล้วเนาะ อันไหนเขาว่าดี กินแล้วหาย พี่ก็กิน...” (ผู้ป่วยคนที่ PD01)

“...มะละกอเนี่ยนะพี่ปลูกไว้หลังบ้านเยอะมาก ปลูกไว้กินเป็นปกติอยู่แล้ว พอรู้ว่าป่วยเป็นมะเร็งก็หาข้อมูลว่าอะไรที่ช่วยรักษามะเร็งได้บ้าง ดูตามเน็ต ตามทีวี เจอเขาต้มใบมะละกอ เลยมาลองต้มกินดูที่บ้านก็ปลูกเยอะด้วยใจ ไม่น่าจะอันตรายเพราะก็กินส้มตำอยู่ปกติ...” (ผู้ป่วยคนที่ PD04)

“...ผมเห็นในยูทูบเขาต้มกัน กินแล้วดีไหมไม่รู้ ผมก็อยากหาย เลยลองต้มดู อีกอย่างมันก็ได้หายากนะ เค็ดมาต้ม แล้วก็เก็บแช่ไว้ในตู้เย็น...” (ผู้ป่วยคนที่ PD16)

ก่อนหน้านี้ที่จะป่วยเป็นโรคมะเร็ง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสุขภาพดีและไม่พบโรคประจำตัว สามารถเข้าสังคมและปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติอย่างเต็มที่ จนเมื่อมีอาการเจ็บป่วยจากโรคมะเร็ง จึงเริ่มมีอาการ

ผิดปกติและเปลี่ยนแปลงไปจากเดิมที่เคยเป็นดังคำกล่าวที่ว่า

“...ช่วงที่พี่ป่วย มันรู้สึกเพลียๆอยู่ตลอด กินอะไรไม่ค่อยได้ บางครั้งเหนื่อย จนไม่อยากออกจากบ้านไปไหน และกังวลตลอดว่าตัวเองจะตายไหม...” (ผู้ป่วยคนที่ PD06)

“...ตอนนั้นปวดมากจะลุกจะนั่งลำบาก บางทีก็ปวดจนทนไม่ได้ต้องหายามากิน...” (ผู้ป่วยคนที่ PD15)

อภิปรายผล

จากการศึกษาประสบการณ์ของผู้ป่วยมะเร็งในการใช้น้ำต้มใบมะละกอเพื่อดูแลสุขภาพ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย 55.89 ปี ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับปริญญาตรี ประกอบอาชีพธุรกิจส่วนตัวส่วนใหญ่พักอาศัยอยู่ที่กรุงเทพมหานครมากที่สุด มีรายได้เฉลี่ย 28,167 บาท และส่วนใหญ่มีช่องทางการรับรู้ข่าวสารจากเพื่อนและญาติสอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดโรคมะเร็ง (พิมพจุฑา วราทรัพย์และคณะ, 2561) พบว่า เพศหญิงมีความเสี่ยงที่จะเป็นมะเร็งมากกว่าเพศชาย 7.34 เท่า และคนที่มีความอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 45 ปี มีความเสี่ยงที่จะเป็นมะเร็งมากกว่าคนที่มีความอายุน้อยกว่า 45 ปี 4.64 เท่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นมะเร็งเต้านมมากที่สุด รองลงมาคือ มะเร็งลำไส้ มะเร็งปอด และมะเร็งชนิดอื่น ๆ สอดคล้องกับการศึกษาแนวโน้มการเกิดและการเสียชีวิตจากโรคมะเร็งของประเทศไทย (Pongnikorn et al, 2018) พบว่า มะเร็งเต้านมที่มีแนวโน้มอุบัติการณ์เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$) โดยกลุ่มตัวอย่างมีการรักษาทางการแพทย์แผนปัจจุบันและแสวงหารักษาทางการแพทย์ทางเลือกในการดูแลสุขภาพ สอดคล้องกับแนวคิดการศึกษาเรื่องปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการแสวงหาสารสนเทศของผู้ป่วยมะเร็งที่รักษาโดยการแพทย์ทางเลือกในประเทศไทย (ศศลักษณ์ บุญโรจน์ และ มาลี กาบมาลา, 2562) กล่าวถึงพฤติกรรมการรักษาของผู้ป่วยโรคมะเร็ง มีความมุ่งหวังให้หายขาดจากโรคไม่ว่าจะใช้วิธีการใดรักษาก็ตาม ซึ่งผู้ป่วยโรคมะเร็งที่เคยรักษา

โรคเมร็งโดยการแพทย์แผนปัจจุบันมาก่อน มีความเชื่อและทัศนคติเกี่ยวกับโรคเมร็งว่าต้องมีทางเลือกอื่นในการรักษาโรคเมร็งให้หายโดยมีการแนะนำจากญาติ ครอบครัว หรือ คนรอบข้าง ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่ปิดรับโอกาสที่รับการรักษาเพื่อให้หายขาดจากโรคเมร็ง และส่วนที่ 3 คือ ประสิทธิภาพการใช้น้ำต้มใบมะละกอในการดูแลสุขภาพ โดยองค์ความรู้ใหม่ ที่ได้จากการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ คือรูปแบบ ส่วนประกอบ และวิธีการใช้น้ำต้มใบมะละกอในการดูแลสุขภาพ จากจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่เพิ่มขึ้น โดยผลการทบทวนวรรณกรรมมีเพียงกรณีศึกษาที่มีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 2 ราย ในผู้ป่วยโรคเมร็งต่อมน้ำลายและเมร็งเม็ดเลือดขาว ชนิดมัลติเพิลมัยอีโลมา (พิมพ์ลดา พงศ์ชัยชานนท์ และคณะ, 2567) ที่มีประสิทธิภาพการใช้น้ำต้มใบมะละกอในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเมร็ง การศึกษาในครั้งนี้จึงมีปริมาณกลุ่มตัวอย่างที่มีความหลากหลายของชนิดเมร็งและผลลัพธ์ทางคลินิกที่แตกต่างกันออกไป ด้านส่วนประกอบที่ใช้ในการต้มน้ำต้มใบมะละกอกลุ่มตัวอย่างแสวงหาทางเลือกการรักษาที่หาได้ง่าย ไม่มีความยุ่งยากหรือซับซ้อนด้านวิธีการเตรียมการปรุง และการเก็บรักษาสอดคล้องกับการศึกษาความรอบรู้ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ในเขตพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี (สัณฐิตาพร กลิ่นทอง และคณะ, 2566) ได้ระบุว่า ทักษะต่อการใช้สมุนไพรรักษาโรคเป็นการใช้สมุนไพรในชีวิตประจำวันเพื่อสุขภาพ ซึ่งแหล่งสมุนไพรที่จะนำมาใช้ต้องสะดวกและหาได้ง่ายในท้องถิ่น ซึ่งมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการใช้สมุนไพรรักษาโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) และเมื่อวิเคราะห์ทัศนคติของกลุ่มตัวอย่างพบว่าเป็นไปตามทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผล หรือ Theory of Reasoned Action (Ajzen, 1991) โดยผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติ (Attitude) ภาพรวมต่อการใช้น้ำต้มใบมะละกอในการดูแลสุขภาพในด้านบวกซึ่งเป็นผลจากการประเมินตามประสบการณ์ของบุคคลต่อพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพที่มีการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง (Subjective Norm) ที่ใช้แล้ว

เห็นผลดีและสามารถเข้าถึงแหล่งข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าถึงได้และมีความน่าเชื่อถือซึ่งผลการศึกษาในครั้งนี้ชี้ให้เห็นถึงกลุ่มคนใกล้ชิด มีอิทธิพลต่อกลุ่มตัวอย่างทำให้กลุ่มตัวอย่างประเมินได้ต้มใบมะละกอสามารถดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเมร็งได้ จึงเกิดเป็นความตั้งใจที่จะดูแลสุขภาพด้วยการใช้น้ำต้มใบมะละกอ ทั้งนี้ ผลการศึกษาคือเป็นเพียงประสบการณ์ และทัศนคติส่วนบุคคล จำเป็นต้องมีหลักฐานเชิงประจักษ์มาสนับสนุนการใช้ดังกล่าวต่อไป

สรุปผล

กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโครงการวิจัยส่วนใหญ่ได้รับการรักษาทางการแพทย์แผนปัจจุบัน แต่มีการแสวงหาทางเลือกในการดูแลสุขภาพอื่น ๆ โดยส่วนใหญ่รักษาตามแผนการรักษาทางการแพทย์แผนปัจจุบันครบแล้ว แต่ยังคงใช้น้ำต้มใบมะละกอยู่ ซึ่งมีวิธีการปรุง 2 รูปแบบ คือ ต้มเดือดและต้มเคี่ยว วิธีการใช้ส่วนใหญ่ของกลุ่มตัวอย่างคือ ต้มปริมาณครั้งละ 1 แก้ว กาแฟ วันละ 2-3 ครั้ง ใช้มาแล้วประมาณ 1-3 เดือน และมีทัศนคติ คล้อยตามกลุ่มอ้างอิงต่อการใช้น้ำต้มใบมะละกอเพื่อดูแลสุขภาพ อย่างไรก็ตาม การศึกษาในครั้งนี้ ยังพบข้อจำกัด ด้านประสิทธิภาพ และความปลอดภัยของการใช้น้ำต้มใบมะละกอทางคลินิกในระยะยาว งานวิจัยในครั้งนี้จึงเป็นเพียงการถ่ายทอดประสบการณ์และทัศนคติของผู้ใช้เฉพาะกลุ่มและยังไม่มีหลักฐานเชิงประจักษ์รองรับหรือบ่งชี้การทดแทนการรักษามาตรฐาน ดังนั้น จึงต้องดำเนินการศึกษาวิจัยทางคลินิกเพิ่มเติมอย่างเป็นระบบต่อไปในอนาคต

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะจากการศึกษา

ควรทำการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่จำนวนมากขึ้น และเพิ่มระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครบถ้วนและสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

2. ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไปควรมีการ

ศึกษาวิจัยทางคลินิกถึงประสิทธิภาพและความปลอดภัยของน้ำต้มใบมะละกอ เพื่อเป็นข้อมูลทางวิชาการในการสร้างความเชื่อมั่นให้กับประชาชน

เอกสารอ้างอิง

- กรมอนามัย. (2566). *กรมอนามัย เผยหญิงไทยป่วยมะเร็งเต้านมสูงสุด แนะนำตรวจเต้านมด้วยตนเองทุกเดือน*. สื่อมัลติมีเดียกรมอนามัย. <https://multimedia.anamai.moph.go.th/news/140366/>
- เจษฎา อุดมพิทยาสรรพ์. (2563). ทศนคติและพฤติกรรมการใช้สมุนไพรรักษาโรคของประชาชนบ้านในลุ่มอำเภอกันตัง จังหวัดตรัง. *วารสารศิลปศาสตร์ มทร.ธัญบุรี*. 1(1), 1-7. <https://so07.tci-thaijo.org/index.php/JLA/article/view/1457>
- เจาะลิกระบบสุขภาพ. (2567). “สมศักดิ์” ฝากอภัยภูเบศร ต่อยอด “ใบมะละกอ” ช่วยผู้ป่วยมะเร็ง หวังจดสิทธิบัตรชาติ. *เจาะลิกระบบสุขภาพ*. <https://www.hfocus.org/content/2024/07/31074>
- พิมพ์จุฑา วราทรัพย์, จิราวัลย์ จิตรถเวช และ วิจิต หล่อจ๊ะชุมภูกุล. (2561). ปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดโรคมะเร็ง. *วารสารวิทยาศาสตร์ลาดกระบัง*. *วารสารวิทยาศาสตร์ลาดกระบัง*. 27(2), 1–14. https://li01.tci-thaijo.org/index.php/science_kmitl/article/view/164155/119014
- พิมพ์ลดา พงศ์ชัยขานนท์, ปรีชา หนูทิม, ชุติวัด หนูทองอินทร์, กมลวรรณ บานชื่น, ศรีสุภักดิ์ นันทา, ปาริณกุล ตั้งสุฤทัย, จักรเวทย์ ต้นแทน, ลักขณา รามวงศ์, ยุทธนา บุญกัน และเขมานันท์ จูมทอง. (2567). ผลการใช้น้ำต้มใบมะละกอในผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำลายและมะเร็งเม็ดเลือดขาว ชนิดมัลติเพิลมัยโอโลมา : รายงานผู้ป่วย. *วารสารหมอยาไทยวิจัย*. 10(2), 85-95. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/ttm/article/view/271495/185783>
- ศศลักษณ์ บุญโรจน์ และ มาลี กาบมาลา. (2562). ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมแสวงหาสารสนเทศของผู้ป่วยมะเร็งที่รักษา โดยการแพทย์ทางเลือกในประเทศไทย. *การประชุมวิชาการเสนอผลงานวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา แห่งชาติ ครั้งที่ 20*. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น. <https://app.gs.kku.ac.th/gs/th/publicationfile/item/20th-ngrc-2019/HMO5/HMO5.pdf>
- สันธิตาพร กลิ่นทอง, วนิดา ดุรงค์ฤทธิชัย, กิตติศักดิ์ รุจิกาญจน์รัตน์, เบญจวรรณ ดุนขุนทด, ณฐกร นิลเนตร, รัชดาวัลย์ จิตรพรกุลวสิน และประเสริฐ ศรีนวล. (2566). ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี. *วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน*. 5(2), 72-82. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JCCPH/article/view/259005/179248>
- Ashrafizadeh, H., & Rassouli, M. (2023). Traditional, complementary, and alternative medicine in cancer care: Challenges and opportunities. *Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing*, 11(1), 100321. <https://doi.org/10.1016/j.apjon.2023.100321>
- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50(2), 179-211. [https://doi.org/10.1016/0749-5978\(91\)90020-T](https://doi.org/10.1016/0749-5978(91)90020-T)
- Boyce, C. & Neale, P. (2006). *Conducting In-Depth Interview: A Guide for Designing and Conducting In-Depth Interviews for Evaluation Input*. https://nyhealthfoundation.org/wp-content/uploads/2019/02/m_e_tool_series_indepth_interviews-1.pdf

- Morimoto, C., & Dang, N. (2008). *Compositions for cancer prevention, treatment, or amelioration comprising papaya extract* (U.S. Patent Application No. 11/631,655). U.S. Patent and Trademark Office.
- Pongnikorn, D., Daoprasert, K., Wongkaew, B., Sangkam, S., Praditkay, M. & Meemark, R. (2018). Trends in cancer incidence and mortality in Upper Northern Thailand, 1993-2017. *Int J Cancer*. 142(9), 1767-75. <https://doi.org/10.1002/ijc.31203>
- Van Manen, M. (1990). *Researching lived experience: human science for an action sensitive pedagogy*. London: The Althouse Press.
- World Health Organization. (2024). *Global cancer burden growing, amidst mounting need for services*. World Health Organization. <https://www.who.int/news/item/01-02-2024-global-cancer-burden-growing--amidst-mounting-need-for-services>
- Yin, S. Y., Wei, W. C., Jian, F. Y., & Yang, N. S. (2013). Therapeutic applications of herbal medicines for cancer patients. *Evidence-based complementary and alternative medicine (eCAM)*, 2013, 1-15. <https://doi.org/10.1155/2013/302426>

ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรค
ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอสวรรคโลก จังหวัดสุโขทัย
FACTORS AFFECTING THE PERFORMANCE OF TUBERCULOSIS SURVEILLANCE,
PREVENTION AND CONTROL AMONG VILLAGE HEALTH VOLUNTEERS IN
SAWANKHALOK DISTRICT, SUKHOTHAI PROVINCE

กชบดินฐ พลชนะ¹, ยุทธนา แยกคาย^{2*}

Kotchabodint Pholchana¹, Yutthana Yaebkai^{2*}

¹สำนักงานสาธารณสุขอำเภอสวรรคโลก, ²วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก

¹Sawankhalok District Public Health Office, ²Sirindhorn College of Public Health Phitsanulok

Corresponding author: yutthanaya@scphpl.ac.th*

Received: 18 Aug., 2025

Revised: 23 Oct., 2025

Accepted: 27 Oct., 2025

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนามีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อำเภอสวรรคโลก จังหวัดสุโขทัย กลุ่มตัวอย่างคือ อสม. จำนวน 720 คน ได้จากการสุ่มตัวอย่างแบบเป็นระบบ เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและการวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอน กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ผลการวิจัย พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคม แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน และการปฏิบัติงานเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคของ อสม. อยู่ในระดับสูง ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคของ อสม. ได้แก่ ความมั่นคงในงาน การประเมินคุณค่า โอกาสก้าวหน้าในตำแหน่งงาน การศึกษาระดับอนุปริญา หรือประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง และสภาพในการทำงาน ตัวแปรทั้ง 5 ตัว ร่วมกันพยากรณ์การปฏิบัติงานเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคของ อสม. ได้ ร้อยละ 18.7 ผลการวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่าหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรประเมินคุณค่าของผลการปฏิบัติงาน สร้างความมั่นคงในงานและโอกาสก้าวหน้าในตำแหน่งงาน และปรับปรุงสภาพในการทำงานเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคของ อสม. อย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ: การปฏิบัติงาน; วัณโรค; อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน; แรงสนับสนุนทางสังคม; แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน

Abstract

This descriptive research aimed to examine the factors affecting the performance of tuberculosis surveillance, prevention and control among village health volunteers (VHVs) in Sawankhalok District, Sukhothai Province. The sample consisted of 720 VHVs selected through systematic random sampling. Data were collected using structured questionnaires and analyzed using descriptive statistics and stepwise multiple regression analysis. The findings revealed that social support and work motivation were at a high level, which corresponded with the high

performance of VHV in tuberculosis surveillance, prevention, and control. The factors found to significantly influence performance included job security, value assessment, career advancement opportunity, associate degree or higher vocational certificate, and working conditions. Together, these five variables significantly predicted 18.7% of the variance in performance at the 0.05 level of significance. These findings suggest that relevant agencies should recognize the value of VHV's contributions, promote job security and career advancement opportunities, and continuously enhance the working conditions for tuberculosis surveillance, prevention, and control.

Keyword: Performance; Tuberculosis; Village health volunteers; Social support; Work motivation

บทนำ

วัณโรคเป็นหนึ่งในโรคติดต่อที่มีอัตราการเสียชีวิตสูงที่สุดในโลก องค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) รายงานว่าในปี 2565 มีผู้ป่วยวัณโรคทั่วโลกประมาณ 10.6 ล้านคน มีผู้เสียชีวิตจากวัณโรคถึง 1.3 ล้านคน ซึ่งสะท้อนถึงความรุนแรงของโรค แม้ว่าจะมีการพัฒนารักษาและมาตรการป้องกันที่ดีขึ้นแล้วก็ตาม (World Health Organization [WHO], 2023) องค์การอนามัยโลกได้ตั้งเป้าหมายให้ลดจำนวนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ให้เหลือต่ำกว่า 10 ต่อประชากรแสนคนภายในปี 2578 (WHO, 2020) ปัญหาสำคัญคือวัณโรคตัวยาส่งผลให้การรักษายากมากขึ้น และต้องใช้ยาที่มีราคาแพง (Centers for Disease Control and Prevention [CDC], 2022) ส่วนประเทศไทยเป็นหนึ่งใน 30 ประเทศที่มีการะวัณโรคสูงที่สุดในโลก โดยในปี 2565 มีรายงานประเทศไทยมีผู้ป่วยวัณโรคประมาณ 103,000 ราย หรือคิดเป็นอัตราป่วย 149 ต่อประชากรแสนคน ซึ่งสูงกว่าค่าเฉลี่ยของโลก จากรายงานของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข พบว่ากลุ่มเสี่ยงหลักของผู้ป่วยวัณโรคในประเทศไทย ได้แก่ ผู้สูงอายุ เนื่องจากภูมิคุ้มกันลดลง ผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือเอดส์ (HIV/AIDS) ซึ่งมีความเสี่ยงต่อวัณโรคเพิ่มขึ้นถึง 16-27 เท่า ผู้ต้องขังในเรือนจำที่มีอัตราป่วยวัณโรคสูงกว่าประชากรทั่วไปถึง 10 เท่า และแรงงานข้ามชาติที่มีการเคลื่อนย้ายเข้าออกประเทศ

โดยขาดการตรวจสุขภาพอย่างเหมาะสม (กรมควบคุมโรค, 2566)

สำหรับภาคเหนือของประเทศไทยมีอัตราป่วยวัณโรคที่สูงกว่าภาคอื่น ๆ โดยเฉพาะในจังหวัดที่มีประชากรสูงอายุและแรงงานข้ามชาติ เช่น เชียงใหม่ เชียงราย ตาก และแม่ฮ่องสอน ส่วนเขตสุขภาพที่ 2 พบอัตราอุบัติการณ์ของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ปี 2565-2567 คิดเป็น 4047, 3951 และ 3693 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ (กระทรวงสาธารณสุข, 2568) ส่วนจังหวัดสุโขทัยมีอัตราอุบัติการณ์ของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำสูงเป็นอันดับที่ 4 ของเขตสุขภาพที่ 2 โดยอำเภอสูงสุด 3 อันดับแรกคือ อำเภอทุ่งเสลี่ยม อำเภอศรีนคร และอำเภอสวรรคโลก คิดเป็น 216.0, 174.5 และ 170.5 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย, 2566) ในขณะที่อัตราอุบัติการณ์ของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำของอำเภอสวรรคโลก จังหวัดสุโขทัย ตั้งแต่ปี 2563-2565 พบว่า ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ จำนวน 104, 80 และ 97 ราย ตามลำดับ และมีอัตราการเสียชีวิตด้วยโรควัณโรค คิดเป็น 20.8, 23.4, 19.4 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ ซึ่งไม่ผ่านเกณฑ์เป้าหมายร้อยละ 5.0 (โรงพยาบาลสวรรคโลก, 2565) โดยมีปัจจัยที่ส่งผลให้วัณโรคยังคงเป็นปัญหาในภาคเหนือ ได้แก่ พื้นที่ชายแดนและแรงงานข้ามชาติ การขาดความรู้และการเข้าถึงบริการสุขภาพ รวมถึงสภาพอากาศและสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการแพร่ระบาดของเชื้อวัณโรค

แม้จะมีแนวทางควบคุมและรักษาที่ดีขึ้นแต่ปัญหาวัณโรค ตื้อยาและการแพร่ระบาดในกลุ่มเสี่ยงยังคงเป็นอุปสรรคสำคัญจึงจำเป็นต้องมีมาตรการป้องกันและควบคุมที่เข้มแข็ง รวมถึงการบูรณาการการทำงานระหว่างหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาสังคม และภาคประชาชน

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มีบทบาทสำคัญในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุม วัณโรคในระดับชุมชน โดยทำหน้าที่ค้นหาผู้ป่วยวัณโรค เชิงรุกผ่านการสังเกตอาการที่น่าสงสัย เช่น ไอเรื้อรัง น้ำหนักลด มีไข้ตอนกลางคืน และอ่อนเพลีย รวมถึงให้คำแนะนำแก่ประชาชนกลุ่มเสี่ยง อาทิ ผู้สูงอายุ ผู้ป่วย โรคเรื้อรัง และผู้สัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วยวัณโรค เพื่อเข้ารับ การตรวจวินิจฉัยและรักษาอย่างทันท่วงที การติดตาม ผู้ป่วยที่ขาดการรักษาช่วยให้การควบคุมวัณโรคเป็นไป อย่างมีประสิทธิภาพ (ภูษิต ชันกสิกรรม และจักรพันธ์ เพ็ชรภูมิ, 2565) นอกจากนี้ อสม. ยังทำหน้าที่ในการ ค้นหาผู้ป่วยวัณโรคเชิงรุก (Active Case Finding: ACF) ติดตามและสนับสนุนการรักษาแบบสังเกตโดยตรง (Directly Observed Treatment, Short-course: DOTS) และให้ความรู้แก่ประชาชนในชุมชนเกี่ยวกับ วัณโรค (กรภัทร อาจวานิชชากุล, 2564) ซึ่งเป็นแนวทาง สำคัญในการควบคุมวัณโรค โดยติดตามให้ผู้ป่วยวัณโรค รับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ลดอัตราการหยุดยา และป้องกันการเกิดวัณโรคตื้อยาอีกทั้งยังให้คำแนะนำ เกี่ยวกับผลข้างเคียงของยา สื่อสารกับบุคลากร ทางแพทย์เมื่อพบอาการผิดปกติ (กรภัทร อาจวานิช ชากุล, 2564) แม้ว่าบทบาทของ อสม. จะมีความสำคัญ ต่อการควบคุมวัณโรค แต่ยังคงมีอุปสรรคและข้อจำกัด บางประการที่อาจส่งผลกระทบต่อประสิทธิ ภาพ ของการปฏิบัติงานคือ ข้อจำกัดด้านการสนับสนุน ทางการเงินและทรัพยากร อสม. ส่วนใหญ่ปฏิบัติงาน ในลักษณะอาสาสมัครโดยไม่มีค่าตอบแทนที่เพียงพอ ซึ่งอาจส่งผลต่อกำลังใจในการปฏิบัติงานระยะยาว และการขาดการอบรมเฉพาะทางเกี่ยวกับวัณโรคทำให้อสม. บางส่วนยังขาดความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับ

การควบคุมและป้องกันวัณโรคส่งผลให้การให้ข้อมูล แก่ประชาชนอาจเกิดความคลาดเคลื่อน (ณัฐวุฒิ ช่วยหอม, 2561) อย่างไรก็ตาม ปัจจัยที่มีผลต่อการ ปฏิบัติงานของ อสม. ในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมวัณโรคยังไม่ได้ได้รับการศึกษาอย่างเป็นระบบ ทำให้เกิดช่องว่างในการพัฒนาศาสตร์การควบคุม วัณโรคในพื้นที่ จากหลายการศึกษาพบว่าปัจจัยที่มีผล ต่อการปฏิบัติงานของ อสม. ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับวัณโรค ทักษะที่ดีต่อการควบคุมวัณโรค แรงสนับสนุน จากภาครัฐ และการมีทรัพยากรที่เพียงพอ (ชานาญ ประดับเพชร, 2564; ณัฐวุฒิ ช่วยหอม, 2561) โดยการศึกษาในจังหวัดพิษณุโลก พบว่า แรงสนับสนุน ด้านอารมณ์และการให้ข้อมูลเกี่ยวกับวัณโรคส่งผล ต่อความสามารถของ อสม. ในการปฏิบัติงาน อย่างมีประสิทธิภาพ (ภูษิต ชันกสิกรรม และจักรพันธ์ เพ็ชรภูมิ, 2565) อย่างไรก็ตาม ในจังหวัดสุโขทัย ไม่พบการศึกษาการปฏิบัติงานเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมวัณโรคของ อสม. โดยตรง แต่มีการศึกษา การปฏิบัติงานในภาพรวมของ Yaebkai & Wongsawat (2022) ที่พบว่า อสม. ปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพ การเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรค การฟื้นฟูสุขภาพ และการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพอยู่ในระดับ ปานกลาง

การปฏิบัติงานเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุม วัณโรคของ อสม. ย่อมส่งผลดีต่อการควบคุมวัณโรค ในระดับชุมชน โดยเพิ่มอัตราการวินิจฉัยโรคได้เร็วขึ้น ทำให้สามารถเริ่มต้นกระบวนการรักษาได้อย่างทันท่วงที ซึ่งช่วยลดอัตราการแพร่กระจายของเชื้อวัณโรค นอกจากนี้ อสม. ยังมีบทบาทสำคัญในการลดอัตรา การเสียชีวิตและการเกิดวัณโรคตื้อยาผ่านการติดตาม การรักษาและให้คำแนะนำอย่างใกล้ชิดส่งผลให้ผู้ป่วย สามารถรับประทานยาครบถ้วนตามกำหนด ลดความเสี่ยงของการเกิดวัณโรคตื้อยาในระยะยาว (ชานาญ ประดับเพชร, 2564) ดังนั้น จึงมีความสนใจ ที่จะศึกษาการปฏิบัติงานเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุม วัณโรคของ อสม. และปัจจัยที่มีต่อการปฏิบัติงาน

เฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคของ อสม. อำเภอ
สวรรคโลก จังหวัดสุโขทัย เพื่อพัฒนาแนวทางสนับสนุน
การปฏิบัติงานของ อสม. ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น
และช่วยลดภาระของโรคในพื้นที่ ซึ่งจะช่วยให้
หน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถพัฒนากิจกรรม
ในการสนับสนุนการปฏิบัติงานของ อสม.
ได้อย่างเหมาะสมนำไปสู่การควบคุมโรค
ที่มีประสิทธิภาพและยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาแรงสนับสนุนทางสังคม แรงจูงใจ
ในการปฏิบัติงาน และการปฏิบัติงานเฝ้าระวัง ป้องกัน
และควบคุมโรคของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ
หมู่บ้าน อำเภอสวรรคโลก จังหวัดสุโขทัย

2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลการปฏิบัติงานเฝ้าระวัง
ป้องกัน และควบคุมโรคของอาสาสมัครสาธารณสุข
ประจำหมู่บ้าน อำเภอสวรรคโลก จังหวัดสุโขทัย

วิธีการศึกษา

รูปแบบการวิจัย การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัย
เชิงพรรณนา (Descriptive research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา คือ อาสาสมัครสาธารณสุข
ประจำหมู่บ้าน (อสม.) อำเภอสวรรคโลก จังหวัดสุโขทัย
จำนวน 1,610 คน (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2562)
คำนวณขนาดตัวอย่างในการวิเคราะห์การถดถอยพหุ
ของ Van Voorhis & Morgan (2007) ได้ระบุว่า
หากมีตัวแปรอิสระ (m) ตั้งแต่ 6 ตัวแปรขึ้นไป
ควรกำหนดจำนวนกลุ่มตัวอย่าง (n) ไม่น้อยกว่า 30 คน
ต่อหนึ่งตัวแปรอิสระ ($n \geq 30 \times m$) ดังนั้น ในการวิจัย
ครั้งนี้มีตัวแปรอิสระ 24 ตัวแปร ๆ ละ 30 คน เท่ากับ
720 คน โดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบเป็นระบบ
(Systematic random sampling) โดยมีเกณฑ์
การคัดเลือก ได้แก่ มีอายุ 20 ปีขึ้นไป มีระยะเวลาการ
ปฏิบัติงานเป็น อสม. มาแล้ว 1 ปีขึ้นไป และยินดี
ให้ข้อมูล สำหรับเกณฑ์การคัดออก ได้แก่ มีอาการ
เจ็บป่วยรุนแรงกะทันหันไม่สามารถให้ข้อมูลได้
และปฏิเสธหรือถอนตัวจากโครงการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล คือ แบบสอบถาม
ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม แนวคิด ทฤษฎี
และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งประกอบด้วย 4 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลคุณลักษณะ
ทางประชากร ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ โรคประจำตัว
การศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน ระยะเวลาในการเป็น
อสม. และการมีตำแหน่งอื่นในชุมชน จำนวน 9 ข้อ ลักษณะ
คำถามเป็นแบบให้เลือกตอบและเติมค่าลงในช่องว่าง

ส่วนที่ 2 แรงสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วย
ข้อคำถามเกี่ยวกับการได้รับสนับสนุนด้านอารมณ์หรือ
ความรู้สึก ด้านการประเมินคุณค่า ด้านทรัพยากร และ
ด้านข้อมูลข่าวสาร ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วน
ประมาณค่า 5 ระดับ คือ ได้รับทุกครั้ง ได้รับบ่อยครั้ง
ได้รับบางครั้ง ได้รับน้อยครั้ง และไม่เคยได้รับ โดยมี
เกณฑ์การให้คะแนนคือ 5, 4, 3, 2 และ 1 คะแนน
ตามลำดับ จำนวน 15 ข้อ การแปลความหมายโดยใช้
คะแนนเฉลี่ย ($\bar{X}$) แบ่งเป็น 3 ระดับคือ แรงสนับสนุน
ทางสังคมอยู่ในระดับต่ำ (คะแนนเฉลี่ย 1.00-2.33)
ระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 2.34-3.66) และระดับสูง
(คะแนนเฉลี่ย 3.67-5.00)

ส่วนที่ 3 แรงจูงใจในการปฏิบัติงานประกอบด้วย
ข้อคำถามเกี่ยวกับแรงจูงใจ 2 ปัจจัยคือ 1) ปัจจัยจูงใจ
หรือปัจจัยกระตุ้น และ 2) ปัจจัยค้ำจุนหรือปัจจัย
สุขอนามัย ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วน
ประมาณค่า 5 ระดับคือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย
ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง โดยมีเกณฑ์
การให้คะแนนคือ 5, 4, 3, 2 และ 1 คะแนน ตามลำดับ
จำนวน 50 ข้อ การแปลความหมายโดยใช้คะแนนเฉลี่ย ($\bar{X}$)
แบ่งเป็น 3 ระดับคือ แรงจูงใจในการปฏิบัติงานอยู่ในระดับ
ต่ำ (คะแนนเฉลี่ย 1.00-2.33) ระดับปานกลาง (คะแนน
เฉลี่ย 2.34-3.66) และระดับสูง (คะแนนเฉลี่ย 3.67-5.00)

ส่วนที่ 4 การปฏิบัติงานเฝ้าระวัง ป้องกัน
และควบคุมโรคของ อสม. ประกอบด้วยข้อคำถาม
เกี่ยวกับการแสดงออกถึงความรู้ เจตคติ และการลงมือ
ปฏิบัติงานเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรค
ของ อสม. ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณ

ค่า (Rating scale) 5 ระดับคือ ทุกครั้ง บ่อยครั้ง บางครั้ง น้อยครั้ง และไม่เคย มีเกณฑ์การให้คะแนนคือ 5, 4, 3, 2 และ 1 คะแนน ตามลำดับ จำนวน 15 ข้อ การแปลความหมายโดยใช้คะแนนเฉลี่ย ($\bar{X}$) แบ่งเป็น 3 ระดับคือ การปฏิบัติงานเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมวัณโรคอยู่ในระดับต่ำ (คะแนนเฉลี่ย 1.00-2.33) ระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 2.34-3.66) และระดับสูง (คะแนนเฉลี่ย 3.67-5.00)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. ความตรงด้านเนื้อหา (Content validity) โดยนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นเสนอผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 คน เพื่อตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ของการวิจัยรายข้อ (Index of Item-Objective Congruence: IOC) ระหว่าง 0.67 - 1.00

2. ความเชื่อมั่น (Reliability) โดยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (try out) หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน และการปฏิบัติงานเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมวัณโรคของ อสม. โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.89, 0.97 และ 0.98 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ทำหนังสือราชการจากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอสวรรคโลกถึงโรงพยาบาลสวรรคโลก เทศบาลเมืองสวรรคโลก และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่งในอำเภอสวรรคโลก จังหวัดสุโขทัย เพื่อขอความอนุเคราะห์ในการเก็บข้อมูล

2. จัดการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และฝึกทักษะวิธีการเก็บข้อมูลให้แก่ผู้ช่วยนักวิจัย และร่วมกันวางแผนในการเก็บข้อมูล

3. ดำเนินการจัดเก็บข้อมูลตามแผน ระหว่างเดือนมิถุนายนถึงกรกฎาคม 2568 จนได้ข้อมูลครบถ้วนตามจำนวนเป้าหมายที่กำหนด

4. ตรวจสอบความสมบูรณ์ ครบถ้วน และความถูกต้องของข้อมูล ระบุรหัส บันทึกลงคอมพิวเตอร์

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยใช้สถิติ ดังนี้

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด

2. สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics) ได้แก่ การวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression analysis) กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จริยธรรมการวิจัย การวิจัยครั้งนี้ได้รับการพิจารณาและรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย โครงการเลขที่ COA No. 9/2025 เอกสารรับรองเลขที่ IRB No. 43/2025 เมื่อวันที่ 7 พฤษภาคม 2568 วิธีทบทวนเร่งรัด (Expedited review) วันสิ้นสุดการรับรอง 6 พฤษภาคม 2569

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลคุณลักษณะทางประชากรของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 87.8 มีอายุเฉลี่ย 54.76 ปี อายุต่ำสุด 27 ปี และอายุสูงสุด 78 ปี มีสถานภาพสมรสแล้ว ร้อยละ 66.4 สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 40.1 ประกอบอาชีพเกษตรกรรม/เลี้ยงสัตว์ ร้อยละ 58.3 มีรายได้ต่อเดือนเฉลี่ย 6,514.36 บาท ต่ำสุด 2,000 บาท และสูงสุด 20,000 บาท มีโรคประจำตัว ร้อยละ 52.8 มีระยะเวลาในการเป็น อสม. เฉลี่ย 16.16 ปี ต่ำสุด 1 ปี และสูงสุด 45 ปี และมีตำแหน่งอื่นในชุมชน ร้อยละ 30.7

2. แรงสนับสนุนทางสังคม แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน และการปฏิบัติงานเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมวัณโรคของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

2.1 แรงสนับสนุนทางสังคม ในภาพรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$ = 3.94, S.D. = 0.55) รายด้านสูงที่สุด

คือ ด้านข้อมูลข่าวสารอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 4.37$, S.D. = 0.65) รองลงมาคือ ด้านอารมณ์หรือความรู้สึกอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 3.82$, S.D. = 0.68) และด้านการประเมินคุณค่าอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 3.82$, S.D. = 0.70) น้อยที่สุดคือ ด้านทรัพยากรอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.57$, S.D. = 0.76)

2.2 แรงจูงใจในการปฏิบัติงานในภาพรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 4.15$, S.D. = 0.47) รายปัจจัย

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลแรงสนับสนุนทางสังคม แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน และการปฏิบัติงานเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมวัณโรคของ อสม. (n = 702)

ตัวแปร	$\bar{X}$	S.D.	การแปลผล
แรงสนับสนุนทางสังคม	3.94	0.55	สูง
1. อารมณ์หรือความรู้สึก	3.82	0.68	สูง
2. การประเมินคุณค่า	3.82	0.70	สูง
3. ทรัพยากร	3.57	0.76	ปานกลาง
4. ข้อมูลข่าวสาร	4.37	0.65	สูง
แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน	4.15	0.47	สูง
1. ปัจจัยจูงใจหรือปัจจัยกระตุ้น	4.07	0.50	สูง
1.1 ความสำเร็จในการทำงาน	4.14	0.57	สูง
1.2 การยอมรับนับถือ	3.92	0.60	สูง
1.3 โอกาสก้าวหน้าในตำแหน่งงาน	4.07	0.62	สูง
1.4 ลักษณะงาน	4.20	0.56	สูง
1.5 ความรับผิดชอบ	4.18	0.55	สูง
2. ปัจจัยค่าจ้างหรือปัจจัยสุขอนามัย	4.19	0.50	สูง
2.1 เงินเดือนหรือค่าตอบแทน	4.21	0.59	สูง
2.2 ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล	4.25	0.55	สูง
2.3 สภาพในการทำงาน	4.16	0.55	สูง
2.4 นโยบายและการบริหารงาน	4.18	0.54	สูง
2.5 ความมั่นคงในงาน	4.19	0.60	สูง
2.6 วิธีปกครองบังคับบัญชา	4.18	0.57	สูง
การปฏิบัติงานเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมวัณโรค	3.90	0.90	สูง

3. ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคของ อสม. เรียงลำดับตามความสามารถในการอธิบายความแปรปรวนของการปฏิบัติงานเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคของ อสม. พบว่า ตัวแปรที่ถูกคัดเลือกเข้าไปในการวิเคราะห์ขั้นตอนที่ 1 คือ ความมั่นคงในงาน โดยมีผลทางบวกสามารถอธิบายความแปรปรวนของตัวแปรตามได้ ร้อยละ 13.4 ($R^2 = 0.134$) ตัวแปรที่ถูกคัดเลือกเข้าไปในการวิเคราะห์ขั้นตอนที่ 2 คือ การประเมินคุณค่า โดยมีผลทางบวกสามารถอธิบายความแปรปรวนของตัวแปรตามได้เพิ่มขึ้น ร้อยละ 2.8 เป็นร้อยละ 16.2 ($R^2 \text{ Change} = 0.028$, $R^2 = 0.162$) ตัวแปรที่ถูกคัดเลือกเข้าไปในการวิเคราะห์ขั้นตอนที่ 3 คือ โอกาสก้าวหน้าในตำแหน่งงาน โดยมีผลทางบวกสามารถอธิบายความแปรปรวนของตัวแปรตามได้เพิ่มขึ้น ร้อยละ 1.1 เป็นร้อยละ 17.3

ตารางที่ 2 แสดงผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอนระหว่างตัวแปรพยากรณ์กับการปฏิบัติงานเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคของ อสม. ($n = 720$)

ตัวแปรพยากรณ์	R^2	$R^2 \text{ Change}$	β	b	s.e. of b	t	p-value
ความมั่นคงในงาน	0.134	0.133	0.180	0.271	0.075	3.591	<0.001
การประเมินคุณค่า	0.162	0.160	0.127	0.165	0.050	3.284	0.001
โอกาสก้าวหน้าในตำแหน่งงาน	0.173	0.169	0.103	0.150	0.068	2.225	0.026
อนุสัญญา/ปวส. (ปริญญาตรีหรือสูงกว่า = กลุ่มอ้างอิง)	0.182	0.177	-0.100	-0.365	0.124	-2.939	0.003
สภาพในการทำงาน	0.187	0.181	0.112	0.182	0.086	2.115	0.035

Constant (a) = 0.795, $R = 0.432$, $R^2 = 0.187$, Adjusted $R^2 = 0.181$, $F = 32.777$, $MSE = 0.668$, $p < 0.05$

โดยสามารถเขียนสมการในการพยากรณ์การปฏิบัติงานเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคของ อสม. ในรูปคะแนนดิบได้ ดังนี้ การปฏิบัติงานเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคของ อสม. = $0.795 + 0.271$ (ความมั่นคงในงาน) + 0.165 (การประเมินคุณค่า) + 0.150 (โอกาสก้าวหน้าในตำแหน่งงาน) - 0.365 (อนุสัญญาหรือประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง) + 0.182 (สภาพในการทำงาน)

อภิปรายผล

จากผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรค

($R^2 \text{ Change} = 0.011$, $R^2 = 0.173$) ตัวแปรที่ถูกคัดเลือกเข้าไปในการวิเคราะห์ขั้นตอนที่ 4 คือ การศึกษา โดย อสม. ที่สำเร็จการศึกษาระดับอนุสัญญาหรือประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง (ปวส.) มีการปฏิบัติงานเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคน้อยกว่า อสม. ที่สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่า (กลุ่มอ้างอิง) ซึ่งสามารถอธิบายความแปรปรวนของตัวแปรตามได้เพิ่มขึ้น ร้อยละ 0.9 เป็นร้อยละ 18.2 ($R^2 \text{ Change} = 0.009$, $R^2 = 0.182$) ตัวแปรที่ถูกคัดเลือกเข้าไปในการวิเคราะห์ขั้นตอนที่ 5 คือ สภาพในการทำงาน โดยมีผลทางบวกสามารถอธิบายความแปรปรวนของตัวแปรตามได้เพิ่มขึ้น ร้อยละ 0.5 เป็นร้อยละ 18.7 ($R^2 \text{ Change} = 0.005$, $R^2 = 0.187$) ซึ่งตัวแปรพยากรณ์ทั้ง 5 ตัวแปรสามารถร่วมกันพยากรณ์การปฏิบัติงานเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคของ อสม. ได้ ร้อยละ 18.7 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนตัวแปรอื่น ๆ ไม่มีผลต่อการปฏิบัติงาน รายละเอียดดังตารางที่ 2

ของ อสม. อำเภอสวรรคโลก จังหวัดสุโขทัย พบว่า ตัวแปรความมั่นคงในงาน การประเมินคุณค่า โอกาสก้าวหน้าในตำแหน่งงาน การศึกษาระดับอนุสัญญา

หรือประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง และสภาพในการทำงาน ร่วมกันพยากรณ์การปฏิบัติงานเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมวัณโรคได้ ร้อยละ 18.7 โดยนำมาอภิปรายผลตามลำดับ ดังนี้

1. ความมั่นคงในงาน มีผลทางบวกต่อการปฏิบัติงานเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมวัณโรค เมื่อความมั่นคงในงานเพิ่มขึ้นจะมีการปฏิบัติงานเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมวัณโรคเพิ่มขึ้น อธิบายได้ว่า อสม. มีความมั่นคงในงานอยู่ในระดับสูง การมีอยู่ของความมั่นคงในงานสามารถป้องกันความไม่พึงพอใจในการปฏิบัติงาน หากรู้สึกไม่มั่นคงในบทบาทหรือสถานะของตนย่อมส่งผลให้เกิดความกังวล และลดทอนความตั้งใจในการปฏิบัติงานลง ในทางกลับกัน เมื่อความมั่นคงในงานเพิ่มขึ้นแม้จะไม่ได้เป็นปัจจัยที่สร้างแรงจูงใจโดยตรง แต่ก็พื้นฐานสำคัญที่ทำให้ อสม. สามารถทุ่มเทและมุ่งมั่นการปฏิบัติงานเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมวัณโรคได้อย่างเต็มที่ โดยไม่ต้องกังวลถึงสถานภาพในอนาคต (Herzberg, Mausner & Snyderman, 1959) สอดคล้องกับการศึกษาของภรณ์อนงค์ กุลเกล้า (2564) พบว่าความมั่นคงในการปฏิบัติงานมีผลต่อการปฏิบัติงานของ อสม. ในการควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

2. การประเมินคุณค่า มีผลทางบวกต่อการปฏิบัติงานเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมวัณโรค เมื่อการประเมินคุณค่าเพิ่มขึ้นจะมีการปฏิบัติงานเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมวัณโรคเพิ่มขึ้น อธิบายได้ว่า อสม. มีการประเมินคุณค่าอยู่ในระดับสูง การที่ อสม. ได้รับการยืนยันถึงคุณค่าและความสามารถของตนเองผ่านการสื่อสารจากภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง เจ้าหน้าที่สาธารณสุข หมู่บ้าน/ชุมชน หรือประชาชนที่ดูแล จะช่วยเสริมสร้างความภาคภูมิใจและเชื่อมั่นในความสามารถในตนเอง รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าและบทบาทของตนมีความสำคัญ ย่อมส่งผลให้พวกเขามีความกระตือรือร้นและทุ่มเทในการปฏิบัติงานเพิ่มขึ้น ส่งผลดีต่อการปฏิบัติงานเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมวัณโรค (House, 1981) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา

ของภูษิต ชันกลีกรรม และจักรพันธ์ เพ็ชรภูมิ (2565) พบว่า การได้รับแรงสนับสนุนด้านการให้การประเมินผล มีผลต่อการปฏิบัติตามแนวทางการควบคุมวัณโรคของ อสม. และอัจฉราพร สหวิริยะสิน และกมลวรรณ สุวรรณ (2567) ที่พบว่า การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานตามแนวทางการป้องกันและควบคุมวัณโรคปอดในชุมชนของ อสม.

3. โอกาสก้าวหน้าในตำแหน่งงาน มีผลทางบวกต่อการปฏิบัติงานเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมวัณโรค เมื่อโอกาสก้าวหน้าในตำแหน่งงานเพิ่มขึ้นจะมีการปฏิบัติงานเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมวัณโรคเพิ่มขึ้น อธิบายได้ว่า อสม. มีโอกาสก้าวหน้าในตำแหน่งงานอยู่ในระดับสูง การมีโอกาสนี้ในตำแหน่งงานไม่ได้เป็นเพียงการป้องกันความไม่พึงพอใจ แต่เป็นการสร้างความพึงพอใจและแรงจูงใจที่แท้จริง สำหรับ อสม. โอกาสก้าวหน้าอาจไม่ได้หมายถึงการเลื่อนตำแหน่งในโครงสร้างองค์กรที่มีเงินเดือน แต่หมายถึงการได้รับโอกาสในการพัฒนาทักษะเฉพาะทาง การได้รับบทบาทและความรับผิดชอบที่เพิ่มขึ้น การเป็นผู้เชี่ยวชาญหรือการได้รับการยอมรับในฐานะผู้นำในงานด้านสาธารณสุขของหมู่บ้าน/ชุมชน เมื่อ อสม. มองเห็นเส้นทางในการเติบโตและพัฒนาตนเองย่อมกระตุ้นให้เกิดความมุ่งมั่นและทุ่มเทในการปฏิบัติงานอย่างเต็มศักยภาพ (Herzberg, Mausner & Snyderman, 1959) สอดคล้องกับการศึกษาของ Yaebkai & Wongsawat (2022) พบว่า โอกาสก้าวหน้าในตำแหน่งงานมีผลต่อการปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพ การเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรค การฟื้นฟูสุขภาพ และการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพของ อสม.

4. ผลการศึกษา พบว่า อสม. ที่สำเร็จการศึกษาระดับอนุปริญญาหรือประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง (ปวส.) มีการปฏิบัติงานเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมวัณโรคน้อยกว่า อสม. ที่สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่า อธิบายได้ว่า ระดับการศึกษามักเป็นตัวบ่งชี้ถึงความสามารถในการเรียนรู้ การทำความเข้าใจข้อมูล ที่ซับซ้อน และการประยุกต์ใช้ความรู้ อสม. ที่มีระดับ

การศึกษาสูงอาจมีพื้นฐานความรู้ ทักษะการคิดวิเคราะห์ ความสามารถในการเข้าถึงและตีความข้อมูลด้านสุขภาพ ได้ดีกว่าสามารถปฏิบัติงานที่ซับซ้อน เช่น การคัดกรอง กลุ่มเสี่ยง การให้คำแนะนำที่ถูกต้องแม่นยำ การติดตามการรักษา การลดการตีตราในชุมชน หรือ การประสานงานกับบุคลากรทางการแพทย์ และสาธารณสุขได้ดียิ่งขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของวาริน เชื้อนแก้ว (2564) พบว่า ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน ป้องกันและควบคุมวัณโรคของ อสม. ดังนั้น จึงควร สนับสนุนการพัฒนาศักยภาพ อสม. ในด้านองค์ความรู้ เกี่ยวกับวัณโรค มีความสามารถในการคัดกรอง ค้นหา ผู้ป่วยรายใหม่และให้การดูแลผู้ป่วยวัณโรคที่บ้านได้ อย่างต่อเนื่อง (กรภัทร อาจวานิชชากุล, 2564) อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง และเอกพันธ์ คำภีระ, สุมาลี เลิศมัลลิกาพร และอะเคือ อุนทเลทกะ (2564) ที่พบว่า ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค ปอดมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของ อสม. ในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคปอดในชุมชน

5. สภาพในการทำงาน มีผลทางบวก ต่อการปฏิบัติงานเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมวัณโรค เมื่อสภาพในการทำงานเพิ่มขึ้นจะมีการปฏิบัติงาน เฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมวัณโรคเพิ่มขึ้น อธิบาย ได้ว่า อสม. มีสภาพในการทำงานอยู่ในระดับสูง การที่มีสภาพในการทำงานที่ดี มีทรัพยากรที่เพียงพอ การมีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน และสภาพแวดล้อม ที่เอื้อต่อการทำงาน เป็นสิ่งจำเป็นในการป้องกัน ความไม่พึงพอใจและช่วยให้ อสม. สามารถปฏิบัติงาน ได้อย่างมีประสิทธิภาพหากสภาพในการทำงาน ไม่เอื้ออำนวยจะนำไปสู่ความไม่พึงพอใจและขัดขวาง การปฏิบัติงาน เช่น ขาดแคลนอุปกรณ์ ข้อมูลไม่ชัดเจน หรือมีอุปสรรคในการปฏิบัติงาน ย่อมส่งผลให้ อสม. รู้สึกท้อแท้และลดประสิทธิภาพในการปฏิบัติงาน เฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมวัณโรค ในทางกลับกัน สภาพในการทำงานดีจะช่วยให้ อสม. สามารถมุ่งเน้นไปที่

ภารกิจหลักได้ โดยไม่มีสิ่งรบกวนและสามารถปฏิบัติ หน้าที่ได้อย่างเต็มที่ (Herzberg, Mausner & Snyderman, 1959) สอดคล้องกับการศึกษา ของภรณ์อนงค์ กุลเกล้า (2564) พบว่า สภาพ การปฏิบัติงานมีผลต่อการปฏิบัติงานของ อสม. ในการ ควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

6. ตัวแปรอื่น ๆ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ อาชีพ รายได้ต่อเดือน โรคประจำตัว ระยะเวลา ในการเป็น อสม. การมีตำแหน่งอื่นในชุมชน อารมณ์หรือ ความรู้สึก ทรัพยากร ข้อมูลข่าวสาร ความสำเร็จ ในการทำงาน การยอมรับนับถือ ลักษณะงาน ความรับผิดชอบ เงินเดือนหรือค่าตอบแทน ความสัมพันธ์ ระหว่างบุคคล นโยบายและการบริหารงาน และวิธี ปกครองบังคับบัญชา ไม่มีผลต่อการปฏิบัติงานเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมวัณโรคของ อสม. อธิบายได้ว่า ตัวแปรความมั่นคงในงาน การประเมินคุณค่า โอกาส ก้าวหน้าในตำแหน่งงาน อนุปริญาหรือประกาศนียบัตร วิชาชีพชั้นสูง และสภาพในการทำงาน ร่วมกันพยากรณ์ การปฏิบัติงานเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมวัณโรค ของ อสม. ได้ ร้อยละ 18.7 ซึ่งนอกเหนือจากนั้น เป็นตัวแปรอื่น ๆ ที่ยังไม่ได้รับการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ อาจจะมีผลต่อการปฏิบัติงานเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมวัณโรคของ อสม. ร้อยละ 81.3

สรุปผล

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอ สวรรคโลก จังหวัดสุโขทัยมีแรงสนับสนุนทางสังคม แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน และการปฏิบัติงานเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมวัณโรคอยู่ในระดับสูง ปัจจัยที่มี ผลต่อการปฏิบัติงาน ได้แก่ ความมั่นคงในงาน การประเมินคุณค่า โอกาสก้าวหน้าในตำแหน่งงาน การศึกษาระดับอนุปริญาหรือประกาศนียบัตรวิชาชีพ ชั้นสูง และสภาพในการทำงาน ตัวแปรทั้ง 5 ตัวร่วมกัน พยากรณ์การปฏิบัติงานเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุม วัณโรคของ อสม. ได้ ร้อยละ 18.7

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรเสริมสร้างความมั่นคงในงาน และส่งเสริมโอกาสก้าวหน้าในตำแหน่งงาน เพื่อสร้างความมั่นคงในงานให้กับ อสม. และเปิดโอกาสในการพัฒนาทักษะเฉพาะทาง หรือการได้รับบทบาทและความรับผิดชอบที่เพิ่มขึ้น จะช่วยกระตุ้นแรงจูงใจและส่งผลดีต่อการปฏิบัติงานของ อสม. ได้อย่างเต็มศักยภาพ

2. ชุมชนและหน่วยงานต่าง ๆ ควรให้การยอมรับและประเมินคุณค่าในผลงานของ อสม. เพื่อสร้างความภาคภูมิใจและเชื่อมั่นในการปฏิบัติงานเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคอย่างต่อเนื่องและเป็นระบบ

3. ควรปรับปรุงสภาพในการทำงานและเพิ่มพูนความรู้เฉพาะทางอย่างต่อเนื่องให้กับ อสม. เพื่อเสริมสร้างความรู้ทักษะที่จำเป็นในการปฏิบัติงาน และสร้างสภาพในการทำงานให้เอื้ออำนวยและจัดสรรทรัพยากรที่จำเป็น อย่างเพียงพอต่อการปฏิบัติงานเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรค

ข้อเสนอแนะการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบการปฏิบัติงานของ อสม. ในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคในพื้นที่ที่มีบริบททางระบาดวิทยาของโรคแตกต่างกัน เช่น พื้นที่ในเขตเมือง หรือพื้นที่ชายแดน เพื่อให้สามารถระบุปัจจัยเฉพาะที่ส่งผลต่อการปฏิบัติงานในแต่ละบริบท และสามารถนำไปประยุกต์ใช้เพื่อการวางแผน และดำเนินงานด้านสาธารณสุขได้อย่างเหมาะสม

2. ควรทำการศึกษาวิจัยเพื่อหาปัจจัยอื่น ๆ ที่อาจมีผลต่อการปฏิบัติงานของ อสม. ในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรค เนื่องจากผลการวิจัยในครั้งนี้สามารถอธิบายความผันแปรของตัวแปรตาม คือการปฏิบัติงานของ อสม. ได้เพียงร้อยละ 18.7 ยังมีตัวแปร/ปัจจัยอื่น ๆ ที่ยังไม่ได้รับการศึกษาเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครบถ้วนและครอบคลุมมากขึ้น

3. ควรมีการวิจัยและพัฒนาโปรแกรมการปฏิบัติงานของ อสม. ในการเฝ้าระวัง ป้องกัน

และควบคุมโรค โดยใช้รูปแบบการวิจัยและพัฒนา หรือการวิจัยกึ่งทดลอง เช่น การพัฒนาโปรแกรมเฉพาะทางในการเฝ้าระวัง และติดตามดูแลผู้ป่วยโรคในชุมชน เพื่อพัฒนากลยุทธ์การเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคในชุมชน

เอกสารอ้างอิง

กรภัทร อาจวานิชชากุล. (2564). การพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เชี่ยวชาญด้านโรค. *วารสารควบคุมโรค*, 47(4), 955-966.

<https://doi.org/10.14456/dcj.2021.83>

กระทรวงสาธารณสุข. (2568). *Health KPI*. สืบค้น 5 พฤษภาคม 2568 จาก

<https://healthkpi.moph.go.th/kpi2/kpi/index2/>

กรมควบคุมโรค. (2566). *รายงานสถานการณ์โรคในประเทศไทย*. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2562). *แบบรายงานระบบฐานข้อมูลอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน*. สืบค้น 5 พฤษภาคม 2568 จาก <https://www.thaiphc.net/new2020/content/1>

ชำนาญ ประดับเพชร. (2564). การรับรู้และพฤติกรรม การป้องกันโรคของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอนองแสง จังหวัดสระบุรี. *วารสารการแพทย์และสาธารณสุขเขต 4*, 11(2), 60-71.

ภูษิต ชันศิริกรรม และจักรพันธ์ เพ็ชรภูมิ. (2565). ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติตามแนวทางการควบคุมโรคของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดพิษณุโลก. *วารสารควบคุมโรค*, 48(3), 525-538.

<https://doi.org/10.14456/dcj.2022.45>

ภรณ์อนงค์ กุลเกล้า. (2564). แรงจูงใจที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา

- 2019 (COVID-19) อำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี. *วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน*, 6(3), 45–54.
- โรงพยาบาลสวรรค์โลก. (2565). *รายงานประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2565*. สุโขทัย: โรงพยาบาลสวรรค์โลก.
- วาริน เชื้อนแก้ว. (2564). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันและควบคุมวัณโรค อำเภอดอกคำใต้ จังหวัดพะเยา. *วารสารศาสตร์สุขภาพและการศึกษา*, 1(2), 30–44.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย. (2566). *รายงานประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566*. สุโขทัย: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย.
- อัจฉราพร สหวิริยะสิน และกมลวรรณ สุวรรณ. (2567). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานตามแนวทางการป้องกันและควบคุมวัณโรคปอดในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 42(4), e274749.
- เอกพันธ์ คำภีระ, สุมาลี เลิศมัลลิกาพร และอะเคื้อ อุนทเลชกะ. (2564). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคปอดในชุมชน. *พยาบาลสารมหาวิทยาลัยเชียงใหม่*, 48(1), 174–186.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2023, November 15). *Drug-resistant tuberculosis*. U.S. Department of Health & Human Services. https://www.cdc.gov/tb/statistics/reports/2022/drug_resistant.htm
- Herzberg, F., Mausner, B., & Snyderman, B. B. (1959). *The motivation to work* (2nd ed.). New York: John Wiley & Sons.
- House, J. S. (1981). *Work stress and social support*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Van Voorhis, C. R. W., & Morgan, B. L. (2007). Understanding power and rules of thumb for determining sample sizes. *Tutorials in Quantitative Methods for Psychology*, 3(2), 43–50. <https://doi.org/10.20982/tqmp.03.2.p043>
- World Health Organization. (2023). *Global tuberculosis report 2023*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- Yaebkai, Y. & Wongsawat, P. (2022). Factors affecting performance of village health volunteers in Sukhothai, Thailand. *Journal of Public Health and Development*, 20(1), 120-131. <https://doi.org/10.55131/jphd/2022/2001>

ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานสุขภาพจิตชุมชน
ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอวังทอง จังหวัดพิษณุโลก
FACTORS AFFECTING THE COMMUNITY MENTAL HEALTH PERFORMANCE OF
VILLAGE HEALTH VOLUNTEERS IN WANG THONG DISTRICT,
PHITSANULOK PROVINCE

จุฬาลักษณ์ ชันคำ, สุธีธิดา กลมกลอม, ยุทธนา แยกคาย*, กฤษณีย์ ศรีใจ, จีรภัทร์ รัตนชมภู
Juralak Khankham, Suteetida Komklom, Yutthana Yaebkai*, Kridanai Srijai, Jeeraphat Rattanachompoo
วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก
Sirindhorn College of Public Health Phitsanulok
Corresponding author: yutthanaya@scphpl.ac.th*

Received: 25 Aug., 2025

Revised: 23 Oct., 2025

Accepted: 27 Oct., 2025

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนามีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานสุขภาพจิตชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อำเภอวังทอง จังหวัดพิษณุโลก กลุ่มตัวอย่างคือ อสม. จำนวน 330 คน ได้จากการสุ่มตัวอย่างแบบเป็นระบบ เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและการวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอน กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ผลการวิจัยพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต การมีส่วนร่วม และการปฏิบัติงานสุขภาพจิตชุมชนของ อสม. อยู่ในระดับปานกลาง ส่วนแรงสนับสนุนทางสังคมและแรงจูงใจในการปฏิบัติงานอยู่ในระดับสูง ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานสุขภาพจิตชุมชนของ อสม. ได้แก่ แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต การฝึกอบรม อสม. เชี่ยวชาญสาขาสุขภาพจิตชุมชน และการมีส่วนร่วม ซึ่งตัวแปรทั้ง 4 ตัวร่วมกันพยากรณ์การปฏิบัติงานสุขภาพจิตชุมชนของ อสม. ได้ ร้อยละ 33.0 ผลการวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่าหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรเพิ่มแรงจูงใจในการปฏิบัติงานของ อสม. พัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต ขยายการฝึกอบรม อสม. เชี่ยวชาญ สาขาสุขภาพจิตชุมชน ให้ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย และสร้างการมีส่วนร่วมระหว่าง อสม. และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องให้มากยิ่งขึ้น

คำสำคัญ: การปฏิบัติงาน; สุขภาพจิตชุมชน; อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน; แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน; ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต

Abstract

This descriptive research aimed to study the factors affecting the community mental health performance of Village Health Volunteers (VHVs) in Wang Thong District, Phitsanulok Province. The sample consisted of 330 VHVs selected by systematic random sampling. Data were collected using questionnaires and analyzed using descriptive statistics and stepwise multiple regression analysis. The results indicated that VHVs' mental health literacy, participation, and community

mental health performance were at a moderate level, while their social support and work motivation were at a high level. Factors affecting VHVs' community mental health performance included work motivation, mental health literacy, training for VHVs specializing in community mental health, and participation. These four predictors together significantly explained 33.0% of the variance in community mental health performance at the 0.05 significance level. The findings suggest that relevant agencies should enhance VHVs' work motivation, improve mental health literacy, expand specialized training in community mental health to cover the target population, and strengthen participation between VHVs and related network partners.

Keywords: Performance, Community; mental health; Village health volunteers; Work motivation; Mental health literacy

บทนำ

ปัญหาสุขภาพจิตเป็นหนึ่งในประเด็นสาธารณสุขที่สำคัญระดับโลกและกำลังทวีความรุนแรงขึ้นอย่างต่อเนื่องมีประชากรเกือบหนึ่งพันล้านคนที่มีปัญหาสุขภาพจิตซึ่งมีความจำเป็นเร่งด่วนในการปฏิรูประบบสุขภาพจิต โดยเฉพาะประเด็นการตีตราทางสังคม การเลือกปฏิบัติ การเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพ และค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่สูง ในขณะที่วิกฤตการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น เช่น การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สงคราม และสภาพภูมิอากาศ ได้ส่งผลกระทบอย่างกว้างขวางต่อความทุกข์ทางใจของประชาชน และผลักดันให้ปัญหาสุขภาพจิตเพิ่มสูงขึ้นอย่างไม่เคยปรากฏมาก่อน ประกอบกับปัจจัยกำหนดสุขภาพจิตที่มีความซับซ้อนและมีความเกี่ยวข้องกับเศรษฐกิจ สังคม เทคโนโลยี และสิ่งแวดล้อม (World Health Organization, 2022) เมื่อพิจารณาสถานการณ์ในประเทศไทย พบว่า มีประชากรไทย 13.4 ล้านคนที่เคยประสบปัญหาสุขภาพจิตหรือโรคจิตเวชอย่างน้อยหนึ่งครั้งในชีวิต และมี 4.4 ล้านคนที่เผชิญกับปัญหาสุขภาพจิตในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ซึ่งปัญหาสุขภาพจิตมีแนวโน้มรุนแรงขึ้นทุกปี เพิ่มแรงกดดันต่อประชาชนในทุกช่วงวัย ปัญหาที่พบมีความหลากหลายและซับซ้อน ในปี 2566 มีผู้ป่วยเข้ารับบริการสุขภาพจิตสูงที่สุด

3 อันดับแรก ได้แก่ โรควิตกกังวล โรคซึมเศร้า และโรคจิตเวชอื่น ๆ ในขณะที่ปัญหาการฆ่าตัวตายยังคงเป็นประเด็นที่น่าเป็นห่วงมีผู้เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายสำเร็จ 5,172 คน หรือ 7.9 ต่อแสนประชากร ซึ่งสูงกว่าเป้าหมายที่กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข กำหนดไว้ที่ไม่เกิน 6.3 คนต่อแสนประชากร โดยกลุ่มอายุที่มีอัตราการเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายสูงสุดคือผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ในขณะที่กลุ่มวัยเรียน (15-19 ปี) มีอัตราการพยายามฆ่าตัวตายสูงที่สุด นอกจากนี้มีผลกระทบต่อชีวิตแล้วปัญหาสุขภาพจิตยังส่งผลกระทบอย่างมีนัยสำคัญต่อการสูญเสียปีสุขภาวะ (Disability-Adjusted Life Years: DALYs) โดยการทำร้ายตนเองเพียงอย่างเดียวทำให้สูญเสียปีสุขภาวะ 408,003 ปี และผู้ชายมีอัตราการสูญเสียปีสุขภาวะสูงกว่าผู้หญิง (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2568) อย่างไรก็ตาม ปัญหาเชิงโครงสร้างที่สำคัญของประเทศไทยคือการขาดแคลนบุคลากรเฉพาะทางโดยมีจิตแพทย์ 1.3 คนต่อประชากรแสนคน ซึ่งต่ำกว่ามาตรฐานขององค์การอนามัยโลกกำหนดไว้ที่ 1.7 คนต่อแสนประชากร และต่ำกว่าค่าเฉลี่ยทั่วโลกที่ 13 คนต่อแสนประชากร (World Health Organization & Ministry of Public Health, 2007) ปัญหานี้รุนแรงเป็นพิเศษในกลุ่ม

จิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น โดยมีเพียง 295 คนทั่วประเทศ และส่วนใหญ่กระจุกตัวอยู่ในกรุงเทพมหานคร (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2568) ในทำนองเดียวกัน การกระจายบริการสุขภาพจิตยังไม่ทั่วถึงโดยเฉพาะในพื้นที่ชนบทและห่างไกล (World Health Organization & Ministry of Public Health, 2007) ดังนั้น การแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพจิตชุมชนจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องพึ่งพาทุกภาคในระดับพื้นที่ โดยมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ได้เข้ามาทำหน้าที่เป็นด่านหน้าในการดูแลประชาชนในพื้นที่ได้อย่างใกล้ชิด (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2568)

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นแกนนำชุมชนที่อยู่ใกล้ชิด รับรู้ปัญหา และได้รับความไว้วางใจอย่างมากจากชุมชนจึงเป็นผู้ที่มีบทบาทและพลังอย่างยิ่งที่จะช่วยให้คนในชุมชนมีสุขภาพจิตดี และอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุขหรือทำให้ชุมชนเป็นชุมชนสุขภาพจิตดี โดยส่งเสริมสุขภาพจิต เช่น การให้ความรู้แก่คนในชุมชน เรื่องการดูแลจิตใจของตนเอง และคนในครอบครัวผ่านทางหอกระจายข่าวหรือวิทยุชุมชน ป้องกันปัญหาสุขภาพจิต เช่น สังเกตตรวจผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตต่าง ๆ ในชุมชน บรรเทาหรือแก้ไขปัญหา เช่น รับฟัง ให้คำแนะนำ ให้ข้อคิดเห็นเตือนใจแก่คนในชุมชนที่มีเรื่องทุกข์ใจ การติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง เช่น พูดคุยให้ญาติเห็นความสำคัญของการดูแลผู้ป่วยให้กินยาตามหมอสั่งอย่างต่อเนื่อง แนะนำหรือส่งไปรักษาต่อที่หน่วยบริการสุขภาพ และท้ายที่สุดคือ ปลอดภัย ให้กำลังใจ เยี่ยมเยียน ถามไถ่อาการ ผู้เจ็บป่วยหรือมีปัญหาทางใจ ปลอดภัยให้กำลังใจ หรือรวบรวมความช่วยเหลือจากแหล่งต่าง ๆ ในชุมชน (กรมสุขภาพจิต, 2546) ในระยะเวลาต่อมา กรมสุขภาพจิต (2560) ได้มีการกำหนดบทบาทหน้าที่ของ อสม. เชี่ยวชาญ สาขาสุขภาพจิตชุมชน โดยมีหลักการปฏิบัติงานสุขภาพจิตชุมชน 3 ส. ประกอบด้วย

1) สอดส่อง มองหา (Look) เป็นการป้องกันปัญหาสุขภาพจิต โดยการมองหา สังเกต และเข้าถึงผู้ที่เสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิตในชุมชน เช่น กลุ่มวัยรุ่นที่ท้องไม่พร้อม กลุ่มวัยทำงานที่มีภาวะเครียด ซึมเศร้า กลุ่มวัยสูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง กลุ่มผู้พิการที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ 2) ใส่ใจรับฟัง (Listen) เป็นการดูแลด้านจิตใจคนในชุมชน ได้แก่ การบรรเทาหรือแก้ไขปัญหา และการส่งเสริมให้ความรู้ด้านสุขภาพจิต ซึ่งการบรรเทาหรือแก้ไขปัญหา เช่น รับฟัง ให้คำปรึกษา แนะนำให้ข้อคิดเตือนใจแก่คนที่ทุกข์ใจ ปลอดภัยให้กำลังใจ เยี่ยมเยียนถามไถ่อาการ ส่วนการส่งเสริมให้ความรู้ เรื่องการดูแลจิตใจตนเอง ครอบครัว และชุมชน อาจสื่อสารผ่านหอกระจายข่าวหรือวิทยุชุมชน และ 3) ส่งต่อเชื่อมโยง (Link) เป็นการช่วยให้ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง โดยการพูดคุยกับผู้ป่วยและญาติให้เห็นความสำคัญของการรับประทายหรือการปฏิบัติตัวตามคำแนะนำของแพทย์ การประสานกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการส่งต่อ การติดตามเยี่ยมบ้านร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข รวมถึงการสื่อสารให้คนในชุมชนรับทราบเกี่ยวกับบริการสายด่วนกรมสุขภาพจิต 1323 ซึ่งให้บริการตลอด 24 ชั่วโมง (กรมสุขภาพจิต, 2560)

การปฏิบัติงานสุขภาพจิตชุมชนของ อสม. เป็นการกระทำหรือการดำเนินการส่งเสริมและสร้างความร่วมมือของคนในชุมชนเพื่อให้ชุมชนที่อยู่อาศัยมีสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการสร้างสุข มีการแสดงออกของพฤติกรรมที่ดีต่อกันและกัน อย่างเหมาะสม และสามารถให้การยอมรับ สร้างการช่วยเหลือเพื่อนในชุมชนที่ประสบปัญหาทั้งด้านร่างกายและจิตใจได้โดยสามารถสื่อถึงจิตใจความเป็นมนุษย์ เคารพศักดิ์ศรีอย่างเสมอภาค และมีวิถีชีวิตการดำรงอยู่ที่ผสมผสานกับวัฒนธรรมชุมชนที่ดี (ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง การประกาศเกียรติคุณอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านดีเด่น (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2567, 2567) และเป็นกลไกสำคัญ

ของการดูแลจิตใจเบื้องต้นของประชาชนที่ประสบภาวะวิกฤตมีความทั่วถึงและรวดเร็วและเป็นจุดเริ่มต้นของการดูแลสุขภาพจิตที่สมบูรณ์ (เจนจิรา เกียรติสินทรัพย์ และสาริณี โต๊ะทอง, 2564) อย่างไรก็ตามยังพบว่าการปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในชุมชนของ อสม. อยู่ในระดับปานกลาง (ศุภมาส อรชร, 2567) ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาความรู้ด้านสุขภาพจิต การมีส่วนร่วม แรงสนับสนุนทางสังคม แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน และการปฏิบัติงานสุขภาพจิตชุมชนของ อสม. และศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานสุขภาพจิตชุมชนของ อสม. อำเภอวังทอง จังหวัดพิษณุโลก เพื่อนำผลการวิจัยไปใช้ในการพัฒนาแนวทางการฝึกอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเชี่ยวชาญสาขาสุขภาพจิตชุมชน พัฒนาการศักยภาพ เพิ่มพูนความรู้ความสามารถ และทักษะการปฏิบัติงานสุขภาพจิตของ อสม. ตลอดจนการส่งเสริมและสนับสนุนการปฏิบัติงานสุขภาพจิตของ อสม. ต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานสุขภาพจิตชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอำเภอวังทอง จังหวัดพิษณุโลก

วิธีการศึกษา

รูปแบบการวิจัย การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ของอำเภอวังทอง จังหวัดพิษณุโลก จำนวน 2,474 คน (กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน, 2562) คำนวณขนาดตัวอย่างด้วยสูตรการประมาณค่าเฉลี่ย (กัลยา วานิชย์บัญชา และฐิตา วานิชย์บัญชา, 2558) ได้ขนาดตัวอย่าง จำนวน 333 คน ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบเป็นระบบ โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก ได้แก่ มีอายุ 20 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ปฏิบัติงาน

เป็น อสม. ไม่น้อยกว่า 1 ปี และยินดีให้ข้อมูล สำหรับเกณฑ์การคัดออก ได้แก่ เสียชีวิต ลาออก มติประชาคมให้ออก ย้ายที่อยู่ไปในพื้นที่อื่น มีอาการเจ็บป่วยรุนแรงกะทันหันไม่สามารถให้ข้อมูลได้ และปฏิเสธหรือถอนตัวจากโครงการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล คือ แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งประกอบด้วย 6 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 ลักษณะทางประชากร ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ การศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน ระยะเวลาในการเป็น อสม. การฝึกอบรม โรคประจำตัว ภาวะซึมเศร้า (แบบคัดกรองโรคซึมเศร้าด้วย 2 คำถาม: 2Q) และความเครียด (แบบประเมินความเครียด: ST-5) ลักษณะคำถามเป็นเลือกตอบและเติมคำลงในช่องว่าง

ส่วนที่ 2 ความรู้ด้านสุขภาพจิต ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ ทุกครั้ง บ่อยครั้ง บางครั้ง นาน ๆ ครั้ง และไม่เคยทำ มีเกณฑ์การให้คะแนนคือ 5, 4, 3, 2 และ 1 คะแนน ตามลำดับ จำนวน 30 ข้อ การแปลความหมายโดยใช้คะแนนเฉลี่ย ($\bar{X}$) แบ่งเป็น 3 ระดับคือ ความรู้ด้านสุขภาพจิตอยู่ในระดับต่ำ (คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 2.33) ระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 2.34 – 3.67) และระดับสูง (คะแนนเฉลี่ย 3.68 – 5.00)

ส่วนที่ 3 การมีส่วนร่วม ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับคือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด มีเกณฑ์การให้คะแนนคือ 5, 4, 3, 2 และ 1 คะแนน ตามลำดับ จำนวน 10 ข้อ การแปลความหมายโดยใช้คะแนนเฉลี่ย ($\bar{X}$) แบ่งเป็น 3 ระดับคือ การมีส่วนร่วมอยู่ในระดับต่ำ (คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 2.33) ระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 2.34 – 3.67) และระดับสูง (คะแนนเฉลี่ย 3.68 – 5.00)

ส่วนที่ 4 แรงสนับสนุนทางสังคม ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ คือ เพียงพอ ไม่เพียงพอ และไม่เคยได้รับ มีเกณฑ์การให้คะแนนคือ 3, 2 และ 1 ตามลำดับ จำนวน 14 ข้อ

การแปลความหมายโดยใช้คะแนนเฉลี่ย ($\bar{X}$) แบ่งเป็น 3 ระดับคือ แรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับต่ำ (คะแนนเฉลี่ย 1.00 - 1.66) ระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 1.67 - 2.33) และระดับสูง (คะแนนเฉลี่ย 2.34 - 3.00)

ส่วนที่ 5 แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง มีเกณฑ์การให้คะแนนคือ 5, 4, 3, 2 และ 1 คะแนน ตามลำดับ จำนวน 50 ข้อ การแปลความหมายโดยใช้คะแนนเฉลี่ย ($\bar{X}$) แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ แรงจูงใจในการปฏิบัติงานอยู่ในระดับต่ำ (คะแนนเฉลี่ย 1.00 - 2.33) ระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 2.34 - 3.67) และระดับสูง (คะแนนเฉลี่ย 3.68 - 5.00)

ส่วนที่ 6 การปฏิบัติงานสุขภาพจิตชุมชน ของ อสม. ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับคือ ทุกครั้ง บ่อยครั้ง บางครั้ง น้อยครั้ง และไม่เคย โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนคือ 5, 4, 3, 2 และ 1 คะแนน ตามลำดับ จำนวน 11 ข้อ การแปลความหมายโดยใช้คะแนนเฉลี่ย ($\bar{X}$) แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ การปฏิบัติงานสุขภาพจิตชุมชนอยู่ในระดับต่ำ (คะแนนเฉลี่ย 1.00 - 2.33) ระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 2.34 - 3.67) และระดับสูง (คะแนนเฉลี่ย 3.68 - 5.00)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. ความตรงด้านเนื้อหา (Content validity) โดยนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นเสนอผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 คน เพื่อตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ของการวิจัยรายชื่อ (Index of Item-Objective Congruence: IOC) ระหว่าง 0.67 - 1.00

2. ความเชื่อมั่น (Reliability) โดยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (try out) หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต การมีส่วนร่วม แรงสนับสนุนทางสังคม แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน และการปฏิบัติงานสุขภาพจิตชุมชน โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's

alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.70, 0.93, 0.89, 0.98 และ 0.96 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. จัดทำหนังสือราชการจากวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก ถึงสำนักงานสาธารณสุขอำเภอวังทอง จังหวัดพิษณุโลก เพื่อขอความอนุเคราะห์ในการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่

2. จัดส่งแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่าง ช่วยตอบแบบสอบถามด้วยตนเองผ่านแบบฟอร์มออนไลน์ระหว่างเดือนมกราคมถึงกุมภาพันธ์ 2568

3. ติดตามผลการตอบแบบสอบถามจนได้รับข้อมูลครบถ้วนตามจำนวนที่กำหนด ตรวจสอบความสมบูรณ์ ความครบถ้วน และความถูกต้องของข้อมูล

4. กำหนดรหัสและบันทึกข้อมูลลงคอมพิวเตอร์ แล้วนำข้อมูลไปวิเคราะห์ผลการวิจัยตามวิธีการทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยใช้สถิติ ดังนี้

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด

2. สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics) ได้แก่ การวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression analysis) กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการพิจารณาและเห็นชอบ โดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก เอกสารรับรองเลขที่ IRRB of SCPHPL 10/2567.4.2 เมื่อวันที่ 26 ธันวาคม 2567 การรับรองนี้มีผลถึงวันที่ 26 ธันวาคม 2568

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลคุณลักษณะทางประชากร

กลุ่มตัวอย่างส่วนมากเป็นเพศหญิง ร้อยละ 78.1 มีอายุเฉลี่ย 56.61 ± 10.31 ปี ต่ำสุด 30 ปี และสูงสุด 89 ปี มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 68.8 สำเร็จการศึกษา ประถมศึกษา ร้อยละ 46.5 ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 57.4 มีรายได้ต่อเดือนเฉลี่ย $8,209.01 \pm 6,494.06$ บาท ต่ำสุด 2,000 บาท และสูงสุด 47,000 บาท มีระยะเวลาในการเป็น อสม. 15.39 ± 9.76 ปี ต่ำสุด 1 ปี และสูงสุด 40 ปี ผ่านอบรมพัฒนาศักยภาพ อสม. เชี่ยวชาญ สาขาสุขภาพจิตชุมชน ร้อยละ 14.1 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 64.9 เสี่ยงเป็นภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 99.4 และมีความเครียดรุนแรงมาก ร้อยละ 64.3

2. ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต การมีส่วนร่วม แรงสนับสนุนทางสังคม แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน และการปฏิบัติงานสุขภาพจิตชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

2.1 ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต ในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.62$, S.D. = 0.98) รายด้านสูงที่สุดคือ ด้านการจัดการตนเอง อยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 4.27$, S.D. = 1.02) รองลงมาคือ

ด้านการเข้าใจข้อมูลสุขภาพจิตอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.55$, S.D. = 1.38) น้อยที่สุดคือ ด้านการสื่อสารสุขภาพจิตอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.18$, S.D. = 1.23)

2.2 การมีส่วนร่วม อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.61$, S.D. = 0.96)

2.3 แรงสนับสนุนทางสังคม ในภาพรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 2.79$, S.D. = 0.33) รายด้านสูงที่สุดคือ ด้านการประเมินคุณค่าอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 2.86$, S.D. = 0.44) รองลงมาคือ ด้านทรัพยากรอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 2.83$, S.D. = 0.50) น้อยที่สุดคือ ด้านอารมณ์หรือความรู้สึกอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 2.72$, S.D. = 1.09)

2.4 แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน ในภาพรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 4.25$, S.D. = 0.54) รายปัจจัยอยู่ในระดับสูงทั้ง 2 ปัจจัยคือ ปัจจัยจูงใจหรือปัจจัยกระตุ้น ($\bar{X} = 4.20$, S.D. = 0.58) และปัจจัยคำจูง ($\bar{X} = 4.29$, S.D. = 0.56)

2.5 การปฏิบัติงานสุขภาพจิตชุมชนของ อสม. อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.51$, S.D. = 1.03) รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต การมีส่วนร่วม แรงสนับสนุนทางสังคม แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน และการปฏิบัติงานสุขภาพจิตชุมชนของ อสม. (n = 333)

ตัวแปร	$\bar{X}$	S.D.	การแปลผล
ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต	3.62	0.98	ปานกลาง
1. ด้านการเข้าใจข้อมูลสุขภาพจิต	3.55	1.38	ปานกลาง
2. ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพจิต	3.21	1.43	ปานกลาง
3. ด้านการสื่อสารสุขภาพจิต	3.18	1.23	ปานกลาง
4. ด้านการจัดการตนเอง	4.27	1.02	สูง
5. ด้านการรู้เท่าทันและสารสนเทศ	3.46	1.32	ปานกลาง
6. ด้านการตัดสินใจด้านสุขภาพจิต	3.33	1.41	ปานกลาง
การมีส่วนร่วม	3.61	0.96	ปานกลาง
แรงสนับสนุนทางสังคม	2.79	0.33	สูง
1. ด้านอารมณ์หรือความรู้สึก	2.72	1.09	สูง
2. ด้านการประเมินคุณค่า	2.86	0.44	สูง

ตัวแปร	$\bar{X}$	S.D.	การแปลผล
3. ด้านทรัพยากร	2.83	0.50	สูง
4. ด้านข้อมูลข่าวสาร	2.78	0.51	สูง
แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน	4.25	0.54	สูง
1. ปัจจัยจูงใจหรือปัจจัยกระตุ้น	4.20	0.58	สูง
1.1 ด้านความสำเร็จในการทำงาน	4.18	0.75	สูง
1.2 ด้านการยอมรับนับถือ	3.91	0.87	สูง
1.3 ด้านโอกาสก้าวหน้าในตำแหน่งงาน	4.45	0.63	สูง
1.4 ด้านลักษณะงาน	4.34	0.66	สูง
1.5 ด้านความรับผิดชอบ	4.31	0.67	สูง
2. ปัจจัยค่าจ้างหรือปัจจัยสุขอนามัย	4.29	0.56	สูง
2.1 ด้านเงินเดือนหรือค่าตอบแทน	4.25	0.68	สูง
2.2 ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล	4.39	0.68	สูง
2.3 ด้านสภาพในการทำงาน	4.25	0.70	สูง
2.4 ด้านนโยบายและการบริหารงาน	4.33	0.71	สูง
2.5 ด้านความมั่นคงในงาน	4.21	0.82	สูง
2.6 ด้านวิธีปกครองบังคับบัญชา	4.15	0.73	สูง
การปฏิบัติงานสุขภาพจิตชุมชน	3.51	1.03	ปานกลาง

3. ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานสุขภาพจิตชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอวังทอง จังหวัดพิษณุโลก

ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานสุขภาพจิตชุมชนของ อสม. เรียงลำดับตามความสามารถในการอธิบายความแปรปรวนของการปฏิบัติงานสุขภาพจิตชุมชนของ อสม. พบว่า ตัวแปรที่ถูกคัดเลือกเข้าไปในการวิเคราะห์ขั้นตอนที่ 1 คือ แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน โดยมีผลทางบวกสามารถอธิบายความแปรปรวนของตัวแปรตามได้ ร้อยละ 21.6 ($R^2 = 0.216$) ตัวแปรที่ถูกคัดเลือกเข้าไปในการวิเคราะห์ขั้นตอนที่ 2 คือ ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต โดยมีผลทางบวกสามารถอธิบายความแปรปรวนของตัวแปรตามได้เพิ่มขึ้น ร้อยละ 7.0 เป็นร้อยละ 28.6 ($R^2 \text{ Change} = 0.070$, $R^2 = 0.286$) ตัวแปรที่ถูกคัดเลือกเข้าไปในการวิเคราะห์ขั้นตอนที่ 3 คือ การฝึกอบรม อสม. สาขาสุขภาพจิตชุมชน สามารถอธิบายความแปรปรวนของตัวแปรตามได้เพิ่มขึ้น ร้อยละ 3.4 เป็นร้อยละ 32.0 ($R^2 \text{ Change} = 0.034$, $R^2 = 0.320$) ตัวแปรที่ถูกคัดเลือกเข้าไปในการวิเคราะห์ขั้นตอนที่ 5 คือ การมีส่วนร่วม โดยมีผลทางบวกสามารถอธิบายความแปรปรวนของตัวแปรตามได้เพิ่มขึ้น ร้อยละ 1.0 เป็นร้อยละ 33.0 ($R^2 \text{ Change} = 0.010$, $R^2 = 0.330$) ซึ่งตัวแปรพยากรณ์ทั้ง 4 ตัวแปรสามารถร่วมกันพยากรณ์การปฏิบัติงานสุขภาพจิตชุมชนของ อสม. ได้ ร้อยละ 33.0 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนตัวแปรอื่น ๆ ไม่มีผลต่อการปฏิบัติงานสุขภาพจิตชุมชนของ อสม. รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอนระหว่างตัวแปรพยากรณ์กับการปฏิบัติงานสุขภาพจิตชุมชนของ อสม. (n = 333)

ตัวแปรพยากรณ์	R ²	R ² Change	β	b	s.e. of b	T	p-value
แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน	0.216	0.216	0.293	0.554	0.099	5.612	<0.001
ความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพจิต	0.286	0.070	0.189	0.198	0.070	2.815	0.005
การฝึกอบรม (ไม่ได้ฝึกอบรม = กลุ่มอ้างอิง)	0.320	0.034	0.189	0.558	0.134	4.115	<0.001
การมีส่วนร่วม	0.330	0.010	0.146	0.156	0.071	2.196	0.029

Constant (a) = -0.604, R = 0.574, R² = 0.330, Adjusted R² = 0.322, F = 40.397, MSE = 0.717, p<0.05

4. สมการในการพยากรณ์การปฏิบัติงานสุขภาพจิตชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอวังทอง จังหวัดพิษณุโลก

จากผลการวิเคราะห์สามารถเขียนสมการอธิบายการปฏิบัติงานสุขภาพจิตชุมชนของ อสม. ได้ ดังนี้

$$\text{สมการพยากรณ์ } Y = a + b_1 x_1 + b_2 x_2 + b_3 x_3 + b_4 x_4$$

เมื่อ Y = การปฏิบัติงานสุขภาพจิตชุมชนของ อสม.

a = ค่าคงที่

b₁ = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน

b₂ = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพจิต

b₃ = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของการฝึกอบรม อสม. เชี่ยวชาญ สาขาสุขภาพจิตชุมชน

b₄ = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของการมีส่วนร่วม

x₁ = แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน

x₂ = ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต

x₃ = การฝึกอบรม อสม. เชี่ยวชาญ สาขาสุขภาพจิตชุมชน

x₄ = การมีส่วนร่วม

โดยสามารถเขียนสมการในการพยากรณ์การปฏิบัติงานสุขภาพจิตชุมชนของ อสม. ในรูปคะแนนดิบได้ ดังนี้

การปฏิบัติงานสุขภาพจิตชุมชนของ อสม. = -0.604 + 0.554 (แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน) + 0.198 (ความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพจิต) + 0.558 (การฝึกอบรม อสม. เชี่ยวชาญ สาขาสุขภาพจิตชุมชน) + 0.156 (การมีส่วนร่วม)

อภิปรายผล

จากผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานสุขภาพจิตชุมชนของ อสม. อำเภอวังทอง จังหวัดพิษณุโลก พบว่า ตัวแปรแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต การฝึกอบรม อสม. เชี่ยวชาญ สาขาสุขภาพจิตชุมชน และการมีส่วนร่วม ร่วมกันพยากรณ์การปฏิบัติงานสุขภาพจิตชุมชนของ อสม. ได้ ร้อยละ 33.0 โดยนำมาอภิปรายผลตามลำดับ ดังนี้

1. แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน มีผลต่อการปฏิบัติงานสุขภาพจิตชุมชนของ อสม. อธิบายได้ว่า อสม. มีแรงจูงใจในการปฏิบัติงานอยู่ในระดับสูง ซึ่งส่งผลต่อความพึงพอใจและความไม่พึงพอใจในการทำงาน โดยปัจจัยจูงใจหรือปัจจัยกระตุ้นจะช่วยเพิ่มแรงจูงใจและความพึงพอใจในการทำงานแต่หากไม่มีก็ไม่ได้ทำให้เกิดความไม่พึงพอใจในการทำงาน ส่วนปัจจัยค้ำจุนหรือปัจจัยสุขอนามัยไม่ได้สร้างแรงจูงใจแต่หากขาดหายไปหรือไม่เพียงพอจะทำให้เกิดความไม่พึงพอใจในการทำงาน (Herzberg, Mausner &

Snyderman, 1959) เมื่อ อสม. มีแรงจูงใจในการปฏิบัติงานเพิ่มขึ้นจะมีการปฏิบัติงานสุขภาพจิตชุมชนเพิ่มขึ้นเช่นเดียวกัน สอดคล้องกับการศึกษาของธีรปกรณ ศุภกิจโยธิน (2564) ที่พบว่า แรงจูงใจในการปฏิบัติงานมีผลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทการบริหารปฐมภูมิขั้นพื้นฐานโดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัลของ อสม. เขตสุขภาพที่ 3 แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของสุพัตรา จันทรสุวรรณ และคณะ (2564) ที่พบว่า แรงจูงใจในการปฏิบัติงานไม่มีผลต่อการปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตของ อสม.

2. ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต มีผลทางบวกต่อการปฏิบัติงานสุขภาพจิตชุมชนของ อสม. อธิบายได้ว่า อสม. มีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตอยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาของอดิพร สิทธิมงคล, สมบัติ สุกุลพรรณ และภัทราภรณ์ ภัทรสกุล (2568) ที่พบว่า อสม. มีความรอบรู้ทางสุขภาพจิตโดยรวมอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 45.83 โดยความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นสามารรถกำหนดคุณภาพของการปฏิบัติงานสุขภาพจิตชุมชนของ อสม. เนื่องจากความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่ได้จำกัดอยู่เพียงความรู้พื้นฐานแต่ครอบคลุมถึงความสามารถในการเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน และนำข้อมูลสุขภาพไปใช้เพื่อการตัดสินใจและการปฏิบัติที่เหมาะสม ซึ่งการจำแนกความรอบรู้ด้านสุขภาพออกเป็น 3 มิติ ได้แก่ ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน ความรอบรู้ด้านสุขภาพเชิงปฏิสัมพันธ์และความรอบรู้ด้านสุขภาพเชิงวิพากษ์ ทั้งนี้ ความรอบรู้ด้านสุขภาพจึงเป็นกลไกที่ช่วยให้ อสม. สามารถสื่อสารข้อมูลที่ถูกต้อง ลดอคติ และจัดการกับความซับซ้อนของปัญหาสุขภาพจิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Nutbeam, 2000) ในขณะที่ อสม. ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตสูงย่อมมีทักษะในการปฏิบัติงานสุขภาพจิตชุมชนเชิงรุกได้อย่างแม่นยำและถูกต้อง เมื่อ อสม. มีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตเพิ่มขึ้นจะมีการปฏิบัติงานสุขภาพจิตชุมชนเพิ่มขึ้นเช่นเดียวกัน สอดคล้องกับการศึกษาของพิมพ์ณิธร ผุดผาด (2567) ที่พบว่า ความรอบรู้

ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานเป็น อสม. และสายชล ศรีพนมวรรณ (2567) พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับบทบาทของ อสม. ในการป้องกันโรคเรื้อรัง

3. การฝึกอบรม โดย อสม. ที่ได้รับการฝึกอบรม อสม. เชี่ยวชาญ สาขาสุขภาพจิตชุมชน มีการปฏิบัติงานสุขภาพจิตชุมชนมากกว่า อสม. ที่ไม่ได้รับการฝึกอบรม อสม. เชี่ยวชาญ สาขาสุขภาพจิตชุมชน อธิบายได้ว่า อสม. ผ่านอบรมพัฒนาศักยภาพ อสม. เชี่ยวชาญ สาขาสุขภาพจิตชุมชน ร้อยละ 14.1 ซึ่งการอบรมเป็นกระบวนการเพิ่มพูนความรู้ความเข้าใจ และทักษะเฉพาะทางทำให้ อสม. สามารถดำเนินงานคัดกรองให้คำปรึกษา ดูแล และส่งต่อผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตได้อย่างมั่นใจและถูกต้อง รวมถึงใช้เป็นเครื่องมือในการเสริมสร้างศักยภาพโดยเน้นหลักการทำงาน “สอดส่องมองหา ใส่ใจรับฟัง และส่งต่อเชื่อมโยง” ซึ่งช่วยให้ อสม. สามารถเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิตในกลุ่มเสี่ยง เช่น วัยรุ่นที่ท้องไม่พร้อม ผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง หรือผู้มีภาวะซึมเศร้า ตลอดจนมีทักษะการให้คำปรึกษาเบื้องต้นและการดูแลด้านจิตใจของประชาชนในชุมชน นอกจากนี้ การได้รับการฝึกอบรมไม่ได้เพียงเพิ่มความรู้แต่ยังสร้างความมั่นใจและแรงจูงใจในการปฏิบัติงานส่งผลให้ อสม. สามารถทำหน้าที่เป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพจิตในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลในทางตรงกันข้าม อสม. ที่ไม่ได้รับการฝึกอบรมอาจขาดความมั่นใจและขีดความสามารถในการประเมินและจัดการปัญหาสุขภาพจิตทำให้การปฏิบัติงานสุขภาพจิตชุมชนมีข้อจำกัดมากกว่า (กรมสุขภาพจิต, 2560) สอดคล้องกับการศึกษาของธีรปกรณ ศุภกิจโยธิน (2564) ที่พบว่า การได้รับการพัฒนาศักยภาพ/อบรมมีผลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทการบริหารปฐมภูมิขั้นพื้นฐานโดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัลของ อสม. เขตสุขภาพที่ 3 แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของสุพัตรา จันทรสุวรรณ และคณะ (2564) ที่พบว่า การอบรมความรู้ทางด้านสุขภาพจิตไม่มีผลต่อการปฏิบัติงาน

ส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตของ อสม.

4. การมีส่วนร่วม มีผลทางบวกต่อการปฏิบัติงานสุขภาพจิตชุมชนของ อสม. อธิบายได้ว่า การปฏิบัติงานสุขภาพจิตชุมชนของ อสม. จำเป็นต้องอาศัยการร่วมคิดร่วมทำ และร่วมรับผิดชอบกับครอบครัว ชุมชน และหน่วยบริการสุขภาพ ซึ่งช่วยสร้างความรู้สึกเป็นเจ้าของงานและความผูกพันต่อการปฏิบัติหน้าที่ (กรมสุขภาพจิต, 2546) การมีส่วนร่วมยังทำให้ อสม. สามารถเข้าถึงข้อมูลเชิงลึก เข้าใจบริบทของปัญหา และสร้างความไว้วางใจกับประชาชนส่งผลให้การคัดกรอง การให้คำปรึกษา และการส่งต่อผู้ที่มีภาวะเสี่ยงเป็นไปอย่างมีคุณภาพและต่อเนื่อง (กรมสุขภาพจิต, 2560) โดย อสม. มีส่วนร่วมในหลายระดับ ได้แก่ ระดับครอบครัวที่ทำหน้าที่เฝ้าระวังและติดตามพฤติกรรมสุขภาพจิตของสมาชิกในครัวเรือน ระดับชุมชนที่เข้ามาร่วมในกิจกรรมรณรงค์ การประชุม และการสร้างเสริมสุขภาพจิต และระดับเครือข่ายบริการสุขภาพที่เชื่อมโยงประชาชนกับหน่วยบริการสุขภาพเพื่อให้การดูแลและฟื้นฟูเป็นไปอย่างรวดเร็วและต่อเนื่อง ทั้งนี้ การมีส่วนร่วมจึงไม่ใช่เป็นเพียงการเข้าร่วมกิจกรรม แต่เป็นปัจจัยที่ก่อให้เกิดทุนทางสังคม ความไว้วางใจ และความเข้มแข็งของระบบสุขภาพจิตชุมชนในภาพรวม (กรมสุขภาพจิต, 2546; กรมสุขภาพจิต, 2560) การปฏิบัติงานของ อสม. ต้องอาศัยความร่วมมือและการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง เปิดโอกาสให้ภาคีเครือข่ายเข้ามามีส่วนร่วมในทุกขั้นตอน การปฏิบัติงานโดยเริ่มตั้งแต่การแบ่งปันข้อมูลปรึกษาหารือ การเข้ามาเกี่ยวข้อง การร่วมมือและเสริมพลังเพิ่มอำนาจจะทำให้ภาคีเครือข่ายมีความรู้สึกเป็นเจ้าของปัญหาและจะร่วมมือกับ อสม. อย่างเต็มที่ หาก อสม. ปฏิบัติงานเพียงลำพังขาดความร่วมมือหรือการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานจะทำให้ผลการปฏิบัติงานออกมาไม่ดีเท่าที่ควรหรือล้มเหลวได้ ตลอดจนการได้รับการชื่นชม ยกย่องสนับสนุนจากบุคคลที่ใกล้ชิด ทีมงาน กลุ่มบุคคลอื่น

และหน่วยงานต่าง ๆ เพื่อเอื้ออำนวยและสนับสนุน ทำให้ตนเกิดแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ในการทำงานให้เกิดผลสำเร็จในที่สุด (ยุทธนา แยกคาย และปราโมทย์ วงศ์สวัสดิ์, 2566) สอดคล้องกับการศึกษาของศิริภัทรา จุฑามณี และคณะ (2565) ที่พบว่า อสม. มีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพจิตของผู้สูงอายุภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ในระดับมาก

5. ตัวแปรอื่น ๆ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ การศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน ระยะเวลาในการเป็น อสม. โรคประจำตัว ภาวะซึมเศร้า ความเครียด และแรงสนับสนุนทางสังคม ไม่มีผลต่อการปฏิบัติงานสุขภาพจิตชุมชนของ อสม. อธิบายได้ว่า ตัวแปรแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต การฝึกอบรม อสม. เชี่ยวชาญ สาขาสุขภาพจิตชุมชน และการมีส่วนร่วม ร่วมกันพยากรณ์การปฏิบัติงานสุขภาพจิตชุมชนของ อสม. ได้ ร้อยละ 33.0 ซึ่งนอกเหนือจากนี้เป็นตัวแปรอื่น ๆ ที่ยังไม่ได้มีการวิจัยในครั้งนี้อาจจะมีผลต่อการปฏิบัติงานสุขภาพจิตชุมชนของ อสม. ร้อยละ 67.0

สรุปผล

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอวังทอง จังหวัดพิษณุโลก มีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต การมีส่วนร่วม และการปฏิบัติงานสุขภาพจิตชุมชนอยู่ในระดับปานกลาง แรงสนับสนุนทางสังคม และแรงจูงใจในการปฏิบัติงานอยู่ในระดับสูง ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานสุขภาพจิตชุมชน ได้แก่ แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต การฝึกอบรม อสม. เชี่ยวชาญ สาขาสุขภาพจิตชุมชน และการมีส่วนร่วม ซึ่งตัวแปรทั้ง 4 ตัวร่วมกันพยากรณ์การปฏิบัติงานสุขภาพจิตชุมชนของ อสม. ได้ ร้อยละ 33.0

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. กระทรวงสาธารณสุข ควรพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตอย่างเป็นระบบ โดยจัดทำหลักสูตรพัฒนา

ศักยภาพแบบฐานสมรรถนะประกอบด้วยสื่อการเรียนรู้ มาตรฐาน คู่มือปฏิบัติงานอย่างย่อและเครื่องมือ ประเมินผลก่อน-หลังการอบรม ใช้เครื่องมือคัดกรอง ที่ผ่านการรับรองมาตรฐานควบคู่กับแนวทางการส่งต่อ และการดูแลต่อเนื่อง เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการ คัดกรอง การส่งต่อ และการดูแลผู้ที่มีความเสี่ยง ด้านสุขภาพจิตอย่างถูกต้องและมีคุณภาพ

2. กรมสุขภาพจิต และกรมสนับสนุนบริการ สุขภาพ ควรขยายผลและยกระดับมาตรฐานการฝึกอบรม อสม. เชี่ยวชาญ สาขาสุขภาพจิตชุมชน โดยเน้น การฝึกปฏิบัติในพื้นที่จริง การนิเทศติดตามโดยระบบ พี่เลี้ยง และการทบทวนทักษะทุก 6-12 เดือน พร้อมทั้ง จัดตั้งระบบรับรองสมรรถนะและกำหนดสัดส่วน อสม. เชี่ยวชาญ สาขาสุขภาพจิตชุมชน ต่อประชากรหรือ ต่อหน่วยบริการปฐมภูมิเป็นตัวชี้วัดการประเมินผลระดับ ตำบล อำเภอ และจังหวัด เพื่อเสริมสร้างความเชี่ยวชาญ และความมั่นใจในการปฏิบัติงานให้เป็นไปตามเกณฑ์ มาตรฐาน

3. กรมสุขภาพจิต กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ และองค์ปกครองส่วนท้องถิ่น ควรพัฒนาระบบเสริมสร้าง แรงจูงใจในการปฏิบัติงานที่เชื่อมโยงกับผลสัมฤทธิ์ในการ ปฏิบัติงานสุขภาพจิตชุมชน เพื่อสร้างแรงกระตุ้น และความภาคภูมิใจในการปฏิบัติงานสุขภาพจิตชุมชน ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอย่างต่อเนื่อง

4. ศูนย์สุขภาพจิต และศูนย์สนับสนุนบริการ สุขภาพ พัฒนาระบบข้อมูลและการติดตามประเมินผล แบบบูรณาการ โดยพัฒนาระบบแดชบอร์ด (Dashboard) ตัวชี้วัดที่เชื่อมโยงกับปัจจัยนำเข้า (แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต การฝึกอบรม และการมีส่วนร่วม) เข้ากับผลลัพธ์ ของการปฏิบัติงานสุขภาพจิตชุมชน เพื่อใช้เป็นข้อมูล เชิงประจักษ์ สำหรับการปรับปรุงคุณภาพ ในการปฏิบัติงานสุขภาพจิตชุมชนและการกำหนด นโยบายในระดับพื้นที่

5. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาล องค์ปกครองส่วนท้องถิ่น สถานีนอนมัยเฉลิมพระเกียรติ

60 พรรษา นวมินทราชินี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบล องค์กร อสม. และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ควรสร้างการมีส่วนร่วมแบบพหุภาคี โดยสร้างกลไก การบูรณาการความร่วมมือระหว่างหน่วยบริการสุขภาพ ภาครัฐ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคเอกชน ภาคประชาสังคม ภาคประชาชน และภาคีเครือข่าย ที่เกี่ยวข้อง ซึ่งจัดทำบันทึกข้อตกลงความร่วมมือ กำหนด บทบาทหน้าที่และช่องทางการสื่อสารที่ชัดเจนผ่านกลไก ต่าง ๆ เช่น เวทีชุมชนและแพลตฟอร์มสื่อสาร ทางอิเล็กทรอนิกส์ พร้อมทั้งประยุกต์ใช้วงจรคุณภาพ ในการกำกับติดตามผลการปฏิบัติงานสุขภาพจิตชุมชน เพื่อให้การขับเคลื่อนการดำเนินงานสุขภาพจิตชุมชน เป็นไปอย่างมีเอกภาพและประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experiment research) เปรียบเทียบประสิทธิผล ของโปรแกรมการเพิ่มแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน การพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพจิต และสร้าง การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการปฏิบัติงาน สุขภาพจิตชุมชนของ อสม. โดยเปรียบเทียบ ผลการปฏิบัติงานก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมฯ

2. ควรศึกษาวิจัยและพัฒนา (Research & Development) เพื่อหารูปแบบที่เหมาะสม ในการปฏิบัติงานสุขภาพจิตชุมชนของ อสม. โดยใช้ การวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed method research) ทั้งวิธีการเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ เพื่อทราบ สถานการณ์ปัญหาทั้งในเชิงกว้างและเชิงลึก กำหนด รูปแบบและวิธีการแก้ไขปัญา และประเมินผล ของรูปแบบ เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนางาน สุขภาพจิตชุมชนให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

3. ควรศึกษาวิจัยปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงาน ด้านสุขภาพจิตของ อสม. เปรียบเทียบระหว่างพื้นที่เขต ชนบท เขตกึ่งเมืองกึ่งชนบท และเขตเมือง รวมทั้งมี การติดตามผลลัพธ์ด้านสุขภาพจิตของประชาชนในระยะยาว

เอกสารอ้างอิง

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2562). แบบรายงานระบบฐานข้อมูลอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน. สืบค้น 1 พฤศจิกายน 2567 จาก <https://www.thaiphc.net/new2020/content/1>

กรมสุขภาพจิต. (2546). คู่มือความรู้สุขภาพจิตชุมชนสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน. กรุงเทพมหานคร: อุดมศึกษา.

กรมสุขภาพจิต. (2560). คู่มือความรู้สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเชี่ยวชาญ สาขาสุขภาพจิตชุมชน. ขอนแก่น: พระธรรมขันธ์.

กัลยา วานิชย์บัญชา และจิตา วานิชย์บัญชา. (2558). การใช้ SPSS for Windows ในการวิเคราะห์ข้อมูล (พิมพ์ครั้งที่ 27). กรุงเทพมหานคร: สามลดา.

เจนจิรา เกียรติสินทรัพย์ และสาริณี โต๊ะทอง. (2564). อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน: บทบาทหน้าที่การดูแลสุขภาพจิตชุมชนในสถานการณ์การระบาดของโควิด-19. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี, 29(2), 314–323.

ธีรปนกรณ์ ศุภกิจโยธิน. (2564). ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทการจัดบริการปฐมภูมิขั้นพื้นฐานโดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เขตสุขภาพที่ 3. วารสารสาธารณสุขมูลฐาน (ภาคเหนือ), 34(3), 53–63.

ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง การประกาศเกียรติคุณอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านดีเด่น (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2567. (5 กันยายน 2567). ราชกิจจานุเบกษา ตอนพิเศษ, 141(242 ง), หน้า 5.

พิมพ์ณรัตน์ ผุดผาด. (2567). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ปฏิบัติงานในเขตเทศบาลเมืองจังหวัดราชบุรี. วารสารศาสตร์สาธารณสุขและนวัตกรรม, 4(1), 74–87.

ศุภมาส อรชร. (2567). ปัจจัยที่ส่งผลต่อการปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอหนองหญ้าปล้อง จังหวัดเพชรบุรี. วารสารวิจัยและพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ, 5(2), 181–192.

สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. (2568). สุขภาพคนไทย 2568: เกิดน้อยอยู่ไม่น้อย ต้องปรับและรับมืออย่างไร. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ.

สายชล ศรีพนมวรรณ. (2567). ความรอบรู้ด้านสุขภาพกับบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการป้องกันโรคเรื้อรัง อำเภอหัวหิน จังหวัดประจวบคีรีขันธ์. วารสารวิชาการและการพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนิจังหวัดราชบุรี, 4(2), E001345.

สุพัตรา จันทรสุวรรณ, สุนทรี ชะชาติย์, ปวีดา โพธิ์ทอง, เสาวลักษณ์ ศรีโพธิ์, และสุจิน มอญเข้มชัย. (2564). ปัจจัยทำนายการปฏิบัติงานด้านการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดสุพรรณบุรี. วารสารสุขภาพและการศึกษาพยาบาล, 27(2), 112–122.

ยุทธนา แยกคาย และปราโมทย์ วงศ์สวัสดิ์. (2566). รูปแบบการพัฒนาผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน. วารสารแพทยนาวิ, 50(3), 651–668.

อติพร สิทธิมงคล, สมบัติ สกฤพรณ์ และภัทราภรณ์ ภัทรสกุล. (2568). ความรอบรู้ทางสุขภาพจิตและภาวะกดดันด้านจิตใจในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน. วารสารพยาบาลทหารบก, 26(2), 162–170.

Herzberg, F., Mausner, B., & Snyderman, B. B. (1959). The motivation to work (2nd ed.). New York: John Wiley & Sons.

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

World Health Organization. (2022). World mental health report: Transforming mental health for all. Geneva: Author.

World Health Organization & Ministry of Public Health. (2007). WHO-AIMS report on mental health system in Thailand. Nonthaburi, Thailand: Author.

การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ
ด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย จังหวัดลำปาง
DEVELOPMENT OF A THAI TRADITIONAL MEDICINE-BASED HEALTH CARE MODEL
FOR THE ELDERLY IN LAMPANG PROVINCE

วรรณดา ดำเนินสวัสดิ์¹, ประยูต ศรีกระจ่าง², กนกวรรณ บันทุชัย^{3*}

Wanna Damnoensawat¹, Prayut Srikrajang², Ganokwun Buntuchai^{3*}

¹กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง

²กลุ่มงานการสาธารณสุขมูลฐานและระบบสุขภาพปฐมภูมิ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง

³คณะวิทยาศาสตร์การกีฬาและสุขภาพ มหาวิทยาลัยการกีฬาแห่งชาติ วิทยาเขตเชียงใหม่

¹Thai Traditional and Alternative Medicine Division, Lampang Provincial Health Office

²Primary Health Care and Primary Health Systems Working Group, Lampang Provincial Health Office

³ Faculty of sports and health science, Thailand National Sports University, Chiang Mai Campus

Corresponding author: ganokwun.bun@gmail.com*

Received: 27 Aug., 2025

Revised: 28 Oct., 2025

Accepted: 31 Oct., 2025

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยในจังหวัดลำปาง โดยใช้กระบวนการวิจัยและพัฒนา 4 ระยะ ได้แก่ (1) ศึกษาองค์ประกอบของการนำรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยไปใช้ในชุมชน ผ่านการสนทนากลุ่มกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย 13 คน (2) พัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย (3) ศึกษาร่องรอยในพื้นที่ต้นแบบกับอาสาสมัครอายุ 45-59 ปี จำนวน 30 คน ประเมินผลจากความรู้ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ การยอมรับของชุมชน คุณภาพชีวิต ความพึงพอใจ และการสังเกตพฤติกรรม (4) ประเมินประสิทธิภาพและปรับปรุงรูปแบบ โดยสัมภาษณ์ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย 10 คน ใช้แบบประเมินประสิทธิภาพ ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา และ paired samples t-test ข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า องค์ประกอบของกระบวนการนำรูปแบบไปใช้ประกอบด้วย องค์ความรู้ การสร้างและแลกเปลี่ยนความรู้ การติดตามและประเมินผล และการขยายผล รูปแบบที่พัฒนาประกอบด้วยกรอบ 1 ครั้ง และติดตาม 4 ครั้ง ในระยะเวลา 1 เดือน ผลการประเมินประสิทธิภาพ พบว่า คะแนนความรู้ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ คุณภาพชีวิต และการยอมรับของชุมชนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ (p-value < .05) ด้านประสิทธิภาพพบว่าอยู่ในระดับมากขึ้นไป ใช้งบประมาณต่ำ เน้นการพัฒนาความฉลาดรู้และการปรับใช้กิจกรรมให้เข้ากับชีวิตประจำวันได้ และวิถีชีวิตชุมชน มีศักยภาพในการขยายผลสู่ช่วงวัยอื่นโดยอาศัยการมีส่วนร่วมของชุมชน ทั้งนี้ควรสร้างความต่อเนื่องผ่านการติดตามเพื่อให้เกิดความยั่งยืน

คำสำคัญ : การพัฒนารูปแบบ; รูปแบบการดูแลสุขภาพ; การแพทย์แผนไทย; วัยก่อนสูงอายุ; ผู้สูงอายุ

ABSTRACT

This study aimed to develop a Thai traditional medicine-based health care model for older adults in Lampang Province using a four-phase research and development process: (1) studying the components of implementing the Thai traditional medicine-based health care model for older adults in the community through focus group discussions with 13 stakeholders; (2) developing the Thai traditional medicine-based health care model for older adults; (3) conducting a pilot study in a prototype area with 30 volunteers aged 45–59 years, which assessed knowledge, health care behaviors, community acceptance, quality of life, satisfaction, and observed participation behaviors; and (4) evaluating the model's efficiency and making improvements through interviews with 10 stakeholders using an efficiency assessment form. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics and paired samples t-test, while qualitative data were analyzed using content analysis.

The results showed that the implementation process consisted of four components: enhancing knowledge of Thai traditional medicine, knowledge creation and exchange, monitoring and evaluation, and expansion. The developed model involved a one-time training session followed by four follow-up sessions over one month. Evaluation of effectiveness indicated that participants' scores on knowledge, health care behaviors, quality of life, and community acceptance significantly increased ($p\text{-value} < .05$). Efficiency evaluation revealed a high level of performance; the model requiring low budget, focused on improving health literacy, and incorporated activities into daily life consistent with local lifestyles. The model demonstrated potential for expansion to other age groups through active community participation. However, ensuring continuity through regular follow-up is necessary for sustainability.

Keywords: Model development; Health care model; Thai traditional medicine; Pre-elderly; Older adults

บทนำ

ในปี พ.ศ. 2567 ประเทศไทยได้เข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ จากการมีสัดส่วนประชากรสูงอายุที่ร้อยละ 20.00 ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุวัยต้น (60 - 69 ปี) ร้อยละ 59.30 ส่งผลถึงการพึ่งพิงวัยแรงงาน โดยมีอัตราส่วนพึ่งพิงที่ 31.10 และอัตราส่วนเกือหนุนที่ 3.20 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2567) การเปลี่ยนแปลงนี้แสดงให้เห็นถึงภาระด้านการดูแลสุขภาพที่ประชากรวัยแรงงานต้องดูแลให้แก่ประชากรวัยสูงอายุ ทั้งในด้านค่าใช้จ่าย สวัสดิการ รวมไปถึงกำลังที่ใช้ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ประเด็นเหล่านี้ยังมีความสำคัญต่อการพัฒนาในพื้นที่เฉพาะ จังหวัด

ลำปางเป็นจังหวัดที่เข้าสู่ สังคมผู้สูงอายุระดับสุดยอด (Super-Aged Society) โดยมีสัดส่วนผู้สูงอายุคิดเป็นร้อยละ 30.27 ซึ่งสูงกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศ (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2568) ดังนั้นการดูแลเชิงรุกโดยเริ่มต้นตั้งแต่ช่วงวัยก่อนสูงอายุ (Pre-aging) จึงมีบทบาทสำคัญที่ช่วยส่งเสริมสุขภาพประชาชนให้มีความพร้อมในการเข้าสู่วัยสูงอายุอย่างมีคุณภาพ

การแพทย์แผนไทยเป็นทางเลือกหนึ่งที่สำคัญในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โดยยึดหลักความสมดุลของธาตุทั้งสี่ในร่างกาย เป็นการดูแลสุขภาพ

แบบองค์รวมตามหลักธรรมานามัย (อุทัยวรรณ พงษ์บริบูรณ์, 2557) ในทางการแพทย์แผนไทย มีการแบ่งช่วงวัยออกเป็น 3 ช่วง แต่ละวัยจะได้รับอิทธิพลจากธาตุที่แตกต่างกัน วัยสูงอายุ (ปัจฉิมวัย) นับตั้งแต่อายุ 32 ปีขึ้นไป ธาตุลมมีอิทธิพลมากขึ้น ส่งผลให้เกิดความไม่สมดุลของธาตุและอาการที่สัมพันธ์กับความเสื่อมตามวัยได้ง่าย (ณัฐรดา บุรุษเลี่ยม, 2567) ด้วยเหตุนี้ การดูแลสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุจึงควรเริ่มในช่วงวัยนี้ ซึ่งสอดคล้องกับช่วงวัยก่อนสูงอายุ ตามหลักการสากล ที่มีอายุระหว่าง 45-59 ปี จากการศึกษาที่ผ่านมา (ศุภพิชญ์ ญาณโสภณ, 2564) รายงานการประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ และการเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยสูงอายุ ของกลุ่มวัยก่อนสูงอายุอยู่ในระดับปานกลาง การพัฒนาองค์ความรู้ และพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพที่เหมาะสม จึงมีความจำเป็นสำหรับการเตรียมความพร้อมเข้าสู่สูงวัย

การพัฒนาโครงการส่งเสริมสุขภาพให้เกิดความยั่งยืนต้องอาศัยกลยุทธ์ที่หลากหลาย และการมีส่วนร่วมที่แท้จริงของชุมชน (Israel et. al., 1998) โดยการขับเคลื่อนโครงการจากบุคลากรในพื้นที่ เช่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการให้บริการ โดยเฉพาะในชุมชนชนบท (Khanthavudh et. al., 2025) เพื่อสร้างแบบแผนการดำเนินงานที่มีความชัดเจน และสามารถประเมินผลเชิงระบบได้ งานวิจัยนี้จึงใช้กรอบแนวคิดตรรกะ (Logic Model) เป็นฐานในการออกแบบ วางแผนและประเมินผลโครงการ ซึ่งจะแสดงให้เห็นถึงความเชื่อมโยงเชิงเหตุผลระหว่างทรัพยากรที่ใช้ (Inputs) กิจกรรมที่ดำเนินการ (Activities) ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น (Outputs) และผลกระทบในระยะสั้นและระยะยาว (Outcomes และ Impact) (Lando, J. et. al., 2006) โดยจะช่วยวิเคราะห์ปัจจัยความสำเร็จที่จะนำไปสู่ความยั่งยืนของโครงการได้

สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดลำปาง ได้ตระหนักถึงความสำคัญในการใช้การแพทย์แผนไทยในการส่งเสริมสุขภาพ โดยเฉพาะกลุ่มวัยสูงอายุ ในปัจจุบันมี

พ.ศ. 2565 จึงได้จัดโครงการ 3S Anti-Aging: โครงการส่งเสริมสุขภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยเพื่อเตรียมความพร้อมเข้าสู่สูงวัย จังหวัดลำปาง) โดยอบรมสหวิชาชีพเพื่อให้มีความรู้ในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงวัย ด้วยองค์ความรู้การแพทย์แผนไทย และจัดตั้งศูนย์ชะลอวัยในพื้นที่ เพื่อจัดกิจกรรมเผยแพร่ความรู้ให้แก่ประชาชน ให้มีรูปแบบเป็นภาพรวมเดียวกันทั้งจังหวัด การดำเนินงานเป็นไปตามเป้าหมาย โดยมีการจัดตั้งศูนย์ชะลอวัยทุกอำเภอ และมีการจัดกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง อย่างไรก็ตาม จากการประเมินผลการดำเนินงานที่ผ่านมา (วรรณาดำเนินสวัสดิ์ และคณะ, 2568) ยังพบปัญหาสำคัญคือ ความไม่ชัดเจนของงานดำเนินงาน การขาดความยั่งยืน และการดำเนินกิจกรรมที่ไม่สอดคล้องกับบริบทชุมชน ปัญหาเหล่านี้สะท้อนให้เห็นถึงช่องว่างการวิจัยด้านแบบแผนการนำไปใช้ (Implementation Model) ในทางปฏิบัติ

ด้วยเหตุผลดังกล่าว การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงวัยด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยในครั้งนี้ จึงมุ่งที่กลุ่มวัยก่อนสูงอายุซึ่งมีความสำคัญในการเตรียมความพร้อมสู่สังคมสูงวัย โดยการพัฒนาเพื่อให้เกิดรูปแบบที่สามารถดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพ และขยายผลไปสู่ชุมชนได้อย่างยั่งยืน การพัฒนากระบวนการนำรูปแบบดังกล่าวไปใช้ให้เหมาะสมกับพื้นที่ จะสนับสนุนให้เกิดการบูรณาการศาสตร์การแพทย์แผนไทยในการดูแลสุขภาพในระดับพื้นที่อย่างเป็นรูปธรรม รวมทั้งการพัฒนาข้อเสนอแนะเชิงนโยบายที่นำไปสู่การขยายผลและความยั่งยืนของการดูแลสุขภาพผู้สูงวัยในชุมชนอย่างเป็นระบบ ซึ่งจะเป็นกลไกสำคัญในการเสริมสร้างความมั่นคงด้านสุขภาพของประชากรไทยในยุคสังคมสูงวัย

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงวัยด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย จังหวัดลำปาง
2. เพื่อประเมินผลรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงวัยด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย จังหวัดลำปาง

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็น การวิจัยและพัฒนา (Research & Development : R&D) มีการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ ระยะเวลาในการศึกษาตั้งแต่เดือนเมษายน ถึง สิงหาคม 2568 แบ่งได้เป็น 4 ระยะดังต่อไปนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาองค์ประกอบของการนำรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยไปใช้ในชุมชน คณะวิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง รายละเอียดของโครงการ 3S Anti-Aging รวมถึงผลการประเมินโครงการที่ผ่านมา นำมากำหนดเป็นองค์ประกอบในการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยของจังหวัดลำปาง กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของจังหวัดลำปาง โดยคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Proposive Sampling) จำนวน 13 คน ประกอบด้วย ตัวแทนสหวิชาชีพ 4 คน ตัวแทนผู้นำชุมชน 2 คน ตัวแทนอาสาสมัครสาธารณสุข 2 คน ตัวแทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 3 คน และตัวแทนผู้สูงอายุ 2 คน ใช้เวลาการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้การสนทนากลุ่ม (Focus group) 3 ชั่วโมง ดำเนินการในเดือนพฤษภาคม 2568

ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย ระยะเวลาตั้งแต่เดือนพฤษภาคม ถึง มิถุนายน 2568

2.1 สร้างรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย โดยคณะวิจัยนำผลจากการสนทนากลุ่ม (Focus group) ในระยะที่ 1 มาพัฒนาต่อยอดโครงการ 3S Anti-Aging จัดทำร่างคู่มือกิจกรรม และกระบวนการนำไปใช้ โดยมีองค์ประกอบของรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย 4 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การอบรมเชิงปฏิบัติการ 2) การสร้างและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ 3) การติดตามและประเมินผล และ 4) การนำไปใช้และขยายผล

2.2 นำรูปแบบที่ร่วมกันกำหนดไปทดลองใช้ในกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่ กลุ่มศูนย์ชะลอวัยในเขตตำบลแม่เมาะ อำเภอมะเมาะ จังหวัดลำปาง จำนวน 15 คน เพื่อประเมินความเหมาะสมของเนื้อหา ความเข้าใจในภาษาที่ใช้ในกิจกรรมและความสันทัดของกระบวนการ จากนั้นนำข้อเสนอแนะมาปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์และเหมาะสมก่อนนำไปใช้จริง

ระยะที่ 3 การทดลองรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยในพื้นที่ต้นแบบอำเภอสบปราบ จังหวัดลำปาง ดำเนินการในเดือนมิถุนายน ถึง กรกฎาคม 2568 กลุ่มตัวอย่างคือ อาสาสมัครที่เข้าร่วมโครงการแบบสมัครใจ จำนวน 30 คน โดยมีคุณสมบัติ คือ อายุ 45-59 ปี สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ต่อเนื่อง และให้ความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย ส่วนเกณฑ์การคัดออก คือ เป็นผู้ที่มิโรคประจำตัวรุนแรง มีภาวะทางจิตเวช หรือมีข้อจำกัดทางร่างกายที่ไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมได้ โดยเริ่มจากการจัดกิจกรรมการถ่ายทอดกระบวนการ รายละเอียดของรูปแบบให้แก่ กลุ่มสหวิชาชีพที่เป็นผู้รับผิดชอบงานสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อจัดอบรมเชิงปฏิบัติการให้แก่อาสาสมัคร จำนวน 1 วัน ใช้เวลา 4 ชั่วโมง มีการติดตามหลังจากจัดกิจกรรมทุกสัปดาห์ และประเมินหลังสิ้นสุดการติดตามในระยะเวลา 1 เดือน

ระยะที่ 4 การประเมินผลรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย ดำเนินการในเดือนกรกฎาคม 2568 การประเมินประสิทธิผล ประเมินจากความรู้เกี่ยวกับการแพทย์แผนไทย พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ และการยอมรับของชุมชน เปรียบเทียบผลการประเมินก่อน-หลังจัดกิจกรรม ในกลุ่มตัวอย่างผู้เข้าร่วมโครงการ 30 คน และการประเมินประสิทธิภาพของรูปแบบ 3 ด้าน คือ 1) ด้านทรัพยากร วัดจากงบประมาณ บุคลากร เทคโนโลยี และระยะเวลา 2) ด้านกระบวนการ วัดจาก รูปแบบ การมีส่วนร่วม การบูรณาการและความสามารถในการขยายผล สอบถามความคิดเห็น

ในกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย จำนวน 10 คน ได้แก่ สหวิชาชีพที่จัดอบรม 2 คน ตัวแทนผู้นำชุมชน 2 คน อาสาสมัครสาธารณสุขที่เข้าร่วมโครงการ 2 คน ตัวแทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 2 คน และตัวแทนผู้เข้าร่วมโครงการ 2 คน 3) ด้านผลลัพธ์ วัดจากแบบประเมินคุณภาพชีวิต และแบบสอบถามความพึงพอใจ ในกลุ่มตัวอย่างผู้เข้าร่วมโครงการ 30 คน นอกจากนี้ยังมีการรวบรวมความคิดเห็นเพิ่มเติมโดยการประชุมกลุ่มย่อยจากกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเพื่อถอดบทเรียนพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบาย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ คู่มือกิจกรรมแบบประเมินก่อน-หลังการดำเนินงาน ประกอบด้วย

1. ข้อมูลเชิงปริมาณ ประกอบด้วย

1) แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการแพทย์แผนไทย จำนวน 10 ข้อ เป็นข้อคำถามแบบตอบถูก-ผิด มีคะแนนข้อละ 1 คะแนน

2) แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ จำนวน 10 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ

3) แบบประเมินการยอมรับของชุมชน จำนวน 5 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ

4) แบบประเมินคุณภาพชีวิต (WHOQOL-BREF-THAI) จำนวน 26 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ใช้เกณฑ์การให้คะแนนตามข้อแนะนำของกรมสุขภาพจิต (ม.ป.ป.) นำเสนอผลคุณภาพชีวิตโดยภาพรวม และองค์ประกอบคุณภาพชีวิต 4 ด้าน คือ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม

5) แบบสอบถามความพึงพอใจต่อรูปแบบ จำนวน 10 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ โดยมีเนื้อหาการประเมินเกี่ยวกับ เนื้อหากิจกรรมประโยชน์ที่ได้รับ ผลลัพธ์ต่อสุขภาพตนเอง และความสามารถในการถ่ายทอดองค์ความรู้

6) แบบประเมินประสิทธิภาพ จำนวน 14 ข้อ แบ่งเป็น 4 ด้าน คือ ด้านทรัพยากร 4 ข้อ ด้านกระบวนการ 4 ข้อ ด้านความยั่งยืน 3 ข้อ ตอบโดยการให้ความคิดเห็น 5 ระดับ ร่วมกับการให้เหตุผล

ประกอบการให้คะแนนในแต่ละข้อ และด้านอุปสรรค และปัจจัยเอื้อต่อความสำเร็จ 3 ข้อ เป็นข้อคำถามปลายเปิด

เครื่องมือในข้อ 2), 3), 5) และ 6) มีเกณฑ์การให้คะแนนจาก น้อยที่สุด (1 คะแนน) ถึง มากที่สุด (5 คะแนน) และนำค่าเฉลี่ย ไปแปลผลตามช่วงคะแนน โดย ช่วง 1.00-1.50 ระดับน้อยที่สุด ช่วง 1.51-2.50 ระดับน้อย ช่วง 2.51-3.50 ระดับปานกลาง ช่วง 3.51-4.50 ระดับมาก และ ช่วง 4.51-5.00 ระดับมากที่สุด

2. ข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ แบบบันทึกการสังเกตแบบบันทึกการสนทนากลุ่ม (Focus group)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ร่างคู่มือกิจกรรม แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการแพทย์แผนไทย แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ แบบประเมินการยอมรับของชุมชน แบบสอบถามความพึงพอใจต่อรูปแบบ และแบบประเมินประสิทธิภาพ ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน มีค่าดัชนีความสอดคล้องเฉลี่ย (IOC) 0.82 -1.00 นำไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน จำนวน 30 คน หาค่าความเชื่อมั่นแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการแพทย์แผนไทย โดยใช้สูตรคูเดอร์-ริชาร์ดสัน 20 (Kuder-Richardson 20) มีค่าเท่ากับ 0.80 ส่วนเครื่องมืออื่นใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.86, 0.83, 0.89 และ 0.91 ตามลำดับ จากนั้นปรับปรุงแก้ไขตามข้อแนะนำก่อนนำไปใช้จริงในกลุ่มตัวอย่าง

การเก็บรวบรวมข้อมูล การเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งหมดได้ดำเนินการภายหลังจากโครงการได้รับการรับรองจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยผู้เข้าร่วมวิจัยทุกคนได้รับทราบวัตถุประสงค์และลงนามในแบบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยสมัครใจ คณะผู้วิจัยเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยตนเอง ในระยะที่ 1 และ 4 จากการสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์ การสังเกต และถอดบทเรียนจากการดำเนินงานในพื้นที่ต้นแบบ ในระยะ

ที่ 3 รูปแบบที่ผ่านการปรับปรุงแล้วจะถูกถ่ายทอดให้แก่ กลุ่มสหวิชาชีพในพื้นที่ ซึ่งเป็นบุคลากรที่มีประสบการณ์และผ่านการอบรมจากโครงการเดิม (3S Anti-Aging) เพื่อทำหน้าที่ จัดกิจกรรม ให้แก่กลุ่มตัวอย่างตามขั้นตอนที่กำหนด และมีผู้ช่วยวิจัยที่ไม่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการจัดกิจกรรมโดยตรง ทำหน้าที่เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณจากแบบสอบถามและแบบประเมิน ก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการ จากนั้น คณะผู้วิจัย ตรวจสอบความสมบูรณ์และความถูกต้องของข้อมูลทั้งหมดที่รวบรวมมา ก่อนนำเข้าสู่กระบวนการวิเคราะห์ทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้สถิติพรรณนา จำนวน ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน อธิบายลักษณะของข้อมูล และใช้สถิติ Paired simple t-test เพื่อวิเคราะห์ประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลสุขภาพที่พัฒนาขึ้นสำหรับตัวแปร ความรู้ พฤติกรรม สุขภาพ การยอมรับของชุมชน และคุณภาพชีวิต

ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้วิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) และใช้กระบวนการตรวจสอบสามเส้า (Triangulation) จากข้อมูลการสัมภาษณ์ การสนทนากลุ่ม และการสังเกต เพื่อยืนยันความน่าเชื่อถือ และตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ผ่านการรับรองอนุญาตให้เก็บข้อมูลการวิจัยในคน จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง หมายเลขโครงการวิจัย 032/2568 เอกสารรับรองเลขที่ E2568-024 โดยคณะวิจัยได้อธิบายรายละเอียดโครงการวิจัย และให้ผู้เข้าร่วมโครงการแสดงความยินยอมในเอกสารก่อนเริ่มการวิจัย

ผลการวิจัย

1. การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย จังหวัดลำปาง

1.1 องค์ประกอบรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย จังหวัดลำปาง ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ คือ

1) องค์ความรู้ รวบรวมเนื้อหาการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย กำหนดกลุ่มเป้าหมายที่วัยก่อนสูงอายุ (45 - 59 ปี) เพื่อพัฒนาความฉลาดรอบรู้ด้านสุขภาพก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ ปรับเนื้อหาให้เข้ากับบริบทของชุมชน เช่น ใช้สมุนไพรท้องถิ่น เดิมโครงการ 3S Anti-Aging มี 6 กิจกรรมใช้เวลา 12 สัปดาห์ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเสนอให้ตัดบางกิจกรรม เช่น การดูแลผิว (การพอกหน้า) เพื่อให้เหมาะกับวิถีชีวิต ควรจัดครบทุกกิจกรรมในครั้งเดียว พร้อมจัดทำสื่อที่เข้าใจง่าย เช่น infographic เพื่อทบทวนและกระตุ้นการปฏิบัติ

2) การสร้างและแลกเปลี่ยนความรู้ เดิมโครงการมีการอบรมครู ก เป็นวิทยากรต้นแบบ เมื่อนำมาใช้ในชุมชนพบว่าบุคลากรมีภาระงานมาก การเพิ่มจำนวนวิทยากร ด้วยการอบรมครู ข ซึ่งเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข เป็นผู้อบรมจะช่วยลดภาระงานของบุคลากรทางการแพทย์ ส่งเสริมให้เกิดความภาคภูมิใจในตนเอง ทำให้มีการถ่ายทอดกลุ่มเป้าหมายอื่น ๆ มากขึ้น ปัจจัยสำคัญคือการมีส่วนร่วมของชุมชนที่จะต้องเป็นแกนนำในการขับเคลื่อนรูปแบบให้มีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง

3) การติดตามและประเมินผล ชุมชนควรมีระบบติดตาม โดย อสม. กระตุ้นให้มีการทำกิจกรรมตามกำหนด และประเมินซ้ำหลังสิ้นสุดการติดตาม 1 เดือน โดยประเมินความรู้เกี่ยวกับการแพทย์แผนไทย พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ คุณภาพชีวิต และความพึงพอใจ

4) การนำไปใช้และขยายผล การดำเนินงานควรให้ผู้เข้าร่วมมีส่วนร่วมเรียนรู้และลงมือปฏิบัติจริง เพื่อให้ทำต่อได้เอง ระหว่างการติดตาม ควรทำให้ผู้เข้าร่วมเห็นถึงผลการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านสุขภาพ คุณภาพชีวิต การลดค่าใช้จ่าย หรือนำไปสู่การสร้างรายได้ เช่น การทำผลิตภัณฑ์สมุนไพรในการขยายผล ควรขยายกิจกรรมไปยังกลุ่มวัยอื่น ๆ

เนื่องจากลักษณะของกิจกรรมสามารถปรับใช้ให้กับทุกวัย และเมื่อครบครันให้การสนับสนุนจะช่วยให้การปฏิบัติเป็นไปอย่างต่อเนื่อง และเกิดความยั่งยืนได้

1.2 รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย จังหวัดลำปาง
การพัฒนาารูปแบบฯ นี้ ผู้วิจัยได้พัฒนาต่อยอดจากโครงการ 3S Anti-Aging รูปแบบเหล่านี้ถูกทดลองใช้ในพื้นที่ต้นแบบ โดยการถ่ายทอดให้แก่สหวิชาชีพที่เคยผ่านการอบรมครู ก ในโครงการ 3S Anti-Aging เพื่อให้เป็นผู้ดำเนินโครงการ รูปแบบฯ แสดงในภาพที่ 1 ประกอบด้วย

1) กระบวนการนำไปใช้ในชุมชน เริ่มจากการอบรมเชิงปฏิบัติการ 1 ครั้ง ใช้เวลา 4 ชั่วโมง โดยสหวิชาชีพในพื้นที่ต้นแบบ จากนั้นสร้างกลุ่ม Line

เพื่อใช้ในการกระตุ้น เผยแพร่สื่อทบทวนความรู้ และติดตาม โดย อสม. และผู้นำชุมชน รวมระยะเวลาทั้งหมด 1 เดือน วัดผลผลิตด้านความรู้และพฤติกรรม การดูแลสุขภาพ วัดผลลัพธ์ ด้านคุณภาพชีวิต และการขยายผลผ่านการขับเคลื่อนโดย อสม.และผู้นำชุมชน

2) ชุดเนื้อหาองค์ความรู้ 6 กิจกรรม ประกอบด้วย (1) อาหารสมุนไพรชะลอวัย ชะลอโรค (2) การดูแลผม สมุนไพรบำรุงผม/ปิดผมขาว (3) การดูแลผิว ฤๅษีตัดตนนวดหน้า 7 ท่า (4) นวดกดจุด และพอกเข้า (5) การปรับสมดุลกาย จิต สมาธิบำบัด SKT 1-2-3 และ (6) กิจกรรมชะลอสมองเสื่อม ตาราง 9 ช่อง โดยสร้างความถี่การปฏิบัติแต่ละกิจกรรม ให้เป็นกิจวัตรประจำวัน

รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย จังหวัดลำปาง

กระบวนการนำไปใช้

- 1) อบรมเชิงปฏิบัติการ 1 ครั้ง
- 2) ทบทวนความรู้ด้วยสื่อผ่านกลุ่ม Line
- 3) กระตุ้นติดตาม โดย อสม. ผ่านกลุ่ม Line/ประชุมประจำเดือน
- 4) กระตุ้นติดตามโดยผู้นำชุมชน ผ่านกลุ่ม Line/ประชุม/เยี่ยมบ้าน

วัดผลผลิต : ความรู้ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

วัดผลลัพธ์ : คุณภาพชีวิต

การขยายผล :

ขับเคลื่อนโครงการโดยอสม. และผู้นำชุมชน ส่งเสริมความภาคภูมิใจในการปฏิบัติ วางแผนให้เป็นกิจวัตรประจำวัน และต่อเนื่อง

ชุดเนื้อหาองค์ความรู้

- 1) อาหารสมุนไพรชะลอวัยชะลอโรค
- 2) ดูแลผม สมุนไพรบำรุงผม/ปิดผมขาว
- 3) ดูแลผิว ฤๅษีตัดตนนวดหน้า 7 ท่า
- 4) นวดกดจุดและพอกเข้า
- 5) สมดุลกาย-จิต สมาธิบำบัด SKT 1-2-3
- 6) กิจกรรมชะลอสมองเสื่อม

สร้างความถี่การปฏิบัติแต่ละกิจกรรมให้เป็นกิจวัตรประจำวัน

ภาพที่ 1 สรุปรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย จังหวัดลำปาง

2. ผลการประเมินรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย จังหวัดลำปาง
เมื่อสิ้นสุดระยะติดตาม 1 เดือน จึงประเมินประสิทธิผล และประสิทธิภาพของรูปแบบ ผลการประเมิน พบว่า กลุ่มอาสาสมัครที่เข้าร่วมโครงการ จำนวน 30 คน เป็นเกษตรกร (ร้อยละ 83.3) ระดับการศึกษาประถมศึกษา (ร้อยละ 56.7) รายได้มากกว่า 5,000 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 70.0) ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 76.7)

และเคยได้รับความรู้เกี่ยวกับแพทย์แผนไทยมาก่อน (ร้อยละ 66.7)

2.1 การประเมินประสิทธิผลของรูปแบบ พิจารณาคะแนนความรู้เกี่ยวกับการแพทย์แผนไทย พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ และการยอมรับของชุมชน ก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการ พบว่า อาสาสมัครมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับการแพทย์แผนไทย พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ และการยอมรับของชุมชนต่อรูปแบบเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ($p\text{-value} < .05$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลเปรียบเทียบคะแนนความรู้เกี่ยวกับการแพทย์แผนไทย พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ และการยอมรับของชุมชน

ตัวแปร		Mean	SD	t	p-value
ความรู้	ก่อน	8.87	1.07		
	หลัง	9.67	0.66	-3.694	<.001**
พฤติกรรม	ก่อน	2.65	0.77		
	หลัง	3.54	0.61	-4.797	<.001**
การยอมรับของชุมชน	ก่อน	3.36	0.97		
	หลัง	3.91	0.81	-2.823	0.009*

*นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2.2 การประเมินประสิทธิภาพของรูปแบบ พิจารณา 3 ปัจจัย ได้แก่ ด้านทรัพยากร ด้านกระบวนการ และ ด้านผลลัพธ์ ผลการประเมินในแต่ละด้านอยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด (คะแนนเฉลี่ย 4.3 - 5.0) โดยเฉพาะ ด้านกระบวนการที่มีคะแนนสูงสุดคือ โครงการสนับสนุนการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุและชุมชนและโครงการสามารถขยายผลไปยังพื้นที่อื่นหรือกลุ่มเป้าหมายอื่นได้ (คะแนนเฉลี่ย 5.0) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การประเมินประสิทธิภาพของรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย

รายการประเมิน	ค่าเฉลี่ย	แปลผล
<u>การประเมินด้านทรัพยากร</u>		
งบประมาณมีความเพียงพอและเหมาะสมกับความต้องการ	4.60	มากที่สุด
บุคลากรมีทักษะ ความพร้อม และจำนวนที่เพียงพอ	4.90	มากที่สุด
เทคโนโลยีหรืออุปกรณ์ที่ใช้สนับสนุนการดำเนินงานได้ดี	4.30	มาก
ระยะเวลาที่ใช้ในการดำเนินโครงการเพียงพอต่อการบรรลุเป้าหมาย	4.50	มากที่สุด
<u>การประเมินด้านกระบวนการ</u>		
รูปแบบการดำเนินงานมีความเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ	4.60	มากที่สุด
โครงการสนับสนุนการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุและชุมชน	5.00	มากที่สุด
โครงการสามารถบูรณาการเข้ากับโครงการหรือหน่วยงานอื่นในพื้นที่	4.90	มากที่สุด
โครงการสามารถขยายผลไปยังพื้นที่อื่นหรือกลุ่มเป้าหมายอื่นได้	5.00	มากที่สุด
<u>การประเมินด้านผลลัพธ์</u>		
โครงการสามารถดำเนินต่อไปในระยะยาวโดยไม่ต้องพึ่งพาทุนภายนอก	4.50	มากที่สุด
การสร้างเครือข่ายสนับสนุนในชุมชนเพื่อส่งเสริมความยั่งยืนของโครงการ	4.80	มากที่สุด
ผลลัพธ์โครงการมีความต่อเนื่องสามารถนำไปใช้ได้จริงในชีวิตประจำวัน	4.90	มากที่สุด

ข้อคิดเห็นที่สำคัญจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ดังนี้

2.2.1 ด้านทรัพยากร ประกอบด้วย 1) งบประมาณ งบประมาณที่ใช้มีความเหมาะสม เนื่องจากกิจกรรมใช้งบไม่สูง มีอุปกรณ์และเอกสารประกอบให้ครบ แต่หากต้องการให้เกิดความยั่งยืน ควรวางแผนงบประมาณเพื่อขยายผลไปยังกลุ่มเป้าหมายอื่น ๆ อย่างต่อเนื่อง 2) บุคลากร บุคลากรมีความพร้อมในการดำเนินงาน

แต่ควรมีการเพิ่มจำนวน "ครู ข" ที่อาจพัฒนาจาก อสม. เพื่อให้เพียงพอต่อการจัดกิจกรรมและรองรับการขยายกิจกรรมไปยังกลุ่มช่วงอายุที่หลากหลายขึ้น 3) อุปกรณ์/เทคโนโลยี มีการจัดเตรียมอุปกรณ์ที่จำเป็นให้ครบ เช่น ชุดความรู้เกี่ยวกับสมุนไพรพื้นบ้าน การนวดหน้า และสมาธิบำบัด มีทีมงานที่คอยแนะนำการใช้อุปกรณ์ และอุปกรณ์บางส่วนยังสามารถจัดหาได้จากทรัพยากรท้องถิ่น เช่น พืชผักสมุนไพร 4) เวลา ระยะเวลาในการจัดกิจกรรมมีความเหมาะสม แต่เพื่อความต่อเนื่องและยั่งยืนของกิจกรรม ควรมีการติดตามประเมินผลในระยะยาว และเพิ่มช่องทางการแลกเปลี่ยนข่าวสารระหว่างกันในกลุ่ม

2.2.2 ด้านกระบวนการ 1) จุดแข็ง รูปแบบกิจกรรมเหมาะกับกลุ่มเป้าหมาย มีความกระชับ ให้ความรู้ที่ใช้ได้จริง จุดแข็งที่สำคัญคือชุมชนให้ความสนใจ โดยเฉพาะกลุ่มก่อนสูงวัยที่เริ่มหันมาใส่ใจสุขภาพ 2) จุดอ่อน มีข้อจำกัดด้านการเดินทาง และบางกิจกรรมไม่เหมาะสมกับผู้ที่มีปัญหาข้อเท้า 3) ประสิทธิภาพและปัจจัยสนับสนุน ใช้ทุนต่ำ (งบประมาณ 6,300 บาท/ 30 คน/อบรม 1 ครั้ง) สามารถบูรณาการกับหน่วยงานท้องถิ่น เช่น เทศบาลและ อบต. ได้ ปัจจัยสนับสนุน คือ ความตระหนักด้านสุขภาพของคนทุกกลุ่มวัย การมีส่วนร่วมของชุมชน และเนื้อหาที่เข้าใจง่าย อุปสรรคต่อการขยายผล ได้แก่ การเดินทางเข้าร่วมกิจกรรม และการจัดกิจกรรมที่อาจไม่สอดคล้องกับกิจวัตรประจำวันของผู้เข้าร่วม เช่น ฤดูทำนา รวมถึงปัญหาด้านบุคลากรที่ไม่เพียงพอ แนวทางการสร้างความยั่งยืน ควรวางแผนดำเนินการต่อเนื่องโดยใช้ทุนจาก อปท. กำหนดให้ อสม.หรือผู้เข้าร่วมกิจกรรมเป็นผู้ถ่ายทอดความรู้ต่อ โดยใช้สมุนไพรที่หาได้ง่ายในท้องถิ่น พร้อมทั้งสร้างเครือข่ายในชุมชนให้มีการติดตามกระตุ้นอย่างสม่ำเสมอ

2.2.3 ด้านผลลัพธ์ ประเมินจากอาสาสมัครที่เข้าร่วมโครงการ พบว่า คะแนนคุณภาพชีวิต โดยรวมดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ($p\text{-value} < .001$) คุณภาพชีวิตรายด้าน พบว่า ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านสิ่งแวดล้อมดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ($p\text{-value} < 0.05$) ส่วนด้านสังคมไม่เห็นการเปลี่ยนแปลง แสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตก่อนและหลังการอบรม

ตัวแปร		Mean	SD	t	p-value
คุณภาพชีวิตโดยรวม	ก่อน	53.20	10.78	-3.830	<.001**
	หลัง	62.60	7.78		
คุณภาพชีวิตด้านร่างกาย	ก่อน	15.90	3.12	-2.102	0.044*
	หลัง	17.63	2.47		
คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ	ก่อน	10.17	2.92	-4.802	<.001**
	หลัง	13.63	2.25		
คุณภาพชีวิตด้านสังคม	ก่อน	6.23	1.56	-1.522	0.139
	หลัง	6.83	1.46		
คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม	ก่อน	18.87	4.76	-2.782	0.009**
	หลัง	21.70	3.53		

*นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2.3 ผลการประเมินความพึงพอใจต่อการดูแลสุขภาพผู้สูงวัยด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจในด้านเนื้อหา ประโยชน์ที่ได้รับ ความเข้าใจและการนำไปใช้ความสามารถในการถ่ายทอดองค์ความรู้ อยู่ในระดับมาก (คะแนนเฉลี่ย 4.23-4.47) แสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ผลการประเมินความพึงพอใจต่อการดูแลสุขภาพผู้สูงวัยด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย (n= 30)

รายการประเมิน	ค่าเฉลี่ย	แปลผล
<u>เนื้อหากิจกรรม</u>		
ความเหมาะสมของเนื้อหากับความต้องการของผู้สูงอายุ	4.33	มาก
ความเข้าใจง่ายของเนื้อหาที่น่าสนใจ	4.23	มาก
<u>ประโยชน์ที่ได้รับ</u>		
การนำความรู้ที่ได้รับไปปรับใช้ในชีวิตประจำวัน	4.27	มาก
ผลลัพธ์ที่ได้รับต่อสุขภาพของตนเอง	4.33	มาก
<u>ความเข้าใจและการนำไปใช้</u>		
ความสามารถในการปฏิบัติตามแนวทางที่เรียนรู้	4.33	มาก
ความสามารถในการนำแนวทางการดูแลสุขภาพนี้ไปใช้ในระยะเวลา	4.47	มาก
<u>ความสามารถในการถ่ายทอดองค์ความรู้</u>		
ความสามารถในการนำความรู้ไปสอนหรือบอกต่อให้ผู้อื่น	4.37	มาก
การสนับสนุนให้เกิดการเรียนรู้ร่วมกันในชุมชน	4.40	มาก

การอภิปรายผล

ผลการศึกษาพบว่า การนำรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยไปใช้ในชุมชน ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบหลัก คือ

องค์ประกอบที่ 1 ด้านความรู้ การรวบรวมองค์ความรู้ทางการแพทย์แผนไทย ปรับเนื้อหาให้เข้ากับบริบทของชุมชน เช่น การใช้สมุนไพรท้องถิ่น และสื่อสารด้วยรูปแบบเข้าใจง่าย เช่น infographic สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Marshall et. al. (2025) ที่พบว่า การสื่อสารเชิงสุขภาพที่เหมาะสมกับระดับความฉลาดรู้ด้านสุขภาพช่วยส่งเสริมการปฏิบัติด้านสุขภาพได้อย่างมีนัยสำคัญ การบูรณาการภูมิปัญญาท้องถิ่นและการใช้สื่อที่เข้าใจง่ายจะเป็นปัจจัยสำคัญในการเพิ่มความฉลาดรู้ด้านการแพทย์แผนไทยให้แก่กลุ่มวัยก่อนสูงอายุ

องค์ประกอบที่ 2 ด้านการสร้างและแลกเปลี่ยนความรู้ การเพิ่มจำนวนวิทยากรจาก อสม. โดยการอบรมครู ข. เป็นการเพิ่มบทบาท สร้างความภาคภูมิใจ และเพิ่มการถ่ายทอดความรู้ไปยังกลุ่มเป้าหมายอื่นมากขึ้น ช่วยลดภาระงานของบุคลากรทางการแพทย์ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Khanthavudh et. al. (2025) ที่พบว่า การเสริมบทบาทของ อสม. ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการให้บริการในพื้นที่ชนบทของไทย ดังนั้น

การพัฒนา "ครู ข" จาก อสม. จึงเป็นกลไกที่เหมาะสมในการสร้างความยั่งยืนของการถ่ายทอดความรู้ โดยอาศัยความเชื่อมั่นและความใกล้ชิดกับชุมชน

องค์ประกอบที่ 3 ด้านการติดตามและประเมินผล การใช้ อสม. และผู้นำชุมชนติดตามและกระตุ้น เป็นวิธีที่อาจช่วยลดการเลิกทำกลางคัน กระบวนการดำเนินงานที่ใช้แนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชนนี้ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Israel et. al. (1998) ที่พบว่า การมีส่วนร่วมอย่างแท้จริงเป็นปัจจัยสำคัญต่อความยั่งยืนของโครงการสุขภาพ การออกแบบกระบวนการให้เกิดความเป็นเจ้าของร่วมกันตั้งแต่ขั้นตอนแรก ไปจนถึงการติดตามผล เป็นอีกปัจจัยที่จะทำให้โครงการสุขภาพเชิงรุกสามารถดำเนินได้ด้วยตนเองในระยะยาว

องค์ประกอบที่ 4 ด้านการนำไปใช้และการขยายผล การปฏิบัติจริงระหว่างเรียนรู้ช่วยให้กลุ่มเป้าหมายนำความรู้ไปใช้เองได้ กิจกรรมแบบหลายกิจกรรมร่วมกันในโปรแกรมเดียว เช่น การออกกำลังกาย การฝึกสมอง และการใช้สมุนไพร อาจช่วยพัฒนาความแข็งแรง ความสมดุล และลดความเสี่ยงต่อโรคในผู้สูงอายุ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Rodrigues et. al. (2023) ที่พบว่า กิจกรรมแบบบูรณาการ

หลายองค์ประกอบช่วยเสริมสมรรถภาพร่างกาย และสุขภาพโดยรวมของผู้สูงอายุได้

การทดลองใช้ในพื้นที่ต้นแบบ ด้านประสิทธิผล พบว่า ความรู้ พฤติกรรมสุขภาพ และการยอมรับ ของชุมชนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ สะท้อนให้เห็นว่า รูปแบบนี้สามารถเพิ่มความฉลาดรู้ด้านสุขภาพ แก่อาสาสมัครที่เข้าร่วมโครงการและสร้างความเชื่อมั่น ต่อชุมชนได้ในระดับหนึ่ง สอดคล้องกับการศึกษา ของ Nutbeam (2000); ปราภวนา โกวิทยางกูร และคณะ (2565) ที่พบว่าการใช้กิจกรรมที่สอดคล้องกับ วิถีชีวิตและบริบทท้องถิ่น ช่วยเพิ่มการยอมรับ และความต่อเนื่องในการปฏิบัติด้านสุขภาพ

ด้านประสิทธิภาพ การประเมินตามเกณฑ์ ทรัพยากร กระบวนการ และผลลัพธ์อยู่ในระดับ มากขึ้นไป โดยเฉพาะงบประมาณและอุปกรณ์ แสดงถึง ความคุ้มค่าและความพร้อมในการดำเนินงาน แม้จะมี ข้อเสนอเรื่องการจัดสรรงบประมาณและการเพิ่ม บุคลากร “ครู ข” เพื่อขยายผล การพัฒนาแกนนำ สุขภาพที่มาจากชุมชน หรือจากครอบครัวนั้นส่งผล ต่อการบริหารการจัดการ (ศิริวรรณ จันทร์สระคู และสม นาสอ้าน, 2559) และประสิทธิภาพของโครงการ ซึ่งอาจเป็นปัจจัยที่ผลักดันไปสู่ความยั่งยืนได้

ด้านกระบวนการ จุดแข็งของรูปแบบคือกิจกรรม ที่เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย ใช้เวลากระชับ และเนื้อหา นำไปปฏิบัติได้จริง ข้อจำกัด คือ การเดินทาง ของผู้เข้าร่วม และกิจกรรมบางอย่างไม่เหมาะกับ ผู้มีปัญหาข้อเท้า ซึ่งเป็นประเด็นที่ควรปรับกิจกรรม ให้เหมาะสมกับสภาพร่างกายและบริบทของผู้เข้าร่วม แต่ละกลุ่ม

ด้านผลลัพธ์ พบว่า คุณภาพชีวิตโดยรวม รวมถึง มิติ ด้านร่างกาย จิตใจ และสิ่งแวดล้อมดีขึ้น อย่างมีนัยสำคัญ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Chan et. al. (2017); Tulloch et. al. (2018) ที่พบว่ากิจกรรม ด้านสมุนไพรรักษาอาการ และการศึกษาสามารถเสริมคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุได้ อย่างไรก็ตาม มิติด้านสังคมยังไม่พบการเปลี่ยนแปลง อาจเนื่องจากระยะเวลาการดำเนินโครงการสั้นเกินไปที่จะเห็นผล ต่อความสัมพันธ์ และการมีส่วนร่วมทางสังคม

(Levasseur et. al., 2010) นอกจากนี้ ยังอาจเกิดจาก การที่รูปแบบกิจกรรมมุ่งเน้นการปฏิบัติตนเองเป็นหลัก มากกว่าการสร้างปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้เข้าร่วม ซึ่งเป็น ประเด็นที่ควรพิจารณาในการพัฒนาโครงการในอนาคต

การมีชุดกิจกรรมที่มีความชัดเจนและ เป็นมาตรฐานเดียวกัน ร่วมกับกระบวนการนำไปใช้ อย่างเป็นระบบ จะช่วยให้สามารถขยายผลและปรับใช้ ในพื้นที่อื่นได้อย่างรวดเร็ว โดยไม่ลดทอนคุณภาพ ของการดำเนินงาน ซึ่งเป็นแนวทางสำคัญที่จะทำให้ โครงการนี้สามารถต่อยอดและสร้างผลกระทบเชิงบวก ในระดับพื้นที่ได้อย่างยั่งยืน รูปแบบที่พัฒนาขึ้นนี้สามารถ เป็นต้นแบบเชิงยุทธศาสตร์ที่นำไปใช้ในบริบทอื่น ๆ ได้ โดยองค์ประกอบหลักทั้ง 4 ด้าน มีความยืดหยุ่น และสามารถปรับเนื้อหาตาม “องค์ความรู้” ให้เข้ากับ ภูมิปัญญาและบริบทเฉพาะของแต่ละพื้นที่ได้ ถึงแม้จะมี การศึกษานำร่องในจังหวัดลำปาง แต่โครงสร้าง ของรูปแบบ ที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน และการพัฒนาแกนนำสุขภาพในพื้นที่ (“ครู ข”) จะทำให้ พื้นที่อื่นนำรูปแบบนี้ไปใช้ในบริบทของตนเองได้ อย่างมีประสิทธิภาพ อย่างไรก็ตามรูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้น นี้ยังมีข้อจำกัดและปัจจัยที่ต้องพัฒนาเพื่อเสริมความ ยั่งยืนของโครงการ เช่น การเพิ่มบุคลากร การปรับกิจกรรมให้เหมาะสมกับข้อจำกัดด้านสุขภาพ การสร้างระบบติดตามผลระยะยาว และการขยายเครือข่าย ให้ครอบคลุมมากขึ้น

การวิจัยครั้งนี้มีข้อจำกัดหลายประการ ที่อาจมีผลต่อการตีความและการนำไปใช้ ประการแรก กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการประเมินผลเป็นกลุ่มที่สมัครใจ เข้าร่วมและอยู่ในพื้นที่จังหวัดลำปางเท่านั้น จึงอาจ ไม่สะท้อนความหลากหลายของบริบทในพื้นที่อื่น ประการที่สอง ระยะเวลาการติดตามและประเมินผล ค่อนข้างสั้น ทำให้ยังไม่สามารถสรุปผลกระทบระยะยาว ของรูปแบบได้อย่างชัดเจน

สรุปผลการวิจัย

การศึกษานี้ได้พัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพ ผู้สูงวัยด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย จังหวัดลำปาง โดยปรับจากโครงการ 3S Anti-Aging ให้มีความยืดหยุ่น เหมาะสมกับบริบทชุมชน ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ

หลักคือ (1) ด้านความรู้ที่ปรับเนื้อหาให้เข้าใจง่ายเข้ากับท้องถิ่น (2) ด้านการสร้างและแลกเปลี่ยนความรู้ผ่าน “ครู ข” (อสม.) (3) ด้านการติดตามและประเมินผลโดยชุมชน และ (4) ด้านการนำไปใช้และการขยายผลด้วยกิจกรรมแบบบูรณาการหลายองค์ประกอบ ผลการศึกษานำร่องในระยะ 1 เดือน พบว่า ความรู้พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ การยอมรับของชุมชน และคุณภาพชีวิตโดยรวม เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ($p\text{-value} < .05$) รูปแบบมีผลประเมินความพึงพอใจ ประสิทธิภาพด้านทรัพยากร กระบวนการ และผลลัพธ์อยู่ในระดับมากขึ้นไป ซึ่งสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ (รพ.สต./อปท.) เพื่อสร้างความฉลาดรู้ด้านสุขภาพให้แก่กลุ่มวัยก่อนสูงอายุได้อย่างคุ้มค่า โดยมีเงื่อนไขความสำเร็จ คือ การสร้าง ครู ข ระบบติดตามผลรวมไปถึงสื่อที่เข้าใจง่าย อย่างไรก็ตามการนำไปใช้ประโยชน์ในระดับปฏิบัติการจำเป็นต้องมีการแก้ไขอุปสรรคสำคัญ ได้แก่ การจัดสรรบุคลากร และช่วงเวลาในการจัดกิจกรรม

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. ควรกำหนดนโยบายด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงวัยด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยเป็นยุทธศาสตร์ของจังหวัด เพื่อให้มีการจัดสรรงบประมาณสำหรับการดำเนินโครงการ
2. พัฒนาหลักสูตรฝึกอบรมครู ข สำหรับ อสม. หมอพื้นบ้าน และผู้นำชุมชน เพื่อให้สามารถดูแลและถ่ายทอดความรู้ด้านการแพทย์แผนไทยได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมถึงผลักดันนโยบายการให้ ค่าตอบแทน หรือ การยกย่อง บุคคลเหล่านี้เพื่อสร้างแรงจูงใจและความต่อเนื่องในการทำงาน
3. ส่งเสริมให้บรรจุเนื้อหาองค์ความรู้ด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงวัยด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยในโรงเรียนผู้สูงอายุ หรือชมรมผู้สูงอายุ
4. สนับสนุนการวิจัยและการขยายผล การใช้ศาสตร์การแพทย์แผนไทยในสังคมผู้สูงวัยอย่างเป็นระบบเพื่อให้เกิดข้อมูลเชิงประจักษ์ในการผลักดันเชิงนโยบายในระดับประเทศต่อไป

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการวิจัยติดตามผลในระยะยาว หลังสิ้นสุดโครงการอย่างน้อย 6 – 12 เดือน เพื่อประเมินผลกระทบต่อกิจกรรมและคุณภาพชีวิตในระยะยาว

2. ศึกษาในพื้นที่จังหวัดอื่น หรือภูมิภาคที่มีบริบทแตกต่าง เพื่อเปรียบเทียบและปรับให้เข้ากับสภาพชุมชนที่หลากหลาย

เอกสารอ้างอิง

- กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2568). สถิติผู้สูงอายุ กันยายน 2568. https://www.dop.go.th/th/statistics_page?cat=1&id=2578
- กรมสุขภาพจิต. (ม.ป.ป.). เครื่องวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI). <https://dmh.go.th/test/download/files/whoqol.pdf>
- ณัฐรดา บุรุษเลี่ยม. (2567). การดูแลผู้สูงอายุด้วยการแพทย์แผนไทย. วารสารโรงพยาบาลชลบุรี, 49(2), 187-196.
- ปารณนา โกวิททางกูร, อภิรดี จินคร้าม, สิริพันธ์นา ปัญจวิริยะกุล, การุณ รัตนธรรม, & ยิ่งยง พงศ์นรินทร์. (2565). การสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลม่อนปิ่น อำเภอฝาง จังหวัดเชียงใหม่. วารสารนาคบุตรปริทรรศน์, 14(3), 91-100.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2567). การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2567. https://www.nso.go.th/nsoweb/storage/survey_detail/2025/20241209145003_27188.pdf
- ศิริวรรณ จันทร์สระคู และสม นาสอำนาจ. (2559). การประเมินประสิทธิผลโครงการพัฒนาศักยภาพแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว กรณีศึกษา : แกนนำสุขภาพประจำครอบครัว (กสค.) อำเภอเขาวง-นาคู จังหวัดกาฬสินธุ์ ปีงบประมาณ 2554. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม 13(2), 62-70.
- ศุภพิชญ์ ญาณโสภณ. (2564). การศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มวัยก่อนสูงอายุ (Pre-aging) ในการเตรียม

- ความพร้อมเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของเขตสุขภาพที่ 2. *วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ*, 17(3), 56-68.
- วรรณดา ดำเนินสวัสดิ์, กนกวรรณ บัณฑิตชัย และ สุวพันธ์ นามบุญ. (2568). การประเมินผลโครงการ 3S Anti-Aging: โครงการส่งเสริมสุขภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยเพื่อเตรียมความพร้อมเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุจังหวัดลำปาง. *วารสารการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก*, 23(2), 301-317.
- อุทัยวรรณ พงษ์บริบูรณ์. (2557). การดูแลสุขภาพแบบองค์รวมด้วยภูมิปัญญาไทย. *วารสารพยาบาลตำรวจ*, 6(2), 250-262.
- Chan, P., Wong, R., Yip, B., Lee, J., Tai, J., & Woo, J. (2017). Effects of tai chi qigong on psychosocial well-being among hidden elderly, using elderly neighborhood volunteer approach: A pilot randomized controlled trial. *Clinical Interventions in Aging*, 12, 85-96.
- Israel, B. A., Schulz, A. J., Parker, E. A., & Becker, A. B. (1998). Review of community-based research: Assessing partnership approaches to improve public health. *Annual Review of Public Health*, 19, 173-202. <https://doi.org/10.1146/annurev.publhealth.19.1.173>
- Khanthavudh, C., Grealish, A., Tzouvara, V., & Leamy, M. (2025). Supporting healthcare in rural communities in Thailand: An exploratory qualitative study to understand the role and current mental health practices of village health volunteers. *PLOS ONE*, 20(3), e0320559. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0320559>
- Levasseur, M., Richard, L., Gauvin, L., & Raymond, É. (2010). Inventory and analysis of definitions of social participation found in the aging literature: Proposed taxonomy of social activities. *Social Science & Medicine*, 71(12), 2141-2149. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.09.041>.
- Lando, J., Williams, S. M., Williams, B., & Sturgis, S. (2006). A logic model for the integration of mental health into chronic disease prevention and health promotion. *Preventing Chronic Disease*, 3(2), A61.
- Marshall, N., Butler, M., Lambert, V., Timon, C. M., Joyce, D., Warters, A., & Cullen, W. (2025). Health literacy interventions and health literacy-related outcomes for older adults: A systematic review. *BMC Health Services Research*, 25(1), 319. <https://doi.org/10.1186/s12913-025-12457-7>
- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, 15(3), 259-267. <https://doi.org/10.1093/heapro/15.3.259>
- Rodrigues, F., Jacinto, M., Figueiredo, N., Monteiro, A. M., & Forte, P. (2023). Effects of a 24-week low-cost multicomponent exercise program on health-related functional fitness in the community-dwelling aged and older adults. *Medicina (Kaunas)*, 59(2), 371. <https://doi.org/10.3390/medicina59020371>
- Tulloch, A., Bombell, H., Dean, C., & Tiedemann, A. (2018). Yoga-based exercise improves health-related quality of life and mental well-being in older people: A systematic review of randomised controlled trials. *Age and Ageing*, 47(4), 537-544. <https://doi.org/10.1093/ageing/afy044>

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในชุมชน
ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

DEVELOPMENT OF A COMMUNITY-BASED DIABETES CARE MODEL FOR TYPE 2
DIABETES PATIENTS WITH A VILLAGE HEALTH VOLUNTEERS

ฉัตรชัยกานท์ สุขนรินทร์¹, รัศมี สุขนรินทร์^{2*}

Chatchaiyakarn Suknarin¹, Rassamee Suknarin^{2*}

¹สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก

²วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก

คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

¹Phitsanulok provincial health.

²Sirindhorn College of Public Health Phitsanulok Province,

Faculty of Public Health and Allied Health Sciences, Praboromarajchanok Institute

Corresponding author E-mail: Rassamee@scphpl.ac.th*

Received: 24 Aug., 2025

Revised: 19 Nov., 2025

Accepted: 24 Nov., 2025

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินผลรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในจังหวัดพิษณุโลก การวิจัยแบ่งเป็น 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ศึกษาสถานการณ์ด้วยการสนทนากลุ่ม 13 คน สอบถาม อสม. 397 คน และผู้ป่วยเบาหวาน 407 คน 2) การออกแบบและพัฒนาโปรแกรมดูแลผู้ป่วยเบาหวาน 3) ทดลองใช้โปรแกรมกับ อสม. โดยจับคู่ดูแลผู้ป่วย 32 คน สร้างกลุ่มไลน์สนับสนุนการดำเนินงาน และ 4) ประเมินความรอบรู้ ความรู้ ทักษะในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ของ อสม. พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย และความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน

ผลวิจัย พบว่า รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานของ อสม. ดำเนินการด้วยการเสริมพลังอำนาจเชิงจิตวิทยา โดยการอบรมความรู้ การสร้างความรอบรู้สุขภาพ การฝึกทักษะ และการเสริมพลังอำนาจเชิงโครงสร้างโดยการมอบบทบาทหน้าที่ การสนับสนุนเครื่องมือและเทคโนโลยีดิจิทัล การจับคู่บัดดี้ การจัดตั้งกลุ่มไลน์ ซึ่งส่งผลให้ อสม. มีความรู้ในโรคเบาหวาน มีความรอบรู้และความสามารถในการสื่อสาร ความเชื่อมั่นในสมรรถนะตนเอง การมีช่องทางสื่อสาร ความไว้วางใจของคู่บัดดี้ หลังทดลองใช้รูปแบบ พบว่า อสม.มีคะแนนความรอบรู้ ความรู้ และทักษะขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพดีขึ้น ค่าน้ำตาลในเลือดปลายนิ้วลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ($p < .001$) ทั้ง อสม.และผู้ป่วยพึงพอใจต่อโปรแกรมฯ ในระดับมาก ดังนั้น จึงควรนำหลักการเสริมพลังอำนาจ โดยการพัฒนาความรอบรู้สุขภาพ การฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วย การดูแลผู้ป่วยแบบบัดดี้ และการตั้งกลุ่มไลน์มาใช้ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุข

คำสำคัญ: ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2; อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.); การดูแลผู้ป่วยแบบบัดดี้; การเสริมพลังอำนาจ; ความรอบรู้ด้านสุขภาพ

ABSTARCT

The objective of this research and development (R&D) study was to develop and evaluate a care model for Type 2 Diabetes Mellitus (T2DM) patients in the community led by Village Health Volunteers (VHVs) in Phitsanulok Province. The research was divided into four phases: Situational analysis using focus group discussions (13 participants), surveys with 397 VHVs, and 407 diabetes patients. Design and development of the diabetes patient care program. Program trial with 32 pairs of VHVs and patients, and the establishment of a Line group for operational support. Evaluation of VHVs' health literacy, knowledge, and skills in diabetes care, along with patients' health behaviors and satisfaction with the care model. Results: The developed VHV diabetes care model was implemented through Psychological Empowerment by providing training on knowledge, promoting health literacy, and conducting skill training and Structural Empowerment by delegating roles and responsibilities, supporting digital tools and technology, implementing a buddy system, and establishing a Line group.

These interventions resulted in: VHVs gaining knowledge of diabetes, improved health literacy and communication skills, enhanced self-efficacy, available communication channels, and trust among buddies. Following the model trial, VHVs showed statistically significant improvements in their scores for health literacy, knowledge, and skills ($p < .001$). Patients demonstrated better health behaviors and a statistically significant reduction in fingertip blood sugar levels ($p < .001$). Both VHVs and patients expressed very high satisfaction with the program.

Conclusion: The principle of empowerment, specifically through developing health literacy, training patient care skills, implementing a buddy system, and establishing Line groups, should be applied to the community care of diabetes patients by Village Health Volunteers.

Keywords: Type 2 Diabetes Mellitus; Village Health Volunteers (VHVs); Buddy Care; Empowerment; Health Literacy

บทนำ

โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-Communicable Diseases: NCDs) เป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญของโลก ที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของประชาชน เศรษฐกิจ สังคม และระบบบริการสุขภาพ โดยองค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) ได้ระบุว่า โรค NCDs มี 5 กลุ่มสำคัญ ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคหัวใจ และหลอดเลือด โรคมะเร็ง โรคทางเดินหายใจเรื้อรัง และ ปัญหาสุขภาพจิต ซึ่งเป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิตและเป็นภาระโรค โดยการเจ็บป่วยเชื่อมโยงกับการ มีพฤติกรรมสุขภาพไม่เหมาะสม เช่น การสูบบุหรี่ การดื่ม

แอลกอฮอล์ การขาดกิจกรรมทางกาย การบริโภคอาหาร ที่ไม่เหมาะสม และการสัมผัสมลพิษทางอากาศ (กรมควบคุมโรค, 2566) ในปี พ.ศ.2565 องค์การ อนามัยโลก พบว่ามีผู้เสียชีวิตจากโรค NCDs 41 ล้านคน ต่อปี คิดเป็นร้อยละ 74 ของการเสียชีวิตทั้งหมด โดยกว่า 17 ล้านคน หรือเกือบร้อยละ 40 เสียชีวิตก่อนอายุ 70 ปี ซึ่งจัดเป็นการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร โดยร้อยละ 86 ของการเสียชีวิตเกิดขึ้นในประเทศรายได้ต่ำ และปานกลาง สะท้อนถึงความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพ ที่ยังคงเป็นปัญหาใหญ่ของโลก (WHO, 2022)

ในประเทศไทย พบว่า แต่ละปีมีผู้เสียชีวิตจากโรค NCDs มากกว่า 400,000 ราย หรือเฉลี่ยมากกว่า 1,000 รายต่อวัน โดยร้อยละ 80 ของการเสียชีวิตมีสาเหตุจาก 4 โรคหลัก ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็ง โรคเบาหวาน และโรคทางเดินหายใจเรื้อรัง (กรมควบคุมโรค, 2566) ซึ่งเห็นได้ว่าการจัดการแก้ไขปัญหาโรค NCDs เป็นความท้าทายด้านสุขภาพและเกี่ยวข้องกับความมั่นคงทางเศรษฐกิจสังคมของประเทศ เนื่องจากมีมูลค่าความสูญเสียทางเศรษฐกิจของประเทศในปี 2562 มีสูงถึง 1.6 ล้านล้านบาท หรือร้อยละ 9.7 ของผลิตภัณฑ์มวลรวม (GDP) ในประเทศ โดยในกลุ่มโรคเหล่านี้ โรคเบาหวานชนิดที่ 2 ถือเป็นโรคที่สร้างภาระทางสุขภาพอย่างมาก เพราะมีแนวโน้มการป่วยและการตายเพิ่มขึ้นต่อเนื่อง โดยพบอัตราป่วยเบาหวาน เพิ่มขึ้นจาก 1,345 เป็น 1,528.9 ต่อประชากรแสนคน และอัตราการเสียชีวิตก็เพิ่มขึ้นจาก 20.0 เป็น 22.0 ต่อแสนประชากร ในปี 2560 และปี 2562 ตามลำดับ (กรมควบคุมโรค, 2566) นอกจากนี้โรคเบาหวานยังมีความสัมพันธ์กับโรคเรื้อรังอื่นๆ โดยเฉพาะความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดผิดปกติ ซึ่งเป็นปัญหาสุขภาพที่พบร่วมได้บ่อย โรคเบาหวานชนิดที่ 2 ยังเป็นสาเหตุของภาวะแทรกซ้อนทั้งแบบเฉียบพลันและเรื้อรังแบบเฉียบพลัน เช่น ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำหรือสูงเฉียบพลัน ภาวะกรดคีโตนจากเบาหวาน (Diabetic Ketoacidosis) ซึ่งเป็นภาวะฉุกเฉินที่ส่งผลอันตรายถึงชีวิต ส่วนภาวะแทรกซ้อนแบบเรื้อรัง เกิดจากความเสื่อมของหลอดเลือดในอวัยวะของร่างกาย เช่น สมอง หัวใจ ไต ดวงตา และปลายมือปลายเท้า ส่งผลให้ผู้ป่วยมีภาวะตาบอด อัมพฤกษ์ อัมพาต โรคหลอดเลือดหัวใจตีบและแผลเรื้อรังที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อจนต้องตัดอวัยวะ (ภีรกาญจน์ ไคนุ่นนา และคณะ, 2566) สร้างความทุกข์ทรมานแก่ผู้ป่วยและยังเพิ่มค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลและกระทบต่อคุณภาพชีวิตของครอบครัวและชุมชน สำหรับสถานการณ์ในจังหวัดพิษณุโลก พบว่าจำนวนผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มขึ้นจาก 49,888 คน ในปี 2562

เป็น 68,847 คน ในปี 2566 ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้เพียงร้อยละ 37.01 เท่านั้น (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก, 2567) สถานการณ์ดังกล่าวสะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นที่จะต้องพัฒนากลยุทธ์ใหม่ๆ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการจัดการโรคเบาหวานในระดับชุมชน

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ถือเป็น "ฟันเฟืองและกลไกด่านหน้า" ของระบบสุขภาพ มีบทบาทเชื่อมโยงประชาชนกับหน่วยบริการสุขภาพ ทำภารกิจทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันควบคุมโรค และการติดตามดูแลผู้ป่วยเรื้อรังในชุมชน ใกล้ชิดและความไว้วางใจจากประชาชน เป็น "พลังอำนาจเชิงสังคม (Social Power)" จึงมีศักยภาพสูงต่อการเข้าถึงและดูแลกลุ่มเสี่ยง ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน ดังนั้นการออกแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน โดยเน้นการเสริมพลังอำนาจเชิงจิตวิทยาผ่านความรอบรู้และทักษะ (Psychological Empowerment) โดยเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพเฉพาะโรค (Health Literacy) เพื่อให้เข้าใจ (Meaning) ในงานที่ทำและสามารถถ่ายทอดความรู้ให้ผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง และสร้างทักษะการดูแลผู้ป่วย (Skill Training) สร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing) และเสริมสร้างความรู้สึกรับผิดชอบ (Competence/Self efficacy) ให้ อสม. เชื่อมั่นว่าตนเองสามารถทำภารกิจที่ซับซ้อนให้สำเร็จได้ รวมทั้งการเสริมพลังอำนาจเชิงโครงสร้าง และการสนับสนุน (Structural Empowerment) โดยการมอบหมายบทบาทอำนาจหน้าที่ (Impact and Autonomy) โดยมอบหมายบทบาทให้เป็นผู้ติดตามและประเมินอาการพื้นฐาน ในชุมชนได้อย่างเป็นทางการ เพื่อสร้างความรู้สึกมีผลกระทบ (Impact) ต่อผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยและการสนับสนุนเครื่องมือและเทคโนโลยีดิจิทัล จัดหาเครื่องมือที่จำเป็น และนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาใช้ในการเพิ่มประสิทธิภาพ เช่น การจัดตั้งกลุ่มไลน์ (Line Group) เพื่อสื่อสาร ติดตาม ให้คำปรึกษาแก่ อสม. และผู้ป่วย รวมถึงการส่งข้อมูลสู่หน่วยบริการได้อย่างรวดเร็ว ขณะที่ระบบบัดดี้ (Buddy System)

เป็นการจับคู่ระหว่าง อสม. กับผู้ป่วย เพื่อสร้างความไว้วางใจ (Trust) ระหว่างกัน ถือเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคม (Social Support) ที่มั่นคงและเป็นองค์ประกอบสำคัญของการเสริมพลังอำนาจ

จากหลักการข้างต้น ผู้วิจัย จึงสนใจในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในชุมชน โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในจังหวัดพิษณุโลก โดยยกระดับศักยภาพของ อสม. ด้วยแนวคิด Empowerment เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ระยะยาว ได้แก่ การยกระดับคุณภาพการดูแลผู้ป่วย การลดภาวะแทรกซ้อน เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตของประชาชน ลดภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประเทศได้อย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในจังหวัดพิษณุโลก
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในชุมชนที่สอดคล้องกับบริบทการดำเนินงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในจังหวัดพิษณุโลก
3. เพื่อประเมินผลรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในจังหวัดพิษณุโลก

วิธีการศึกษา

1. รูปแบบการวิจัย การวิจัยครั้งนี้ใช้รูปแบบการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) โดยใช้กระบวนการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Methods Research) ทั้งการวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ

2. วิธีดำเนินการ การดำเนินการวิจัย แบ่งเป็น 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (พฤษภาคม - กรกฎาคม 2567) โดยการสนทนากลุ่มทีมสหวิชาชีพ แกนนำ อสม.

ตัวแทนผู้ป่วยที่มีส่วนเกี่ยวข้อง เพื่อศึกษาศักยภาพ ปัญหา อุปสรรค แนวทางการดำเนินงาน และความต้องการพัฒนา นำข้อมูลมาสรุปและสร้างเป็นแบบสอบถาม จำนวน 2 ชุด ได้แก่ แบบสอบถามสำหรับ อสม. และแบบสอบถามสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน และสำรวจข้อมูลจากกลุ่มเป้าหมายทั้ง 2 กลุ่ม ตามแบบสอบถามที่สร้างขึ้น วิเคราะห์ผลข้อมูลจากแบบสอบถามที่เก็บรวบรวมได้เพื่อทราบสถานการณ์การดำเนินงาน

ขั้นตอนที่ 2 ออกแบบและพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในชุมชนโดย อสม. ในจังหวัดพิษณุโลก (สิงหาคม - กันยายน 2567) ด้วยการนำข้อมูลที่ได้จากขั้นตอนที่ 1 ไปจัดทำร่างโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในชุมชนของ อสม. โดยนำแนวคิดทฤษฎีการเสริมพลังอำนาจ (Empowerment) การตั้งเป้าหมาย (Goal setting) การฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานในชุมชน (Practice competency) และมอบหมายให้ อสม. จับคู่บัดดีในการดูแลผู้ป่วยในชุมชน (อสม. และผู้ป่วยโรคเบาหวาน 1:1) จัดตั้งกลุ่มไลน์เพื่อช่วยในการเสริมสร้างพลังอำนาจได้ตลอดเวลา นำร่างโปรแกรมฯ ที่สร้างขึ้นไปให้ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ด้านการปฏิบัติงานของอสม. และด้านการวิจัย ให้คำแนะนำและปรับปรุงกิจกรรมในโปรแกรมให้เหมาะสมก่อนนำไปใช้จริง

ขั้นตอนที่ 3 ทดลองใช้โปรแกรมดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในชุมชน (ตุลาคม - ธันวาคม 2567) ที่ออกแบบและพัฒนาจากขั้นตอนที่ 2 ไปจัดกิจกรรมฯ จำนวน 8 สัปดาห์ กับกลุ่ม อสม. จำนวน 32 คน ดำเนินการจัดกิจกรรมตามโปรแกรมฯ ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 ใช้เวลา 5 ชั่วโมง กิจกรรมประกอบด้วย การชี้แจงวัตถุประสงค์ และกระบวนการวิจัย สร้างสัมพันธภาพระหว่างนักวิจัย ผู้ช่วยวิจัย และ อสม. เก็บข้อมูลทั่วไป ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ความรู้ และทักษะการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน นำเสนอข้อมูลโรคเบาหวาน แลกเปลี่ยน

ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานในชุมชน ให้ความรู้การดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน แบ่งเป็น 6 ฐาน ฐานที่ 1 การดูแลด้านอาหาร ฐานที่ 2 การออกกำลังกาย ฐานที่ 3 การจัดการอารมณ์ ฐานที่ 4 การจัดการยา และการรับการรักษา ฐานที่ 5 ด้านการส่งต่อผู้ป่วย และฐานที่ 6 ฝึกทักษะการเจาะเลือดหาค่าน้ำตาล ในเลือดปลายนิ้ว (DTX) สอดแทรกกิจกรรมตามหลักการ เสริมพลังอำนาจ (Empowerment) การตั้งเป้าหมาย (Goal setting) และการกำกับ ติดตาม ประเมินผล (Monitoring) เสริมทักษะความรู้ด้านสุขภาพ จับคู่ บัดดี อสม.และผู้ป่วย และสร้างกลุ่มไลน์เพื่อเสริมพลัง อำนาจ การติดตามผลการดำเนินงาน และการแก้ไขปัญหาอุปสรรค

ทีมวิจัยลงพื้นที่เพื่อสอบถามข้อมูลทั่วไป ประเมินพฤติกรรมสุขภาพ และบันทึกค่าน้ำตาลในเลือด ปลายนิ้ว (DTX) ของผู้ป่วยที่เป็นคู่บัดดี (กรณีไม่มี ผล DTX ผู้ช่วยนักวิจัยนัดผู้ป่วย NPO และเจาะเลือด เพื่อหาค่าน้ำตาลในเลือดปลายนิ้ว (DTX) ในวันถัดไป

สัปดาห์ที่ 2-4 ติดตามทักษะการดูแลผู้ป่วย เบาหวานในชุมชน การเสริมพลังอำนาจ และเผยแพร่สื่อ ผ่านแอปพลิเคชันกลุ่มไลน์ การออกเยี่ยมบ้านผู้ป่วย พร้อมเจาะ DTX โดย อสม.และผู้ช่วยนักวิจัยในพื้นที่

สัปดาห์ที่ 5 จัดกิจกรรม 5 ฐาน คือ

- 1) แลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ในชุมชน ศักยภาพ/ความสำเร็จ/ปัญหาอุปสรรค
- 2) ทบทวนทักษะการดูแลผู้ป่วยเบาหวานด้านการ ออกกำลังกาย ด้านการจัดการอาหาร การจัดการอารมณ์ การจัดการยาและการรักษาตามนัด การส่งต่อผู้ป่วย และข้อมูล
- 3) ทบทวนทักษะการเจาะเลือดหาค่าระดับ น้ำตาลในเลือดปลายนิ้ว (DTX) และการแปลผล
- 4) เสริมทักษะเสริมสร้างพลังอำนาจ
- 5) การตั้งเป้าหมาย การกำกับ ติดตาม และประเมินผล

สัปดาห์ที่ 6-7 ติดตามทักษะการดูแลผู้ป่วย เบาหวานในชุมชน การให้กำลังใจ และเผยแพร่สื่อ ผ่านแอปพลิเคชันกลุ่มไลน์ การออกเยี่ยมบ้านผู้ป่วย พร้อมเจาะ DTX โดย อสม.และผู้ช่วยนักวิจัยในพื้นที่

สัปดาห์ 8 จัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การเสริมแรงตนเอง การให้กำลังใจ ถอดบทเรียน ประเมินผลหลังการจัดกิจกรรมตามโปรแกรมฯ โดยสอบถามข้อมูลทั่วไป ความความรอบรู้สุขภาพ ความรู้ ทักษะการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานในกลุ่มตัวอย่าง อสม. ทีมวิจัยลงพื้นที่เพื่อประเมินผลในกลุ่มผู้ป่วย โรคเบาหวานที่คู่บัดดี สอบถามข้อมูลทั่วไป ประเมิน พฤติกรรมสุขภาพ และตรวจหรือบันทึกค่าน้ำตาล ในเลือดปลายนิ้ว (DTX) ผู้ป่วย

ขั้นตอนที่ 4 ประเมินผลรูปแบบการดูแลผู้ป่วย โรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในชุมชน (มกราคม - กุมภาพันธ์ 2568) โดยการประเมินความพึงพอใจของ อสม. และผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับการดูแล อย่างต่อเนื่องจาก อสม. และร่วมพิจารณาปรับปรุง เพิ่มเติมให้โปรแกรม มีความสมบูรณ์และเหมาะสมยิ่งขึ้น

3. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

3.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่างการวิจัยเชิงปริมาณ

ประชากรที่ศึกษา ประกอบด้วย 2 กลุ่ม ได้แก่

- 1) กลุ่ม อสม.ในจังหวัดพิษณุโลก จำนวน 18,696 คน
- 2) กลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในจังหวัด พิษณุโลก จำนวน 65,543 คน

กลุ่มตัวอย่าง ทั้ง 2 ขั้นตอน ได้แก่

ขั้นตอนที่ 1 การศึกษาสถานการณ์ คำนวณ ขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยสูตรของ Taro Yamane (1973) ได้กลุ่มตัวอย่าง อสม. จำนวน 431 คน และผู้ป่วย โรคเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 438 คน สุ่มกลุ่มตัวอย่าง แบบง่าย (Simple random sampling) โดยวิธีการ จับสลากแบบไม่ใส่คืน

ขั้นตอนที่ 3-4 ทดลองใช้โปรแกรมฯ และประเมินผลของรูปแบบ คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ เกณฑ์ของโพลิชแอนแบ็ก (Polit & beck, 2008) ได้กลุ่มตัวอย่าง อสม.จำนวน 32 คน และผู้ป่วย โรคเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 32 คน การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย

(Simple random sampling) โดยวิธีการจับสลาก ได้กลุ่มตัวอย่างอำเภอพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก

กำหนดเกณฑ์คัด อสม. เข้าการวิจัย คือ ปฏิบัติงานเป็น อสม. ไม่น้อยกว่า 1 ปี มีสมาร์ทโฟน สามารถใช้แอปพลิเคชันไลน์ได้ มีผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 อยู่ความรับผิดชอบ และยินดีเข้าร่วมการวิจัย เกณฑ์คัดออก คือ เข้าร่วมโปรแกรมไม่ครบตามระยะเวลา ที่กำหนด หรือขอถอนตัวออกจากการวิจัย

3.2 ผู้ให้ข้อมูลในการวิจัยเชิงคุณภาพ เป็นผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ประกอบด้วย หัวหน้าหรือผู้รับผิดชอบ งาน NCDs พยาบาลวิชาชีพประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล แกนนำชุมชน อสม. และผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 รวมจำนวน 13 คน

4. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งเป็น 3 ประเภท คือ

4.1 เครื่องมือทางวิทยาศาสตร์ ประกอบด้วย เครื่องตรวจน้ำตาลปลายนิ้ว (DTX) แถบตรวจน้ำตาล ในเลือด และแบบบันทึกผลการตรวจน้ำตาลปลายนิ้ว ที่ได้รับการตรวจสอบมาตรฐานทุกปี

4.2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ประกอบด้วย 3 ชุด ได้แก่

ชุดที่ 1 แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพ ความรู้ และทักษะการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานของ อสม. จำนวน 42 ข้อ แบ่งเป็น 4 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 8 ข้อ เป็นลักษณะให้เลือกตอบและเติมคำในช่องว่าง

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ จำนวน 12 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วน ประมาณค่า 5 ระดับคือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด ข้อคำถามเป็นเชิงบวกทั้งหมด แปลผลระดับ ความรอบรู้เป็น 3 ระดับ ตามสูตรการแบ่งระดับ อันตรภาคชั้น คือ (คะแนนสูงสุด-ต่ำสุด)/จำนวนชั้น แบ่งเป็นความรอบรู้ระดับน้อย (12-27 คะแนน) ระดับ ปานกลาง (28-43 คะแนน) และระดับมาก (44-60 คะแนน)

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับ โรคเบาหวาน จำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำถามกำหนด

เป็นแบบปรนัย 3 ตัวเลือก แปลผลระดับความรู้แบ่งเป็น 3 ระดับ ตามสูตรการแบ่งระดับอันตรภาคชั้น คือ ความรู้ ระดับต่ำ (0-6 คะแนน) ระดับ ปานกลาง (7-8 คะแนน) และระดับสูง (9-10 คะแนน)

ส่วนที่ 4 แบบประเมินทักษะในการดูแลผู้ป่วย เบาหวาน จำนวน 12 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตรา ส่วนประมาณค่า 3 ระดับ คือ มาก ปานกลาง น้อย ข้อคำถามข้อที่ 1-11 เป็นคำถามเชิงบวก ส่วนข้อที่ 12 เป็นข้อคำถามเชิงลบ การแปลผลทักษะ แบ่งเป็น 3 ระดับ ตามสูตรการแบ่งระดับอันตรภาคชั้น คือ ทักษะ ระดับน้อย (12-19 คะแนน) ระดับปานกลาง (20-27 คะแนน) และระดับมาก (28-36 คะแนน)

ชุดที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ ของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 จำนวน 26 ข้อ แบ่งเป็น 2 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 11 ข้อ เป็นลักษณะให้เลือกตอบและเติมคำในช่องว่าง

ส่วนที่ 2 พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย โรคเบาหวาน จำนวน 15 ข้อ ลักษณะคำถาม เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ คือ ปฏิบัติ เป็นประจำ ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง ไม่เคยปฏิบัติ เลย เป็นคำถามเชิงบวก 13 ข้อ ข้อคำถามเชิงลบ 2 ข้อ คือข้อที่ 8 กับ 14 การแปลผลพฤติกรรมแบ่งเป็น 3 ระดับ ตามสูตรการแบ่งระดับอันตรภาคชั้น คือ พฤติกรรมสุขภาพ ไม่เหมาะสม (15-29 คะแนน) พฤติกรรมสุขภาพพอใช้ (30-44 คะแนน) และพฤติกรรมสุขภาพดี (45-60 คะแนน)

ชุดที่ 3 แนวคำถามการสนทนากลุ่มศึกษา สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนโดย อสม. ประกอบด้วย 6 ประเด็นสำคัญ ได้แก่ 1) สถานการณ์ การเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานในชุมชน 2) ความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับโรคเบาหวานในพื้นที่ 3) การดูแล ผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน จุดแข็ง จุดอ่อน โอกาส ภาวะ คุกคาม 4) ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน 5) บทบาท และรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานโดย อสม. ที่ควรเป็น และ 6) ข้อเสนอแนะในการดำเนินงานอื่น ๆ

ชุดที่ 4 แบบสอบถามความพึงพอใจ
ต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานในชุมชน
โดย อสม. จำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบ
มาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก
ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด ข้อคำถามเป็นเชิงบวกทั้งหมด
แปลผลความพึงพอใจแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ
ความพึงพอใจน้อย (10-23.33 คะแนน) ปานกลาง
(23.34-36.67 คะแนน) และมาก (36.68-50 คะแนน)

4.3 การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1) ความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity)

นำแบบสอบถามชุดที่ 1 และ 2 ไปให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน
3 ท่านตรวจสอบ ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of
Item Objective Congruence: IOC) ระหว่าง 0.67-
1.00

2) ความเชื่อมั่น (Reliability) นำแบบสอบถาม
ไปทดลองใช้ (try out) กับกลุ่มที่มีลักษณะใกล้เคียง
กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน คำนวณค่าสัมประสิทธิ์
แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha
Coefficient) ได้เท่ากับ 0.838 และ 0.798 ตามลำดับ

4.4 เครื่องมือใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรม
พัฒนาศักยภาพการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2
ในชุมชนของ อสม. และแอปพลิเคชันไลน์

5. การเก็บรวบรวมข้อมูล

5.1 ข้อมูลเชิงปริมาณ เก็บรวบรวมข้อมูล
โดยใช้แบบสอบถาม แบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1
ใช้แบบสอบถามชุดที่ 1 และ 2 ดำเนินการในระหว่าง
พฤษภาคม - กรกฎาคม 2567 ระยะที่ 3 ใช้แบบสอบถาม
ชุดที่ 1 และ 2 ดำเนินการในช่วงเดือนตุลาคม - ธันวาคม
2567 และระยะที่ 4 ใช้แบบสอบถามชุดที่ 4 ดำเนินการ
ในช่วงเดือนมกราคม - กุมภาพันธ์ 2568

5.2 ข้อมูลเชิงคุณภาพ เก็บรวบรวมข้อมูล
โดยใช้แนวคำถามการสนทนากลุ่ม ทีมวิจัยและผู้ช่วยวิจัย
เก็บข้อมูลด้วยตนเอง ดำเนินการในระหว่างพฤษภาคม -
มิถุนายน 2567

6. การวิเคราะห์ข้อมูล

6.1 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้สถิติ
ดังนี้

1) สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่
(Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean)
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ค่าสูงสุด
(Max) และค่าต่ำสุด (Min)

2) สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics)
ได้แก่ การทดสอบค่าทีแบบจับคู่ตัวอย่าง (Paired
Sample t- test)

6.2 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยใช้
วิธีการใช้การวิเคราะห์เชิงประเด็น (Thematic analysis)
แปลผลด้วยการสร้างประเด็นในลักษณะเป็นแผนภูมิ
รูปภาพ (Mind-maps) เพื่อให้เห็นประเด็นได้ชัดเจน
และอยู่ภายใต้พื้นฐานของข้อมูลที่เก็บรวบรวมมาทั้งหมด
(สุภาพรณ์ สุธนอบบัว, 2562)

7. การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง การวิจัย
ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย
ในมนุษย์ ของวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัด
พิษณุโลก เลขที่ IRRB of SCPHPL 2/2567.2.1 ลงวันที่
23 พฤษภาคม 2567 โดยคำนึงถึงหลักความเคารพ
ในบุคคล (Respect for person) หลักคุณประโยชน์
ไม่ก่ออันตราย (Beneficence) และหลักความยุติธรรม
(Justice)

ผลการวิจัย

1. การศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ป่วย
โรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในชุมชน จากการสนทนากลุ่ม
พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานมักไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำ
ของแพทย์ ต้องการให้ อสม. ที่ใกล้ชิดและไว้วางใจคอยดูแล
พยาบาลมีความเห็นว่า ผู้ป่วยมากขึ้น มีเวลาจำกัดในการ
พูดคุยทำความเข้าใจปัญหา หากมีคนทีใกล้ชิดผู้ป่วย
ที่สามารถดูแลได้ น่าจะดีขึ้น ส่วน อสม. เห็นว่า ผู้ป่วย
เบาหวานมีมากขึ้น เพราะการบริโภคอาหาร
ที่ไม่เหมาะสมทำได้ง่าย ยังขาดความมั่นใจว่าในความรู้อัน
และทักษะ การจัดตั้งกลุ่มไลน์จะทำให้ปรึกษาเจ้าหน้าที่

ได้สะดวกขึ้น และควรมีเครื่องเจาะเลือดปลายนิ้ว
ตรวจเบาหวานสนับสนุนการปฏิบัติงาน

ผลการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพ ความรู้
เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ทักษะในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน
ของ อสม. และพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน
ชนิดที่ 2 พบว่า

1.1 กลุ่ม อสม. ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ
85.39 อายุเฉลี่ย 52.72 ปี สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ
76.07 รายได้เฉลี่ย 5,146.25 บาทต่อเดือน จบการศึกษา
ระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 34.26 อาชีพ
เกษตรกร ร้อยละ 60.71 ระยะเวลาเป็น อสม.เฉลี่ย
15.04 ปี และไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 51.64

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของความรอบรู้ด้านสุขภาพ ความรู้ ทักษะในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน
ของ อสม. (n=397) และพฤติกรรมสุขภาพ ของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 (n=407)

รายการ	คะแนนเต็ม	ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$)	S.D.	ระดับ
กลุ่มตัวอย่าง อสม. (n=397)				
รอบรู้ด้านสุขภาพ	60	37.19	6.95	ปานกลาง
ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน	10	5.93	1.04	ต่ำ
ทักษะในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน	36	24.23	3.52	ปานกลาง
กลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 (n=407)				
พฤติกรรมสุขภาพ	60	32.28	5.04	พอใช้
ค่าน้ำตาลในเลือดปลายนิ้ว (DTX)	-	148.04	34.32	สูง

จากตารางที่ 1 พบว่า กลุ่ม อสม. รอบรู้สุขภาพระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 37.19, S.D. $\pm$ 6.95) ความรู้เกี่ยวกับ
โรคเบาหวานระดับต่ำ ($\bar{X}$ = 5.93, S.D. $\pm$ 1.04) และทักษะการดูแลผู้ป่วยเบาหวานระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 24.23,
S.D. $\pm$ 3.52) กลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีพฤติกรรมสุขภาพระดับพอใช้ ($\bar{X}$ = 32.28, S.D. $\pm$ 5.04) ค่าน้ำตาล
ในเลือดปลายนิ้ว (DTX) อยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$ = 148.04, S.D. $\pm$ 34.32)

2. การออกแบบและพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในชุมชนโดย อสม. ได้นำผล
จากขั้นตอนที่ 1 ไปพัฒนาโปรแกรม กำหนดระยะเวลาดำเนินการ 8 สัปดาห์ โดยนำแนวคิดทฤษฎีของการเสริมสร้าง
พลังอำนาจ (Empowerment) การตั้งเป้าหมาย (Goal setting) ฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน (Practice
competency) และจับคู่บัดดี้ อสม.กับผู้ป่วย (1:1) จัดตั้งกลุ่มไลน์ช่วยเสริมสร้างพลังอำนาจ ติดตาม สนับสนุน
นำร่องโปรแกรมฯ ที่สร้างขึ้นไปให้ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ด้านการปฏิบัติงานของ อสม.
และด้านการวิจัย ให้คำแนะนำและปรับปรุงกิจกรรมในโปรแกรมให้เหมาะสมก่อนนำไปใช้จริง มีรูปแบบและขั้นตอน
การดำเนินการ ดังนี้

ตารางที่ 2 ผลการออกแบบรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในชุมชนโดยอาสาสมัครสาธารณสุข

แนวคิด หลักการ	รูปแบบและขั้นตอนการดำเนินการ
1) การเตรียมการและสร้างรากฐาน (เสริมพลังอำนาจ)	1) ประชุมชี้แจงสร้างความเข้าใจในเป้าหมาย ภารกิจ บทบาทหน้าที่ ความสำคัญในบทบาทของตนเอง 2) สร้างการมีส่วนร่วมโดยรับฟังแนวทางการดำเนินงาน ปัญหา อุปสรรค วางแผนงาน กำหนดเป้าหมาย หรือเลือกดำเนินกิจกรรม 3) ประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยสังเกต พูดคุย ทำความเข้าใจ ความเชื่อ ความรู้ พฤติกรรมการป้องกัน ติดตามรักษาโรค 4) กำหนดเป้าหมายผู้ป่วย Buddy ของตนเอง
2) การฝึกอบรมเสริมสร้างความรู้ตามทฤษฎีการรอบรู้ด้านสุขภาพแก่อาสาสมัครสาธารณสุข ตามหลักการ K-shape เพื่อฝึก อสม. ให้รู้และเข้าใจ 5 ทักษะ เพื่อสามารถเป็น "ผู้ให้ข้อมูล" และ "ผู้ฝึกสอน" ให้แก่ผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง	1) การเข้าถึงความรู้ (Access) การเข้าถึงแหล่งข้อมูลสุขภาพ ที่ถูกต้อง เชื่อถือได้ เช่น คู่มือสุขภาพจากโรงพยาบาล เว็บไซต์ ของกระทรวงสาธารณสุข หรือข้อมูลจากบุคลากรทางการแพทย์ โดยตรง 2) เข้าใจ (Understand) การให้ข้อมูลด้วยภาษาที่ง่ายต่อการเข้าใจ หลีกเลี่ยงศัพท์ทางการแพทย์ที่ซับซ้อน อธิบายให้เห็นภาพและเชื่อมโยงกับชีวิตประจำวันของผู้ป่วย 3) ไต่ถาม (Questioning) การสร้างบรรยากาศที่ส่งเสริมให้ซักถาม เมื่อมีข้อมูลที่ไม่ตรงกันหรือยังไม่เข้าใจ เช่น การให้ผู้ป่วยจดคำถามที่สงสัยไว้ล่วงหน้า 4) ตัดสินใจ (Making Decision) การประเมินทางเลือกและตัดสินใจ เลือกแนวทางการดูแลตนเองที่เหมาะสมกับสภาพชีวิตของตนเอง เช่น การเลือกเมนูอาหารที่ถูกปากแต่ยังดีต่อสุขภาพเบาหวาน 5) นำไปใช้ (Applying) การสนับสนุนให้ผู้ป่วยนำความรู้ไปปฏิบัติ โดยมี อสม. เป็นบัดดี้คอยให้กำลังใจและติดตามผลอย่างต่อเนื่อง
3) การฝึกอบรม ให้ความรู้และทักษะที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน	1) ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคเบาหวาน อาการ สถานการณ์ของโรค 2) ความรู้เกี่ยวกับเวชศาสตร์วิถีชีวิต 3 อ. 2 ส. เพื่อการสร้างพฤติกรรมแก่ผู้ป่วย ได้แก่ การออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร การปรับอารมณ์ การงดบุหรี่ แอลกอฮอล์ การนอนหลับ และการสร้างสัมพันธภาพที่ดีต่อสังคม 3) ทักษะดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ได้แก่ การวัดระดับน้ำตาลในเลือด การให้คำแนะนำเรื่องอาหาร การรับมือกับสถานการณ์ฉุกเฉิน 4) ความรู้และทักษะในการกำหนดเป้าหมาย การควบคุมกำกับ 5) ทักษะในการใช้กลุ่มไลน์เพื่อเป็นช่องทางการสื่อสารระหว่างกลุ่ม การสนับสนุนการจัดการดูแลผู้ป่วย และเป็นเวทีสำหรับการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ระหว่างกัน

แนวคิด หลักการ	รูปแบบและขั้นตอนการดำเนินการ
4) การดำเนินโครงการในพื้นที่ (ใช้หลักการความรอบรู้ด้านสุขภาพ K-shape และการเสริมพลังอำนาจ)	1) บัณฑิตเยี่ยมบ้าน - ติดตาม ประเมินอาการ/พฤติกรรมสุขภาพ/ประเมินภาวะสุขภาพ - สื่อสารความรู้ไปให้ผู้ป่วยจากแหล่งต่าง ๆ เช่น แผ่นพับ VDO สั้น - สร้างความเข้าใจ (Understand) อธิบายเรื่องเบาหวาน ภาวะแทรกซ้อน และวิธีการดูแลตนเองให้ผู้ป่วยเข้าใจง่ายที่สุด - ไต่ถาม (Questioning) การสื่อสารเพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยตอบและกล้าที่จะถามคำถามเมื่อมีข้อสงสัย - ตัดสินใจ (Making Decision) อสม. ช่วยแนะนำให้ผู้ป่วยเลือกแนวทางการดูแลตนเองที่เหมาะสม - นำไปใช้ (Applying) อสม. ติดตาม ให้กำลังใจผู้ป่วยในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เช่น การปรับอาหารหรือการออกกำลังกาย - อสม. ใช้ระบบกลุ่มไลน์ เพื่อประสานข้อมูลการดำเนินงาน 2) การประเมินผลและสร้างความยั่งยืน - จัดประชุม อสม. เพื่อแลกเปลี่ยนผลการทำงานและปัญหาที่พบ - จัดกิจกรรมให้ อสม. ได้นำเสนอผลความสำเร็จในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งจะสร้างความภาคภูมิใจ ความเชื่อมั่นในศักยภาพของ อสม. - การสร้างเครือข่ายผู้ป่วยในชุมชน เพื่อให้ผู้ป่วยได้ช่วยเหลือและเป็นที่กำลังใจให้กันเองอย่างต่อเนื่อง 3) การวัดความสำเร็จ การวัดผลด้านผลลัพธ์และผลกระทบ (Outcome and Impact Evaluation) - ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ความรู้ ทักษะการดูแลผู้ป่วยของ อสม. - การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ ค่าน้ำตาลในเลือดปลายนิ้ว - ความพึงพอใจของ อสม.และผู้ป่วย

ทีมวิจัยได้พิจารณาปรับปรุงเพิ่มเติมให้โปรแกรมฯ มีความสมบูรณ์และเหมาะสมยิ่งขึ้น ได้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในชุมชนของ อสม. ภายใต้แนวคิดการเสริมพลังอำนาจ (Empowerment) การตั้งเป้าหมาย (Goal setting) และการกำกับ ติดตาม ประเมินผล (Monitoring) ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในชุมชนของอาสาสมัครในชุมชน

3. การประเมินผลรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขที่ออกแบบพัฒนาจากขั้นตอนที่ 2 ไปจัดกิจกรรมฯ จำนวน 8 สัปดาห์ ในพื้นที่อำเภอพรหมพิราม โดยมีกลุ่มตัวอย่าง อสม.และผู้ป่วย จำนวน 32 คน เข้าร่วมโปรแกรมต่อเนื่องจนครบ 8 สัปดาห์ เมื่อดำเนินกิจกรรมครบตามระยะเวลา ได้เปรียบเทียบผลลัพธ์ก่อนกับหลังดำเนินการ พบว่ามีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น ทั้งในกลุ่มตัวอย่างที่เป็น อสม. และผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ อสม.ไปให้การดูแล ดังแสดงในตารางที่ 3 และ 4

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยความรอบรู้ ความรู้ ทักษะในการดูแลผู้ป่วยของ อสม. (n=32) พฤติกรรมสุขภาพและค่าเฉลี่ย น้ำตาลในเลือดของผู้ป่วย ก่อนกับหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ (n=32)

รายการ	ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$)	S.D.	t	p-value
กลุ่ม อสม.				
ความรู้ด้านสุขภาพ				
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ	37.09	1.03	-11.042	<.001***
หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ	45.81	4.73		
ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน				
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ	5.81	0.93	-9.513	<.001***
หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ	7.94	1.11		
ทักษะในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน				
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ	24.16	1.30	-12.712	<.001***
หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ	28.53	1.74		
กลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2				
พฤติกรรมสุขภาพ				
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ	32.94	4.56	-11.590	<.001***
หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ	41.06	3.02		
น้ำตาลในเลือดปลายนิ้ว (DTX)				
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ	148.69	23.07	3.124	.004**
หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ	142.47	14.93		

p-value<.01, * p-value<.001

จากตารางที่ 3 พบว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่ม อสม.มีค่าเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน และทักษะในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ส่วนผู้ป่วยโรคเบาหวานมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ และค่าเฉลี่ยน้ำตาลในเลือดปลายนิ้วต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$)

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความพึงพอใจของ อสม.ที่เข้าร่วมโปรแกรม และผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ที่ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องจาก อสม. (n=32)

รายการ	คะแนนเต็ม	ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$)	S.D.	ระดับ
กลุ่มอสม. (n=32)	50	44.82	2.36	มาก
กลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน (n=32)	45	41.09	3.11	มาก

จากตารางที่ 4 จากการประเมินความพึงพอใจของ อสม. และผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้าร่วมโปรแกรมด้วย พบว่าทั้งสองกลุ่มมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก

สรุปผลการวิจัย

การวิจัย พบว่า ชุมชนมีผู้ป่วยโรคเบาหวานมากขึ้น อสม. มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย แต่ขาดความมั่นใจในความรู้และทักษะ ขาดอุปกรณ์สนับสนุน และขาดความยอมรับจากผู้ป่วย ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อสม. ส่วนใหญ่รอบรู้สุขภาพระดับปานกลาง ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานระดับต่ำ และทักษะการดูแลผู้ป่วยเบาหวานระดับน้อย กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคเบาหวาน พบว่า ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมระดับพอใช้ และค่าน้ำตาลปลายนิ้วในระดับสูง สะท้อนว่า มีการดูแลสุขภาพพอควร แต่อาจมีอุปสรรค จึงมีค่าน้ำตาลไม่พึงประสงค์

ผลการวิจัยหลังเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า เปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดี ทั้งในกลุ่มตัวอย่าง อสม. และผู้ป่วยเบาหวาน โดยที่คะแนนเฉลี่ยความรู้สุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ทักษะการดูแลผู้ป่วยเบาหวานของ อสม. หลังเข้าร่วมโปรแกรม ดีกว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$, $< .001$, $< .001$ ตามลำดับ) คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพและค่าเฉลี่ยน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วย หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ ดีวก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$, $.004$ ตามลำดับ) การประเมินความพึงพอใจของ อสม. และผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับการดูแลตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้น พบว่า อสม. และผู้ป่วยเบาหวาน มีความพึงพอใจในระดับมาก มีค่าคะแนนเฉลี่ย 44.82 และ 41.09 ตามลำดับ จากข้อมูลดังกล่าว อาจเป็นการยืนยันว่าโปรแกรมมีประสิทธิภาพ สมควรนำไปประยุกต์ใช้ทั้งในระดับชุมชนและนโยบายต่อไปได้

อภิปรายผลวิจัย

การศึกษาสถานการณ์และกระบวนการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า อสม. มีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับปานกลาง ความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วยเบาหวานระดับต่ำ อาจเป็นเพราะข้อจำกัดในการให้ความรู้แก่ อสม. ที่ขาดการเน้นให้ความรู้ และการฝึกทักษะอย่างต่อเนื่อง ขาดการสนับสนุน

เครื่องมือหรือทรัพยากรสนับสนุนที่เพียงพอ ส่งผลให้อสม. ขาดความมั่นใจในการปฏิบัติงาน ผลวิจัยนี้สอดคล้องกับ ญัตติฯ ศรีบุญเรืองและคณะ (2563) ที่พบว่า อสม. ส่วนใหญ่ยังต้องการพัฒนาศักยภาพการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง แต่ไม่สอดคล้องกับ Chen et al. (2019) ในประเทศจีนที่พบ อาสาสมัครสุขภาพมีทักษะการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในระดับสูง เหตุผลอาจเป็นเพราะในบางประเทศมีระบบการฝึกอบรมที่เป็นทางการและมีการสนับสนุนด้านอุปกรณ์และทรัพยากรมากกว่า ทำให้ อสม. มีศักยภาพการดูแลผู้ป่วยที่แตกต่างในบริบทที่แตกต่างกัน

การพัฒนาแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ได้บูรณาการแนวทางการเสริมพลังอำนาจ ผสมกับการเพิ่มพูนความรู้ด้านสุขภาพ จัดกิจกรรมให้ อสม. ตั้งเป้าหมายร่วมกับผู้ป่วย เรียนรู้ผ่านการปฏิบัติจริง ทำให้มั่นใจในการตัดสินใจ การมีระบบบัดดี้ช่วยให้ อสม. ใกล้ชิดกับผู้ป่วย ทำให้มีแรงจูงใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ มีการมอบบทบาทหน้าที่ สนับสนุนเครื่องมือและเทคโนโลยีในการดูแลผู้ป่วย ทำให้การทำงานมีระบบ เป็นไปตามทฤษฎีการเสริมพลังอำนาจของ Zimmerman (2000) ที่กล่าวว่า การมีส่วนร่วมและการตัดสินใจด้วยตนเอง ช่วยสร้างความมั่นใจและศักยภาพในการจัดการสุขภาพ สอดคล้องกับงานวิจัยของ Heisler (2007) ว่าการสนับสนุนแบบเพื่อนช่วยเพื่อน (peer support) สามารถช่วยปรับพฤติกรรมและควบคุมโรคเบาหวานได้ดี แต่ไม่สอดคล้องกับงาน Lee et al. (2018) ที่พบว่า การใช้ระบบบัดดี้ไม่ได้ส่งผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอย่างมีนัยสำคัญ ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะความแตกต่างด้านวัฒนธรรมและระบบบริการสุขภาพของประเทศไทย ที่มีทีมสหวิชาชีพเข้มแข็ง

ผลการประเมินโปรแกรม พบว่า หลังเข้าร่วมกิจกรรม อสม. มีคะแนนเฉลี่ยความรู้สุขภาพ ความรู้ และทักษะเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพดีขึ้น และระดับน้ำตาลปลายนิ้วลดลง เป็นเพราะโปรแกรมผสมผสานทั้งการให้ความรู้ การฝึกทักษะ

การตั้งเป้าหมาย การตัดสินใจ รวมทั้งการติดตามต่อเนื่องผ่านกลุ่มไลน์ ทำให้เกิดการเรียนรู้ต่อเนื่องและการนำไปปฏิบัติจริง ผลวิจัยนี้สอดคล้องกับแนวคิด Chronic Care Model (Wagner et al., 2001) ที่พบว่าการสนับสนุนต่อเนื่องเป็นหัวใจสำคัญในการจัดการโรคเรื้อรังและยังสอดคล้องกับ WHO (2021) ที่กล่าวว่า เทคโนโลยีดิจิทัลช่วยเสริมประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ซึ่งงานวิจัยของ ศิริพร ขำดี และคณะ (2562) พบว่าการอบรมให้ความรู้อย่างเดียวไม่ทำให้ระดับน้ำตาลในผู้ป่วยเบาหวานดีขึ้นอย่างชัดเจน ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการให้ความรู้ ต้องผนวกกับการติดตามอย่างต่อเนื่อง และการสนับสนุนด้านจิตสังคมเหมือนกิจกรรมในโปรแกรม

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะจากการวิจัยครั้งนี้ การพัฒนาโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนโดย อสม. ครั้งนี้ เป็นการสร้างพลังอำนาจ (Empowerment) ในเชิงจิตวิทยาและเชิงโครงสร้าง ผ่านกระบวนการสร้างความรอบรู้สุขภาพ ในการอบรมความรู้ ฝึกทักษะผ่านคู่ buddy การมอบบทบาทแก่ อสม. การสร้างกลุ่มไลน์เพื่อติดตาม สนับสนุน ทำคู่ buddy มีร่วมกันตัดสินใจในพฤติกรรมอย่างมั่นใจ ขณะเดียวเทคโนโลยีจะเป็นเครื่องมือเสริมให้เกิดการสนับสนุน ให้คำปรึกษา ทำให้คู่ buddy เกิดความเชื่อมั่นกันมากขึ้น เพราะกลุ่มไลน์มีผลต่อการติดตามพฤติกรรมสุขภาพ การสร้างความรู้ด้านสุขภาพ สร้างความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยแก่ อสม. ซึ่งผลจากการเข้าโปรแกรม ทำให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในความรู้ และมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง ส่งผลให้ระดับน้ำตาลในเลือดลดลง อสม. และผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่มีความพึงพอใจในระดับดีมาก ดังนั้น จึงควรนำเอารูปแบบกระบวนการเสริมพลังอำนาจ (Empowerment) ทั้งเชิงจิตวิทยาและเชิงโครงสร้าง สนับสนุน ผสานผ่านกระบวนการสร้างความรอบรู้สุขภาพและการจับคู่ buddy รวมทั้งการนำเทคโนโลยี (Digital Health) มาใช้ในการจัดบริการสุขภาพ ไปใช้ในการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุข เพื่อ

การจัดบริการดูแลผู้ป่วยเบาหวานหรือดูแลผู้ป่วยอื่น ๆ ในชุมชน

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป ควรมีการวิจัยเพื่อหาวิธีการเสริมพลังอำนาจที่มีประสิทธิภาพ ประสิทธิผล เพื่อการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน หรือการเพิ่มพลังอำนาจในการสร้างหรือการมีพฤติกรรมสุขภาพในโรคหรือด้านอื่นๆ หรืออาจศึกษาเจาะลึกในกระบวนการ วิธีการเสริมพลังอำนาจที่หลากหลายให้กับประชาชนรายบุคคล กลุ่ม ชุมชน ในการตัดสินใจเพื่อการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- กรมควบคุมโรค. (2566). รายงานสถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรังในประเทศไทย. กระทรวงสาธารณสุข. <https://ddc.moph.go.th/uploads/files/4155620240314033823.pdf>.
- ณัฐญา ศรีบุญเรือง และคณะ. (2563). การพัฒนาศักยภาพอสม. ในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง. *วารสารสาธารณสุขชุมชน*, 16(2), 45–56.
- ภีรกาญจน์ ไคนุ่นนา, พนม คลีฉายา และคณะ. (2566). สถานการณ์โรคไม่ติดต่อและปัจจัยเสี่ยงสุขภาพของคนไทย. กรุงเทพฯ: สำนักวิชาการสาธารณสุข.
- ศิริพร ขำดี และคณะ. (2562). ผลของโปรแกรมการให้ความรู้ต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในผู้ป่วยเบาหวาน. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 36(2), 112-120.
- สุภาภรณ์ สุตหนองบัว. (2562). *คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ: สถานการณ์และการดูแลด้านสุขภาพ* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: โอ.เอส. พรินติ้ง เฮาส์.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก. (2567). *รายงานประจำปี 2566 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก*. <https://cloud.plkhealth.go.th>.
- Chen, L., et al. (2019). Community health workers' role in diabetes management in rural China.

- BMC Public Health*, 19, 1471.
<https://doi.org/10.1186/s12889-019-7815-2>.
- Heisler, M. (2007). Overview of peer support models to improve diabetes self-management and clinical outcomes. *Diabetes Spectrum*, 20(4), 214–221.
<https://doi.org/10.2337/diaspect.20.4.214>
- Lee, Y. J., et al. (2018). Effect of peer support on diabetes self-management and glycemic control in Korea. *Patient Education and Counseling*, 101(4), 710–718.
<https://doi.org/10.1016/j.pec.2017.11.006>
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2008). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (8th ed.). Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.
- Wagner, E. H., Austin, B. T., & Von Korff, M. (2001). Organizing care for patients with chronic illness. *The Milbank Quarterly*, 79(4), 511–544.
<https://doi.org/10.1111/1468-0009.00214>
- World Health Organization. (2021). *Global strategy on digital health 2020–2025*. Geneva: WHO.
<https://www.who.int/publications/i/item/9789240020924>
- World Health Organization. (2022). *Noncommunicable diseases*.
<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
- Yamane, T. (1973). *Statistics: An introductory analysis* (2nd ed.). Harper and Row.
- Zimmerman, M. A. (2000). Empowerment theory. In J. Rappaport & E. Seidman (Eds.), *Handbook of community psychology* (pp. 43–63). Springer.
<https://doi.org/10.1007/978-1-4615-4193-62>

**ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคปอดในชุมชน
ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดแพร่**
**FACTORS AFFECTING THE PERFORMANCE IN SURVEILLANCE, PREVENTION,
AND CONTROL OF PULMONARY TUBERCULOSIS IN THE COMMUNITY OF
VILLAGE HEALTH VOLUNTEERS IN PHRAE PROVINCE**

วศกร ราชปันตีบ

Wongsakorn Ratchapantip

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่

Phrae Provincial Public Health Office

Corresponding author E-mail: Common-p@hotmail.com

Received: 17 Aug., 2025

Revised: 20 Nov., 2025

Accepted: 24 Nov., 2025

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวางเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคปอดในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดแพร่ กลุ่มตัวอย่าง คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดแพร่ จำนวน 388 คน โดยใช้สุ่มอย่างง่าย การเก็บรวบรวมข้อมูล แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย เลขคณิต ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน และการวิเคราะห์การถดถอยพหุ

ผลการศึกษา พบว่า ความรู้เกี่ยวกับวัณโรคปอดอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 10.00$, S.D. = 1.39) ทักษะเกี่ยวกับวัณโรคปอดอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 27.68$, S.D. = 3.49) อุปสรรคในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุม วัณโรคปอดในชุมชน อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 24.84$, S.D. = 5.19) ความต้องการการสนับสนุนในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมวัณโรคปอดในชุมชน อยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 33.34$, S.D. = 4.57) และการปฏิบัติงานเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมวัณโรคปอดในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อยู่ในระดับต่ำ ($\bar{X} = 7.42$, S.D. = 3.06) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมวัณโรคปอดในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ได้แก่ ระยะเวลาที่เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ($r = 0.032$) ประสิทธิภาพการผ่านการอบรมเกี่ยวกับวัณโรค ($r = 0.022$) และความต้องการการสนับสนุนในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุม วัณโรคปอดในชุมชน ($r = 0.230$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 โดยปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมวัณโรคปอดในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ได้แก่ การได้รับการอบรมเกี่ยวกับวัณโรค ปอด ($\beta = 0.783$) อุปสรรค ในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมวัณโรคปอดในชุมชน ($\beta = 0.080$) และความต้องการการสนับสนุนในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมวัณโรคปอดในชุมชน ($\beta = 0.188$) ตามลำดับ ตัวแปรอิสระ ทั้ง 3 ตัว สามารถอธิบายความแปรปรวนในการปฏิบัติงานได้ร้อยละ 17.7 ($R^2 = 0.177$) ดังนั้น ควรกำหนดนโยบาย และจัดทำแนวทางในการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุม วัณโรคปอดในชุมชน เพื่อให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสามารถนำความรู้ไปใช้ในการปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

คำสำคัญ : วัณโรคปอด; อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน; ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงาน

Abstract

This analytical cross-sectional study aimed to investigate factors influencing the performance of village health volunteers (VHVs) in tuberculosis (TB) surveillance, prevention, and control in communities in Phrae Province. The sample consisted of 388 VHVs selected through simple random sampling. Data were collected using a researcher-developed questionnaire and analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, Pearson's correlation coefficient, and multiple regression analysis.

The results revealed that participants had a moderate level of TB knowledge ($\bar{x} = 10.00$, S.D. = 1.39), a moderate level of attitudes toward TB ($\bar{x} = 27.68$, S.D. = 3.49), and a moderate level of perceived barriers to TB surveillance, prevention, and control ($\bar{x} = 24.84$, S.D. = 5.19). Their need for support in TB surveillance, prevention, and control was high ($\bar{x} = 33.34$, S.D. = 4.57). However, their performance in TB surveillance, prevention, and control was at a low level ($\bar{x} = 7.42$, S.D. = 3.06). Factors significantly associated with VHV performance included duration of service as a VHV ($r = 0.032$), previous training on TB ($r = 0.022$), and need for support in TB surveillance, prevention, and control ($r = 0.230$), at the 0.05 significance level. The factors predicting VHV performance were TB-related training ($\beta = 0.783$), perceived barriers ($\beta = 0.080$), and need for support in TB surveillance, prevention, and control ($\beta = 0.188$), respectively. These three independent variables accounted for 17.7% of the variance in performance ($R^2 = 0.177$). The findings suggest the need to develop policies and guidelines to strengthen the capacity of VHVs in TB surveillance, prevention, and control. Enhancing their knowledge and support systems will help improve their effectiveness in community-based TB control efforts.

Keywords: Pulmonary tuberculosis; Village health volunteers; Performance factors

บทนำ

วัณโรค (Tuberculosis: TB) ยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญระดับโลกและระดับชาติ ซึ่งส่งผลกระทบต่อสุขภาพและเศรษฐกิจของประเทศอย่างต่อเนื่อง (กองวัณโรค, 2564) กระทรวงสาธารณสุขได้ตั้งเป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ในการกำจัดวัณโรคให้หมดไปจากประเทศไทยภายในปี พ.ศ. 2578 โดยมุ่งเน้นการค้นหาผู้ป่วยรายใหม่ การรักษาที่ครบถ้วน และการควบคุมการแพร่กระจายของเชื้อในชุมชน (กองวัณโรค, 2565) ในบริบทของจังหวัดแพร่ มีการคาดการณ์จำนวนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำที่มีอยู่ในพื้นที่ จำนวน 656 ราย แต่ผล

การดำเนินงานในปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 พบว่าความครอบคลุมของการขึ้นทะเบียนรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ อยู่ที่ 386 ราย คิดเป็นร้อยละ 58.84 ของการคาดการณ์ ซึ่งเป็นอัตราที่ยังต่ำกว่าที่ควรจะเป็น แม้ว่าบางอำเภอจะมีอัตราความครอบคลุมสูง เช่น อำเภอสอง ร้อยละ 87.84 และอำเภอหนองม่วงไข่ ร้อยละ 76.95 ซึ่งการดำเนินการจึงยังคงมุ่งเน้นการคัดกรองกลุ่มเป้าหมายเพื่อค้นหาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ โดยพบว่ากลุ่มคัดกรองแบบเชิงรุก (Active case) ได้รับการคัดกรองด้วยการถ่ายภาพรังสีทรวงอก (Chest x-ray: CXR) ร้อยละ 88.56 และกลุ่มคัดกรองแบบตั้งรับ (Passive case) ได้รับการคัดกรอง

ด้วยการถ่ายภาพรังสีทรวงอก (Chest x-ray: CXR) ร้อยละ 85.38 (ประนอม มาอูน, 2565)

เพื่อให้บรรลุเป้าหมายการค้นหาผู้ป่วยเชิงรุก และควบคุมโรคอย่างมีประสิทธิภาพ จึงจำเป็นต้องมี กลไกสำคัญในระดับรากฐานคือ อาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่มีบทบาทสำคัญในการช่วย ปฏิบัติงานค้นหาและป้องกันและควบคุมโรคปอด (เอกพันธ์ คำภีระ และคณะ, 2564) โดย อาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีหน้าที่ ตั้งแต่ การให้คำแนะนำผู้เสี่ยง กำกับการรับประทานยา การให้สุขศึกษา และการคัดกรองค้นหาผู้ป่วยรายใหม่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จึงเปรียบเสมือน ตัวกลางสำคัญระหว่างเจ้าหน้าที่สาธารณสุขกับประชาชน ในการนำความรู้ไปปฏิบัติงานเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคปอดในหมู่บ้านของตนเอง

อย่างไรก็ตามจากการประเมินสถานการณ์ พบว่า การดำเนินงานในแต่ละพื้นที่มีความแตกต่างกัน บางพื้นที่มีความท้าทายในการจัดอบรมให้ความรู้ รวมถึง ทักษะที่จำเป็นในการดำเนินกิจกรรมเกี่ยวกับโรค ในชุมชนแก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (เอกพันธ์ คำภีระ และคณะ, 2564) แท้จริงแล้ว อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ต้องมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุม โรคปอดอย่างถูกต้อง การขาดการพัฒนาความรู้ และทักษะอย่างต่อเนื่องนี้ ส่งผลให้เกิดปัญหา การแพร่กระจายเชื้อโรคปอดในชุมชนอย่างต่อเนื่อง และกระทบต่อความสำเร็จของงานป้องกันโรค ในระดับประเทศ

จากการทบทวนวรรณกรรม งานวิจัยที่ผ่านมา พบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มักประกอบด้วย ความรู้ ทักษะ ที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงาน โดยตรง รวมถึง อุปสรรค และ ความต้องการ การสนับสนุน ที่เป็นปัจจัยร่วมสำคัญทำให้การปฏิบัติงาน ประสบความสำเร็จ (Boonchai Phomborophub et al., 2008; พนม นพพันธ์ และคณะ, 2559; วาริน เชื้อนแก้ว,

2564) อย่างไรก็ตาม การศึกษาที่ผ่านมามักเป็น การสำรวจความสัมพันธ์หรือพรรณนาปัจจัยแยกส่วน ทำให้ยังขาดความชัดเจนเชิงวิชาการในการระบุปัจจัย โดที่ มีอิทธิพลหรือส่งผลต่อการปฏิบัติงาน ของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านโดยตรง และยังไม่มีการศึกษาในเชิงวิเคราะห์อย่างครอบคลุม เพื่อค้นหาปัจจัยทำนายที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงาน ในบริบทของจังหวัดแพร่โดยเฉพาะ

ดังนั้น การวิจัยครั้งนี้จึงมุ่งเน้นการวิเคราะห์ อย่างเจาะลึกเพื่อค้นหาปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงาน เฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคปอดในชุมชน ของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดแพร่ โดยผลการศึกษาที่ได้จะนำไปสู่การพัฒนา รูปแบบ การดำเนินงานที่บูรณาการกับยุทธศาสตร์สุขภาพ ของจังหวัดแพร่ เพื่อเสริมสร้างขีดความสามารถ ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคปอดให้แก่ ประชาชนกลุ่มเสี่ยง และกลุ่มป่วย ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญ ในการบรรลุเป้าหมายการกำจัดโรคให้หมดไป จากประเทศไทยภายในปี พ.ศ. 2578 อย่างแท้จริง

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาความรู้เกี่ยวกับโรคปอด ทศนคติเกี่ยวกับโรค อุปสรรคในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคปอดในชุมชน ความต้องการ การสนับสนุนในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรค ปอด ในชุมชน และการปฏิบัติงานเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคปอดในชุมชนของอาสาสมัคร สาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน จังหวัดแพร่

2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ กับการปฏิบัติงานเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรค ปอดใน ชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดแพร่

3. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงาน เฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคปอดในชุมชน ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดแพร่

วิธีการศึกษา

รูปแบบการวิจัย การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Analytical cross-sectional study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรที่ศึกษา คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จังหวัดแพร่ จำนวนทั้งสิ้น 12,122 คน ซึ่งคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยสูตรของ Yamane (1973) ได้จำนวน 388 คน ใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) โดยใช้ตารางเลขสุ่มให้ได้ครบตามจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่กำหนดรวมทั้งสิ้น 388 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องซึ่งประกอบด้วย 6 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 7 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ ระยะเวลาที่เป็น อสม. และการได้รับการอบรมเกี่ยวกับโรคปอด

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับวัณโรคปอด ครอบคลุมเนื้อหา ความหมาย สาเหตุของการเกิดวัณโรคปอด การแพร่กระจายเชื้อของวัณโรคปอด อาการและอาการแสดงของวัณโรคปอด การคัดกรองผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดวัณโรคปอด ยารักษาวัณโรคและผลข้างเคียงจากการรักษาวัณโรค การปฏิบัติตัวขณะป่วยและการรักษา โดยมีทั้งหมด 16 ข้อ (คะแนนเต็ม 16 คะแนนและคะแนนต่ำสุด 0 คะแนน) ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบปรนัยให้เลือกตอบ ใช่ ไม่ใช่ และไม่แน่ใจ ซึ่งให้คะแนนของความรู้เมื่อ “ตอบถูก” ให้ 1 คะแนน “ตอบผิด” ให้ 0 คะแนน และหากตอบไม่แน่ใจ ให้ 0 คะแนน โดยหลังจากนั้นนำคะแนนที่ได้มาแปลงคะแนนเป็นร้อยละตามเกณฑ์ของ (Bloom, 1975) ซึ่งมีเกณฑ์ดังนี้

คะแนนร้อยละ 80.00-100.00	หมายถึง	ความรู้อยู่ในระดับสูง
คะแนนร้อยละ 60.00-79.99	หมายถึง	ความรู้อยู่ในระดับปานกลาง
คะแนนร้อยละ 0.00-59.99	หมายถึง	ความรู้อยู่ในระดับต่ำ

ส่วนที่ 3 ทักษะการเกี่ยวกับวัณโรคปอดประกอบด้วย ทักษะการติดต่อวัณโรคปอด ทักษะการติดต่อผู้ป่วยวัณโรคปอด และทักษะการติดต่อของ อสม.ในการป้องกันวัณโรคปอด จำนวน 10 ข้อ (คะแนนต่ำสุด 10 คะแนน และคะแนนเต็ม 40 คะแนน) โดยหลังจากนั้นกำหนดอันตรายภาคชั้น 3 ระดับ คือ สูง ปานกลาง และต่ำ (บุญชม ศรีสะอาด, 2556) ดังนี้

คะแนน	หมายถึง	ระดับทักษะ
32.00-40.00	หมายถึง	ทักษะอยู่ในระดับสูง
24.00-31.99	หมายถึง	ทักษะอยู่ในระดับปานกลาง
10.00-23.99	หมายถึง	ทักษะอยู่ในระดับต่ำ

ส่วนที่ 4 อุปสรรคในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมวัณโรคปอดในชุมชน ประกอบด้วย ด้านข้อมูลและการประสานงาน ด้านความร่วมมือของกลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วย และญาติผู้ป่วย ด้านความร่วมมือของชุมชน และด้านงบประมาณและสิ่งสนับสนุน จำนวนทั้งหมด 9 ข้อ (คะแนนต่ำสุด 9 คะแนน และคะแนนเต็ม 36 คะแนน) หลังจากนั้นกำหนดอันตรายภาคชั้น 3 ระดับ คือ มาก ปานกลาง และน้อย (บุญชม ศรีสะอาด, 2556) ดังนี้

คะแนน	หมายถึง	ระดับอุปสรรค
28.80 -36.00	หมายถึง	อุปสรรคอยู่ในระดับมาก
21.60 -28.79	หมายถึง	อุปสรรคอยู่ในระดับปานกลาง
9.00-21.59	หมายถึง	อุปสรรคอยู่ในระดับน้อย

ส่วนที่ 5 ความต้องการการสนับสนุนในการเฝ้าระวัง และป้องกันวัณโรคปอดในชุมชน ประกอบด้วย ด้านข้อมูลและการประสานงาน ด้านความร่วมมือของกลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วย และญาติผู้ป่วย ด้านความร่วมมือของชุมชน และด้านงบประมาณและสิ่งสนับสนุน จำนวน 10 ข้อ (คะแนนต่ำสุด 10 คะแนน และคะแนนเต็ม 40 คะแนน) หลังจากนั้นกำหนดอันตรายภาคชั้น 3 ระดับ คือ สูง ปานกลาง และต่ำ (บุญชม ศรีสะอาด, 2556) ดังนี้

คะแนน	หมายถึง	ระดับความต้องการการสนับสนุน
32.00-40.00	หมายถึง	ความต้องการการสนับสนุนอยู่ในระดับสูง
24.00-31.99	หมายถึง	ความต้องการการสนับสนุนอยู่ในระดับปานกลาง
10.00-23.99	หมายถึง	ความต้องการการสนับสนุนอยู่ในระดับต่ำ

ส่วนที่ 6 การปฏิบัติการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ประกอบด้วย การให้สุศึกษาแก่ประชาชน และกลุ่มเสี่ยง การให้สุศึกษาผู้ป่วย วัณโรคปอด การคัดกรองเฝ้าระวังในพื้นที่ การติดตาม การได้รับวัคซีนป้องกันวัณโรค การจัดทำแผนงาน/โครงการ และการติดตามการรับประทายาผู้ป่วยวัณโรคปอด มีทั้งหมด 10 ข้อ (คะแนนต่ำสุด 0 คะแนน และคะแนนเต็ม 20 คะแนน) หลังจากนั้นกำหนด อันตรภาคชั้น 3 ระดับ คือ สูง ปานกลาง และต่ำ (บุญชม ศรีสะอาด, 2556) ดังนี้

คะแนน	ระดับการปฏิบัติ
16.00–20.00	หมายถึง ปฏิบัติในระดับสูง
12.00–15.99	หมายถึง ปฏิบัติในระดับปานกลาง
0–11.99	หมายถึง ปฏิบัติในระดับต่ำ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ได้สร้างขึ้นไปให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ประกอบด้วย หัวหน้ากลุ่มงาน ควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ สาธารณสุขอำเภอหนองม่วงไข่ และนายกสมาคม อาสาสมัครสาธารณสุขจังหวัดแพร่ ตรวจสอบ ความครอบคลุมของเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษา ที่ใช้ในแบบสอบถาม นำมาคำนวณหาค่าดัชนีความตรง ของเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ซึ่งได้ค่า ทั้งฉบับเท่ากับ 0.88 และแยกเป็นส่วน ประกอบด้วย ความรู้เกี่ยวกับวัณโรคปอด ได้ค่าดัชนีความตรง ของเนื้อหา เท่ากับ 0.75 ทศนคติเกี่ยวกับวัณโรคปอด เท่ากับ 0.80 อุปสรรคในการเฝ้าระวัง ควบคุม และป้องกันวัณโรคปอดในชุมชน เท่ากับ 0.85 ความต้องการการสนับสนุนในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมวัณโรคปอดในชุมชน เท่ากับ 1.00 การปฏิบัติการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุม การแพร่กระจายเชื้อวัณโรคปอดในชุมชนของอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เท่ากับ 1.00 และผู้วิจัย ได้นำแบบสอบถามไปปรับปรุงแก้ไขและพัฒนา

ตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญก่อนนำไปทดสอบ ความเที่ยงของเครื่องมือ

2. การตรวจสอบความเที่ยง โดยแบบสอบถาม ที่ผ่านการตรวจสอบความตรงและปรับปรุงแล้ว นำไป ทดลองใช้ (Try Out) กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ หมู่บ้าน ตำบลตุ๊ได้ อำเภอเมืองน่าน จังหวัดน่าน จำนวน 30 คน ซึ่งมีคุณสมบัติคล้ายกลุ่มตัวอย่าง แล้วนำผลที่ได้ ไปวิเคราะห์เพื่อหาค่าความเที่ยง ทดสอบความรู้เกี่ยวกับ วัณโรคปอด ที่มีการให้ค่าคะแนนถูก-ผิดโดยใช้สูตร KR-20 ของ Kuder-Richardson 20 ได้ค่าความเที่ยง เท่ากับ 0.72 และใช้สูตรหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา ครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) หาค่าความเที่ยงของแบบสอบถามทัศนคติเกี่ยวกับ วัณโรคปอด เท่ากับ 0.75 อุปสรรคในการเฝ้าระวัง และป้องกันวัณโรคปอดในชุมชน เท่ากับ 0.95 ความต้องการการสนับสนุนในการเฝ้าระวัง และป้องกัน วัณโรคปอดในชุมชน เท่ากับ 0.92 และ การปฏิบัติงาน เฝ้าระวัง และป้องกันวัณโรคปอดในชุมชน ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เท่ากับ 0.93 เมื่อได้ผลของการตรวจสอบความเที่ยงแล้ว นำแบบสอบถามไปปรับปรุงแก้ไข และตรวจสอบ ความสมบูรณ์ของแบบสอบถามอีกครั้ง ก่อนนำไปใช้ ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างจริง

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บข้อมูลระดับจังหวัดต้องอาศัย การดำเนินการในระดับพื้นที่ โดยผู้วิจัยจึงได้คัดเลือก ผู้ช่วยวิจัยจำนวน 10 คน ซึ่งเป็นประธานชมรม อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านหรือผู้แทน จากทั้ง 8 อำเภอ มาทำหน้าที่ในการเก็บข้อมูล โดยดำเนินการฝึกอบรมผู้ช่วยวิจัย เพื่อให้เกิดความเข้าใจ และเป็นมาตรฐานเดียวกัน ณ ที่ทำการชมรมอาสาสมัคร สาธารณสุข จังหวัดแพร่ ใช้เวลาดำเนินการประมาณ 2 ชั่วโมง ภายหลังจากผู้วิจัยเข้าพบประธานชมรม อาสาสมัครสาธารณสุขจังหวัดแพร่ เพื่อชี้แจง วัตถุประสงค์ และขอให้ประสานประธานอาสาสมัคร สาธารณสุขทุกหมู่บ้านในการอำนวยความสะดวก

ในการดำเนินการรวมถึงการแจ้งรายชื่อกลุ่มตัวอย่างที่ได้มาด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่ายและการวางแผนการลงพื้นที่ในแต่ละอำเภอ

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา (Description statistic) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ยเลขคณิต (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) ในการอธิบายลักษณะข้อมูลส่วนบุคคล ความรู้เกี่ยวกับวัณโรคปอด ทักษะการเกี่ยวกับวัณโรคปอด อุปสรรคในการ เฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมวัณโรคปอดในชุมชน ความต้องการการสนับสนุนในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมวัณโรคปอดในชุมชน และการปฏิบัติงานเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมวัณโรคปอดในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

2. สถิติเชิงวิเคราะห์ (Analysis statistic) ดังนี้

2.1 การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมวัณโรคปอดในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดแพร่ ใช้สถิติสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson product moment correlation) และการแปลผลโดยใช้เกณฑ์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) แบ่งออกเป็น 5 ระดับ (Hinkle et al. (1998) ดังนี้
 $r = 0.91 - 1.00$ หมายถึง มีความสัมพันธ์กันในระดับสูงมาก
 $r = 0.71 - 0.90$ หมายถึง มีความสัมพันธ์กันในระดับสูง
 $r = 0.51 - 0.70$ หมายถึง มีความสัมพันธ์กันในระดับปานกลาง
 $r = 0.31 - 0.50$ หมายถึง มีความสัมพันธ์กันในระดับต่ำ
 $r = 0.00 - 0.30$ หมายถึง มีความสัมพันธ์กันในระดับต่ำมาก

2.2 การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมวัณโรคปอด ในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดแพร่ โดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยเชิงพหุ (Multiple Regression Analysis) แบบนำตัวแปรเข้าทั้งหมด (Enter Regression)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ เลขที่การรับรอง PPH No.017/2566 ลงวันที่ 9 มีนาคม 2566 และมีอายุการรับรองจนถึงวันที่ 8 มีนาคม 2567 ผู้วิจัยได้ดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างด้วยการชี้แจงรายละเอียดทั้งหมดเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างตัดสินใจยินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยสมัครใจ และกลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบต่อความเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านแต่อย่างใด ข้อมูลที่ได้ทั้งหมดจะถูกเก็บเป็นความลับ และนำเสนอในรูปแบบภาพรวมเท่านั้น โดยไม่มีการระบุชื่อหรือข้อมูลส่วนบุคคลใด ๆ และเพื่อการรักษาความลับ ผู้วิจัยจะเก็บรักษาข้อมูลไว้เป็นระยะเวลา 1 ปีภายหลังจากเสร็จสิ้นการวิจัย และจะดำเนินการทำลายเอกสารที่เป็นต้นฉบับทั้งหมดด้วยเครื่องทำลายเอกสาร และลบไฟล์ข้อมูล

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไปของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดแพร่ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 84.8 อายุอยู่ในช่วง 40-59 ปี ร้อยละ 70.9.4 สถานภาพสมรส/คู่ ร้อยละ 72.2 สำเร็จการศึกษามัธยมศึกษาตอนปลาย/ประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช.) ร้อยละ 38.4 อาชีพรับจ้าง ร้อยละ 33.3 มีระยะเวลาในการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอยู่ในช่วง 1- 10 ปี ร้อยละ 47.9 ส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับการอบรมความรู้เกี่ยวกับวัณโรคปอด ร้อยละ 86.1 สำหรับผู้ที่เคยผ่านการอบรมเกี่ยวกับวัณโรคปอด ($n=54$) พบว่า เคยได้รับการอบรม 1-2 ครั้ง ร้อยละ 55.6 นานเกิน 1 ปี ร้อยละ 53.7 โดยการอบรมได้รับจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร้อยละ 100

2. ความรู้เกี่ยวกับวัณโรคปอด ทักษะการเกี่ยวกับวัณโรคปอด อุปสรรคในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และ ควบคุมวัณโรคปอดในชุมชน ความต้องการการสนับสนุนในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมวัณโรคปอด ในชุมชน และการปฏิบัติงานเฝ้าระวัง

ป้องกัน และควบคุมโรคปอดในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดแพร่ กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับโรคปอดอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 10.00, S.D. = 1.39) ทักษะเกี่ยวกับโรคปอดอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 27.68, S.D. = 3.49) อุปสรรคในการเฝ้าระวังป้องกัน และควบคุมโรคปอดในชุมชนอยู่ในระดับ

ปานกลาง ($\bar{X}$ = 24.84, S.D. = 5.19) ความต้องการการสนับสนุนในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคปอดในชุมชน อยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$ = 33.34, S.D. = 4.57) และการปฏิบัติงานเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคปอดในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อยู่ในระดับต่ำ ($\bar{X}$ = 7.42, S.D. = 3.06) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความรู้ ทักษะ อุปสรรค ความต้องการ และการปฏิบัติงานเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคปอดในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดแพร่ (n = 388)

ตัวแปร	$\bar{X}$	S.D	การแปลผล
ความรู้เกี่ยวกับโรคปอด	10.00	1.39	ปานกลาง
ทักษะเกี่ยวกับโรคปอด	27.68	3.49	ปานกลาง
อุปสรรคในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคปอดในชุมชน	24.84	5.19	ปานกลาง
ความต้องการการสนับสนุนในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคปอดในชุมชน	33.40	4.57	สูง
การปฏิบัติงานเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคปอด	7.42	3.06	ต่ำ

3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคปอดในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดแพร่

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคปอดในชุมชนของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดแพร่ ได้แก่ ระยะเวลาที่เป็น อสม. มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำมาก ($r = 0.094$, $p = 0.032$) การได้รับการอบรมเกี่ยวกับโรคปอดมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำมาก ($r = 0.103$, $p = 0.022$) ความต้องการการสนับสนุนในเฝ้าระวังและป้องกันโรคปอดในชุมชน มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำมาก ($r = 0.230$, $p = 0.000$) สำหรับปัจจัยส่วนบุคคลอื่น ๆ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา และอาชีพ และปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับโรคปอด ด้านทักษะเกี่ยวกับโรคปอด และด้านอุปสรรคในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคปอดในชุมชน ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคปอดในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดแพร่ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้นกับการปฏิบัติงานเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคปอดในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดแพร่ (n = 388)

ตัวแปรต้น	การปฏิบัติงาน		ระดับความสัมพันธ์
	r	p-value	
ระยะเวลาที่เป็น อสม.	0.094*	0.032	ต่ำมาก
การได้รับการอบรมเกี่ยวกับโรคปอด	0.103*	0.022	ต่ำมาก
ความต้องการการสนับสนุนในเฝ้าระวังและป้องกันโรคปอดในชุมชน	0.230**	0.000	ต่ำมาก

*p-value<0.05, **p-value<0.01, r = Pearson's Correlation Coefficient, ρ/r_s = Spearman Rank Correlation Coefficient, r_b = Biserial Correlation Coefficient, r_{pb} = Point Biserial Correlation Coefficient, η = Eta Correlation Coefficient

4. ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมวัณโรคปอดในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดแพร่

การวิเคราะห์ถดถอยพหุครั้งนี้ได้นำตัวแปรพยากรณ์ จำนวน 11 ตัวแปร ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ ระยะเวลาที่เป็น อสม. และการได้รับการอบรมเกี่ยวกับวัณโรคปอด ความรู้เกี่ยวกับวัณโรคปอด ทักษะเกี่ยวกับวัณโรคปอด และอุปสรรคในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมวัณโรคปอดในชุมชน เข้าสู่กระบวนการวิเคราะห์ถดถอยพหุ (Multiple regression analysis) แบบนำตัวแปรเข้าทั้งหมด (Enter regression) พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมวัณโรคปอดในชุมชนของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ได้แก่ การได้รับการอบรมเกี่ยวกับวัณโรคปอด ($\beta = 0.745$) อุปสรรคในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมวัณโรคปอดในชุมชน ($\beta = 0.080$) และความต้องการการสนับสนุนในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมวัณโรคปอดในชุมชน ($\beta = 0.188$) ตามลำดับ ทั้ง 3 ตัวแปร สามารถรวมพยากรณ์การปฏิบัติงานเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมวัณโรคปอดในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้ ร้อยละ 17.7 ($R^2 = 0.177$) และแบบจำลองการถดถอยพหุโดยรวมมีความเหมาะสม ($F = 4.577, p < 0.001$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนตัวแปรอื่น ๆ ไม่มีผลต่อการ ปฏิบัติงานเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมวัณโรคปอดในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงการวิเคราะห์ถดถอยพหุระหว่างตัวแปรพยากรณ์กับการปฏิบัติงานเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมวัณโรคปอดในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดแพร่ ($n = 388$)

ตัวแปรพยากรณ์	b	s.e. of b	β	t	p-value
การได้รับการอบรมเกี่ยวกับวัณโรคปอด	0.783	0.406	0.096	1.928	0.045
อุปสรรคในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมวัณโรคปอดในชุมชน	0.080	0.030	0.136	2.663	0.008
ความต้องการการสนับสนุนในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมวัณโรคปอดในชุมชน	0.188	0.035	0.281	5.425	0.000

Constant (a) = 4.356, $R = 0.313^a$, Adjusted $R^2 = 0.177$, $SEE = 2.93573$, $MSE = 8.619$, $F = 4.577$, $*p < 0.05$

5. สมการในการพยากรณ์การปฏิบัติงานเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมวัณโรคปอดในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดแพร่

จากผลการวิเคราะห์สามารถเขียนสมการอธิบายการปฏิบัติงานเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมวัณโรคปอดในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้ ดังนี้

$$\text{สมการพยากรณ์ } Y = a + b_1 x_1 + b_2 x_2 + b_3 x_3$$

เมื่อ $Y =$ การปฏิบัติงานสุขภาพจิตชุมชนของ อสม.

$a =$ ค่าคงที่

$b_1 =$ ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของการได้รับการอบรมเกี่ยวกับวัณโรคปอด

$b_2 =$ ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของอุปสรรคในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมวัณโรคปอดในชุมชน

$b3$ = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของความต้องการการสนับสนุนในการเฝ้าระวัง

ป้องกัน และควบคุมโรคปอดในชุมชน

$x1$ = การได้รับการอบรมเกี่ยวกับวัณโรคปอด

$x2$ = อุปสรรคในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมวัณโรคปอดในชุมชน

$x3$ = ความต้องการการสนับสนุนในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมวัณโรคปอดในชุมชน

โดยสามารถเขียนสมการในการพยากรณ์การปฏิบัติงานเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมวัณโรคปอด ในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในรูปคะแนนดิบได้ ดังนี้ ดังนี้

การปฏิบัติงานเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมวัณโรคปอดในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
 $= 4.356 + 0.783 (\text{การได้รับการอบรมเกี่ยวกับวัณโรคปอด}) + 0.080 (\text{อุปสรรคในการ เฝ้าระวัง ควบคุม และป้องกัน วัณโรคปอดในชุมชน}) + 0.188 (\text{ความต้องการการสนับสนุนในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมวัณโรคปอดในชุมชน})$

การอภิปรายผล

1. เพื่อศึกษาความรู้เกี่ยวกับวัณโรคปอด ทักษะเกี่ยวกับวัณโรค อุปสรรคในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมวัณโรคปอดในชุมชน ความต้องการการสนับสนุนในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมวัณโรคปอด ในชุมชน และการปฏิบัติงานเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมวัณโรคปอดในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน จังหวัดแพร่

1.1 ความรู้เกี่ยวกับวัณโรคปอด อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 10.00$, S.D. = 1.39) ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับสมมติฐานที่คาดว่าความรู้จะอยู่ในระดับปานกลางขึ้นไป และสอดคล้องกับการศึกษาของ เอกพันธ์ คำภีระและคณะ (2564) ที่พบความรู้ในระดับปานกลางเช่นกัน ถึงแม้ว่าจะมีความรู้ในระดับปานกลาง แต่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดแพร่ ยังมีจุดแข็งในด้านการป้องกันส่วนบุคคล อย่างไรก็ตามยังมีพบจุดอ่อนในด้านการเฝ้าระวัง กลุ่มผู้สัมผัสใกล้ชิดและการคัดกรองวัณโรคปอด อย่างไรก็ตามผลการศึกษานี้ขัดแย้งกับ วาริน เชื้อนแก้ว (2564) ที่พบว่า ความรู้ของ อสม.ในการป้องกัน และควบคุมวัณโรคในระดับต่ำ โดยข้อค้นพบนี้ชี้ให้เห็นว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีระดับความรู้เชิงทฤษฎี แต่ยังขาดความรู้ในระดับความรู้เชิงทฤษฎี และเชิงบริบท แลความรู้ระดับที่อธิบายเหตุผล (สำนักงานปรมาณูเพื่อสันติ, 2566) แสดงให้เห็นถึงความจำเป็น

ในการพัฒนาความรู้ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอย่างต่อเนื่อง ดังนั้นจึงควรเน้นการพัฒนาหลักสูตรอบรมที่มุ่งเน้นทักษะการปฏิบัติ และการเฝ้าระวังเฉพาะทาง แทนการให้ความรู้ทั่วไป

1.2 ทักษะเกี่ยวกับวัณโรคปอด อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 27.68$, S.D. = 3.49) ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับสมมติฐานที่คาดว่าทักษะจะอยู่ในระดับปานกลางขึ้นไป และสอดคล้องกับการศึกษาของเอกพันธ์ คำภีระและคณะ (2564) พบว่า ทักษะเกี่ยวกับวัณโรคปอดอยู่ระดับปานกลาง ($\bar{X} = 42.32$, S.D. = 4.53) โดยข้อค้นพบสำคัญของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดแพร่ มีทักษะติดต่อผู้ป่วยอยู่ในระดับต่ำ ($\bar{X} = 8.68$, S.D. = 1.14) โดยเฉพาะความกังวลเมื่อได้รับมอบหมายให้ดูแลผู้ป่วยวัณโรค ซึ่งอาจบ่งบอกถึงการมีทัศนคติเชิงลบต่อโรค สอดคล้องกับแนวคิดองค์ประกอบของทัศนคติ 3 ประการของสมิธและคณะ (Smith, E. R., et al., 2015) ความกังวลสะท้อนถึงองค์ประกอบด้าน อารมณ์ ความรู้สึกส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมที่แสดงออกมา และตามที่ศักดิ์สยาม สุวรรณสุทธิ (2565) ได้เสนอให้มีการเสริมสร้างทัศนคติที่ดีผ่านนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข ดังนั้น หน่วยงานควรมีการจัดกิจกรรมที่มุ่งเน้นการเสริมสร้างความเข้าใจและลดความกังวลต่อการติดเชื้อ เพื่อลดผลกระทบเชิงลบต่อการปฏิบัติงาน

1.3 อุปสรรคในการเฝ้าระวัง ควบคุม และป้องกันวัณโรคปอดในชุมชน อยู่ในระดับปานกลาง

($\bar{X}$ = 24.84, S.D. = 5.19) สอดคล้องกับสมมติฐานที่คาดว่าอุปสรรคในการเฝ้าระวัง ควบคุม และป้องกัน วัณโรคปอดในชุมชนจะอยู่ในระดับปานกลางขึ้นไป และสอดคล้องกับเอกพันธ์ คำภีระ และคณะ (2564) พบว่า อุปสรรคในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคปอดอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 40.73, S.D. = 5.58) โดยพบว่า ปัญหาด้านความร่วมมือของผู้ป่วย และกลุ่มเสี่ยง ขาดแคลนเครื่องมือและระบบสนับสนุน รวมถึงการประสานงานข้อมูลที่ไม่ทั่วถึง บ่งชี้ว่าอุปสรรคเหล่านี้เป็นข้อจำกัดสำคัญในการปฏิบัติงานและต้องเร่งแก้ไข ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Kurt Lewin (1951) ที่มองอุปสรรคเป็นแรงต้านการเปลี่ยนแปลงที่จะขัดขวางไม่ให้พฤติกรรมสุขภาพไปสู่ระดับที่ต้องการได้ ดังนั้น การแก้ไขอุปสรรคจึงต้องทำในระดับโครงสร้าง เช่น การปรับปรุงระบบการประสานงานข้อมูลและจัดหาเครื่องมือคัดกรองวัณโรคที่จำเป็น

1.4 ความต้องการการสนับสนุนในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมวัณโรคปอดในชุมชน อยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$ = 33.40, S.D. = 4.57) สอดคล้องกับสมมติฐานที่คาดว่าอุปสรรคในการเฝ้าระวัง ควบคุม และป้องกัน วัณโรคปอดในชุมชนจะอยู่ในระดับปานกลางขึ้นไป และโดยเฉพาะในเรื่องความรู้และระบบ/เครื่องมือสนับสนุน ซึ่งตอบสนองการขาดแคลนที่พบในการอบรม และการทำงานจริง สอดคล้องกับงานวิจัยของปริยาสินธุระวิทย์ และคณะ (2555) ที่ระบุว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านยังขาดความรู้และส่วนร่วมในการดำเนินงานควบคุมวัณโรคอย่างเพียงพอ การที่ความต้องการการสนับสนุนอยู่ในระดับสูง แสดงให้เห็นว่า อสม. มีความตระหนักถึงความขาดแคลนที่เกิดขึ้นในการปฏิบัติงาน ดังนั้น จึงควรตอบสนองความต้องการเหล่านี้ให้เหมาะสมต่อไป

1.5 การปฏิบัติงานเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมวัณโรคปอดในชุมชน อยู่ในระดับต่ำ ($\bar{X}$ = 7.42, S.D. = 3.06) ขัดแย้งอย่างชัดเจนกับสมมติฐานที่คาดการณ์ว่าการปฏิบัติงานจะอยู่ในระดับปานกลางขึ้นไป โดยผลการวิจัยนี้ขัดแย้งกับการศึกษาการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่า มีการปฏิบัติงานระดับปานกลางถึงสูง เช่น เอกพันธ์

คำภีระ และคณะ (2564) ธิชาภรณ์ กำนันตน และคณะ (2564) และศักดิ์สยาม สุวรรณสุทธิ (2565) การค้นพบนี้แสดงให้เห็นถึงความสำคัญที่ต้องพิจารณา เพื่อให้การปฏิบัติงานเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมวัณโรคปอดในชุมชน ของอาสาสมัครสาธารณสุขจังหวัดแพร่ให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ทั้งนี้จากการปฏิบัติงานเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมวัณโรคปอดในชุมชน อยู่ระดับต่ำ ซึ่งแม้ว่าความรู้เกี่ยวกับวัณโรคปอด และทัศนคติเกี่ยวกับวัณโรคปอด จะอยู่ระดับปานกลาง แต่ก็ไม่สามารถทำให้การปฏิบัติงานมีประสิทธิภาพหรือสูงขึ้นได้ เนื่องจากอุปสรรคในการเฝ้าระวัง ควบคุม และป้องกันวัณโรคปอดในชุมชนที่มาขัดขวางการปฏิบัติงาน หรือแม้กระทั่งความขาดแคลน ที่แสดงออกมาจากความต้องการการสนับสนุนในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมวัณโรคปอดในชุมชน ดังนั้นจึงมีความในการจัดการกับข้อจำกัดต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น โดยเฉพาะสิ่งที่ อสม. ต้องการเพื่อไปใช้ในการปฏิบัติงานจริง ซึ่งควรนำไปใช้ในการกำหนดแผนเชิงนโยบายเพื่อยกระดับการปฏิบัติงานของ อสม. ให้มีประสิทธิภาพต่อไป

2. เพื่อกิจาปัจจยที่มความสัผัสพันธ์กับการปฏิบัติงานเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมวัณโรคปอดในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดแพร่ ปัจจยที่มความสัผัสพันธ์กับการปฏิบัติงานเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมวัณโรคปอดในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดแพร่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ระยะเวลาที่เป็น อสม. การได้ รับการอบรม เกี่ยว กับ วัณโรคปอด และความต้องการการสนับสนุนในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมวัณโรคปอดในชุมชน ในขณะที่เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา และอาชีพ รวมถึงความรู้เกี่ยวกับวัณโรคปอด ทัศนคติเกี่ยวกับวัณโรคปอด และอุปสรรคในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมวัณโรคปอดในชุมชน ไม่มีความสัผัสพันธ์กับการปฏิบัติงานเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมวัณโรคปอด ในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดแพร่ ซึ่งปฏิเสธสมมติฐานคาดการณ์ว่าปัจจยเหล่านี้ควรมีความสัผัสพันธ์กับการปฏิบัติงานเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมวัณโรคปอดในชุมชนของอาสาสมัคร

สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดแพร่ ถึงแม้ว่าความรู้เกี่ยวกับวัคซีนโรคปอด และทัศนคติเกี่ยวกับวัคซีนโรคปอดถึงแม้จะอยู่ระดับปานกลาง แต่ไม่สามารถส่งผลต่อการปฏิบัติงานเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมวัณโรคปอดในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดแพร่ได้ เมื่อต้องเผชิญกับข้อจำกัดอื่น ๆ โดยความต้องการการสนับสนุนในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมวัณโรคปอดในชุมชน เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการปฏิบัติงานเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมวัณโรคปอดในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดแพร่สูงสุด ($r=0.230$) ซึ่งความสัมพันธ์นี้แสดงให้เห็นว่าความต้องการการสนับสนุนที่สูงเป็นการสะท้อนถึงปัญหาและข้อจำกัดของจังหวัดแพร่ที่กำลังขัดขวางการปฏิบัติงานเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมวัณโรคปอดในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

3. ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อการทำงานเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมวัณโรคปอดในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดแพร่ การวิเคราะห์ถดถอยเชิงพหุแสดงให้เห็นว่าแบบจำลองการถดถอยพหุมีความเหมาะสมโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญ สามารถร่วมกันพยากรณ์การปฏิบัติงานได้ ร้อยละ 17.7 ($R^2 = 0.177$) และพบว่า มีเพียง 3 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมวัณโรคปอดในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดแพร่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การได้รับการอบรมเกี่ยวกับวัณโรคปอด ($\beta = 0.745$) ความต้องการการสนับสนุนในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมวัณโรคปอดในชุมชน ($\beta = 0.188$) และอุปสรรคในการเฝ้าระวัง ควบคุม และป้องกันวัณโรคปอดในชุมชน ($\beta = 0.080$) ตามลำดับ โดยปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา และอาชีพ รวมถึงความรู้เกี่ยวกับวัณโรคปอด และทัศนคติเกี่ยวกับวัณโรคปอด ได้ปฏิเสธสมมติฐานที่คาดการณ์ว่าปัจจัยเหล่านี้มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมวัณโรคปอดในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดแพร่ แม้ว่าการได้รับการอบรมเกี่ยวกับวัณโรคปอด

จะเป็นปัจจัยทำนายที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมวัณโรคปอดในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดแพร่ สูงสุด แต่เมื่อพิจารณาจากผลของการปฏิบัติงานเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมวัณโรคปอดในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อยู่ระดับต่ำ จึงควรพิจารณาถึงการได้รับการอบรมเกี่ยวกับวัณโรคปอดที่ผ่านมามีความมุ่งเน้นเพียงความรู้เชิงทฤษฎี มากกว่าการเสริมสร้างทักษะการปฏิบัติ (สำนักงานปราชญ์เพื่อสันติ, 2566) ที่เป็นต่อการดำเนินงานตามบทบาทที่ซับซ้อนของ อสม. ในฐานะ มิสเตอร์ทีบี (สำนักวัณโรค, 2556) รวมไปถึงอุปสรรคในการเฝ้าระวัง ควบคุม และป้องกันวัณโรคปอดในชุมชน และความต้องการการสนับสนุนในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมวัณโรคปอดในชุมชน ที่มีอิทธิพลต่อการทำนายในแบบจำลองแสดงให้เห็นถึงอุปสรรคและข้อจำกัดที่เกิดขึ้นมาขัดขวางการปฏิบัติงาน (Kurt Lewin, 1951) และยังสอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์พัฒนาสุขภาพ ระยะ 5 ปี (พ.ศ.2565-2569) จังหวัดแพร่ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่, 2564) มุ่งเน้นการขับเคลื่อนการควบคุมวัณโรคปอด แต่ไม่ปรากฏการขับเคลื่อนการดำเนินงานที่มุ่งเน้นการสนับสนุน อสม. อย่างชัดเจน

สรุปผล

การปฏิบัติงานเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมวัณโรคปอดในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจังหวัดแพร่ อยู่ระดับต่ำ โดยมีปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมวัณโรคปอดในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดแพร่ ได้แก่ การได้รับการอบรมเกี่ยวกับวัณโรคปอด ความต้องการการสนับสนุนในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมวัณโรคปอดในชุมชนและอุปสรรคในการเฝ้าระวัง ควบคุม และป้องกันวัณโรคปอดในชุมชน

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะเพื่อนำไปใช้ประโยชน์

1.1 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ ควรทบทวนแผนยุทธศาสตร์พัฒนาสุขภาพในระยะถัดไป เพื่อมุ่งเน้นการสนับสนุนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ

หมู่บ้านในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อในชุมชน

1.2 กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ ควรจัดทำแนวทางในการฝึกอบรม และพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่มุ่งเน้นการฝึกทักษะที่จำเป็นในการปฏิบัติงานได้จริงในพื้นที่

1.3 กลุ่มงานสุขภาพจิตจิตล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ จัดทำช่องทางการรายงานการดำเนินการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดแพร่ ที่สามารถเชื่อมโยงข้อมูลในภาพของจังหวัด เพื่อประสิทธิภาพของการดำเนินงานครอบคลุมทุกระดับ

2. ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยครั้งถัดไป

2.1 ควรมีการวิจัยเชิงทดลองเพื่อประเมินประสิทธิผลของการสนับสนุนและฝึกทักษะต่อการปฏิบัติงานเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดแพร่

2.2 การศึกษาตัวแปรหรือปัจจัยอื่น ๆ เพิ่มเติม เช่น การบริหารจัดการขององค์กร ซึ่งเป็นส่วนของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ ทุกระดับเพิ่มเติม เพื่อให้ครอบคลุมทุกมิติ

เอกสารอ้างอิง

กองโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข. (2564). *แนวทางการควบคุมโรค ประเทศไทย พ.ศ.2564*. อักษรกราฟฟิคแอนดดีไซน์.

กองโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข. (2565). *แผนปฏิบัติการระดับชาติ ด้านการต่อต้านโรคติดต่อ พ.ศ. 2560 – 2564 (เพิ่มเติม พ.ศ. 2565)*. อักษรกราฟฟิคแอนดดีไซน์.

ทรรศนีย์ บุญมั่น. (2564). *ปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจังหวัดสุโขทัย* (วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยนเรศวร.

ธนชัย เอกอภิชน. (2561). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมในการควบคุมป้องกันโรคของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางลึก อำเภอมะนัง จังหวัดชุมพร. *วารสารวิจัยและนวัตกรรมสุขภาพ*, 1(1), 12-24.

ธิดาภรณ์ กำนันตน, และโชติ บดีรัฐ. (2564). การปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตอำเภอสอง จังหวัดแพร่. *วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย*, 6(3), 237-249.

บุญชม ศรีสะอาด. (2556). การวิจัยเบื้องต้น (พิมพ์ครั้งที่ 9). กรุงเทพฯ : สุวีริยาสาส์น.

ปภากร เฝ้าเวียงคำ, และศรีสุรางค์ เคหะนาถ. (2565). ปัจจัยที่ส่งผลต่อการปฏิบัติงานเกี่ยวกับโรคเบาหวานตามบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในอำเภอสามชูก จังหวัดสุพรรณบุรี. *วารสารสาธารณสุขล้านนา*, 18(2), 116-128

ประนอม มาอุ่น. (2565, 19 กรกฎาคม). *ตัวชี้วัดด้านโรคติดต่อ จังหวัดแพร่ เขตสุขภาพที่ 1* [เอกสารนำเสนอ]. การตรวจราชการระดับจังหวัด ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 (รอบที่ 2), แพร่, ประเทศไทย

ปรียา สันธะวิทย์, และวันเพ็ญ ปันราช. (2555). การพัฒนาแนวทางการควบคุมโรคติดต่อในชุมชนของโรงพยาบาลวชิรพยาบาล จังหวัดสกลนคร. *วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ*, 30(3), 87-94.

พนม นพพันธุ์, และธรรมศักดิ์ สายแก้ว. (2559). ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคติดต่อของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ

- หมู่บ้าน ในเขตเทศบาลตำบลบางปรอก อำเภอเมือง จังหวัดปทุมธานี. *วารสารสหเวชศาสตร์มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา*, 1(1), 39-62
- วาริน เชื้อนแก้ว. (2564). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ จังหวัดพะเยา. *วารสารศาสตร์สุขภาพและการศึกษา*, 1(2), 30-44.
- ศักดิ์สยาม สุวรรณสุทธิ. (2565). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการปฏิบัติงานเฝ้าระวังและป้องกันโรคโควิด-19 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอสิชล จังหวัดนครศรีธรรมราช. *วารสารศาสตร์สุขภาพและการศึกษา*, 2(3), 81-98.
- สรวิทย์ เอี่ยมบุญ. (2564). ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการเฝ้าระวังและป้องกันโรคโควิด-19 อำเภอคลองไทร จังหวัดสุโขทัย. *วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา*, 1(2), 75-90.
- เอกพันธ์ คำภีระ, สุมาลี เลิศมัลลิกาพร, และอะเคื้อ อุณหเลขกะ. (2564). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อไวรัสโรคปอดในชุมชน. *พยาบาลสาร*, 48(1), 174-186.
- Bloom, B. S. (1971). *Taxonomy of educational objectives: The classification of educational goals. Handbook I: Cognitive domain* (M. D. Krathwohl & B. Masia, Eds.). David McKay Company.
- Boonchai Phomborhub, Petchawan Punggrassami, & Taveeporn Boonkitjaroen. (2008). Village health volunteer participation in tuberculosis control in southern Thailand. *The Southeast Asian Journal of Tropical Medicine and Public Health*, 39(3), 542-550.
- Hinkle, D. E., William, W., & Stephen, G.J. (1998). *Applied statistics for the behavior sciences*. (4th ed.). Boston, New York: Houghton Mifflin.
- Lewin, K. (1951). *Field theory in social science: Selected theoretical papers* (D. Cartwright, Ed.). New York, NY: Harper & Row.
- Taro Yamane. (1973). *Statistics: an introductory analysis*.



ขอแสดงความยินดีกับ

**อสม.
ดีเด่น 69**

ระดับภาคเหนือ

การเฝ้าระวัง ป้องกัน
และควบคุมโรคติดต่อ



ธนพร บุญส่ง
จังหวัดเชียงใหม่

การส่งเสริมสุขภาพ



กฤษณะพงศ์ ศิริกิตตราธรณ์
จังหวัดพิษณุโลก

สุขภาพจิตชุมชน



อภินา ชนารัตน์มงคล
จังหวัดน่าน

การป้องกันและแก้ไข
ปัญหาเอดส์ในชุมชน



เสกสถิตย์ ทารินทร์
จังหวัดน่าน

การบริการใน ศสมช.
และการสร้างหลักประกันสุขภาพ



จินดากา เรือนใหญ่
จังหวัดเชียงใหม่

การคุ้มครองผู้บริโภค
ด้านสุขภาพ



รนา ยีบัว
จังหวัดเชียงใหม่

ภูมิปัญญาท้องถิ่น
ด้านสุขภาพ



วิม สรณชานา
จังหวัดพิษณุโลก

การป้องกันและแก้ไข
ปัญหาเอดส์ในชุมชน



อักษยา กลั่นเทตวิทย์
จังหวัดนครสวรรค์

การจัดการสุขภาพชุมชน
และอนามัยสิ่งแวดล้อม



พกา มาศ พลเมือง
จังหวัดพิษณุโลก

นมแม่ และอนามัย
แม่และเด็ก



ปราณี กงพลนันท์
จังหวัดเชียงราย

ทันตสุขภาพ



นุทยา สองเมือง
จังหวัดสุโขทัย

การป้องกันและควบคุม
โรคไม่ติดต่อ



ชรินรัตน์ ชระสุ
จังหวัดน่าน

วิทยาศาสตร์
การแพทย์ชุมชน



จารุณี เชื้อบุญมี
จังหวัดพิษณุโลก