JERPH

วารสารการศึกษาและวิจัยการสาธารณสุข

JOURNAL OF EDUCATION AND RESEARCH IN PUBLIC HEALTH

2026





ปีที่ 4 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2569

Vol.4 No.2 May - August 2026

ISSN : 2985-0126 (Online)

ขอบเขตการตีพิมพ์

วารสารการศึกษาและวิจัยการสาธารณสุข มีนโยบายรับตีพิมพ์บทความด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาศาสตร์สิ่งแวดล้อม สังคมศาสตร์ (การสาธารณสุข, การศึกษาด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ)

นโยบายการตีพิมพ์

วารสารการศึกษาและวิจัยการสาธารณสุข เป็นวารสารราย 4 เดือน ออกปีละ 3 ฉบับ (ฉบับที่ 1 ประจำเดือน มกราคม – เมษายน ฉบับที่ 2 ประจำเดือน พฤษภาคม - สิงหาคม ฉบับที่ 3 ประจำเดือน กันยายน - ธันวาคม) จัดทำโดยวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา มีจุดมุ่งหมายในการตีพิมพ์และเผยแพร่ผลงานทางวิชาการในรูปแบบบทความภาษาไทย ทั้งจากภายในวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลาและหน่วยงานภายนอก โดยดำเนินการจัดทำและเผยแพร่เป็นรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ (Online) หมายเลข ISSN : 2985-0126 (Online) ซึ่งมีนโยบายในการจัดการวารสารการศึกษาและวิจัยการสาธารณสุข ดังนี้

1. บทความที่ได้รับการตีพิมพ์เป็นบทความจากทั้งบุคลากรภายในและบุคลากรภายนอกวิทยาลัยฯ ที่ไม่เคยตีพิมพ์เผยแพร่ที่ใดมาก่อน และไม่อยู่ในระหว่างการพิจารณาของวารสารฉบับอื่นๆ หากตรวจสอบพบว่ามีการจัดพิมพ์ซ้ำซ้อนถือเป็นความรับผิดชอบของผู้นิพนธ์แต่เพียงผู้เดียว

2. บทความ ข้อความ ภาพประกอบ และตารางประกอบที่ลงพิมพ์ในวารสารเป็นความคิดเห็นส่วนตัวของผู้นิพนธ์ กองบรรณาธิการไม่จำเป็นต้องเห็นตามเสมอไป และไม่มีส่วนรับผิดชอบใดๆ ถือเป็นความรับผิดชอบของผู้นิพนธ์เพียงผู้เดียว

3. บทความที่ตีพิมพ์ลงในวารสารจะต้องมีรูปแบบตามที่วารสารกำหนดเท่านั้น

นโยบายการประเมินบทความ

บทความที่ตีพิมพ์ในวารสารการศึกษาและวิจัยการสาธารณสุขได้รับการพิจารณากลั่นกรองจากผู้ทรงคุณวุฒิ (Peer Review) **โดยมีผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญสาขาที่เกี่ยวข้องประเมินบทความจำนวน 3 ท่าน/บทความ แบบปกปิด 2 ทาง (Double blind)**

บทความ

ภายในวิทยาลัยฯ → ประเมินโดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญในสาขาที่เกี่ยวข้องจากหน่วยงานภายนอก

หน่วยงานภายนอก → ประเมินโดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญในสาขาที่เกี่ยวข้องจากภายในวิทยาลัยฯ และ/หรือหน่วยงานภายนอก

วารสารการศึกษาและวิจัยการสาธารณสุข

Journal of Education and Research in Public Health

กองบรรณาธิการ

พญ.คุณหญิง พรทิพย์ โรจนสุนันท์	นักวิชาการอิสระ (อดีตผู้อำนวยการสถาบันนิติวิทยาศาสตร์), กรุงเทพฯ
รศ.ดร.เขมิกา ยามะรัต	จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
รศ.ดร.ไกรวุฒิ กัลวิชา	จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ผศ.กุลนิดา สายนุ้ย	มหาวิทยาลัยการกีฬาแห่งชาติ วิทยาเขตยะลา
ศ.ดร.ภญ.วิจิตรา ทัศนียกุล	มหาวิทยาลัยขอนแก่น
รศ.ดร.กิตติพงษ์ สอนล้อม	มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ผศ.ดร.ภก.ปฐมทรรศน์ ศรีสุข	มหาวิทยาลัยขอนแก่น
รศ.ดร.ปุญญพัฒน์ ไชยเมล์	มหาวิทยาลัยทักษิณ วิทยาเขตพัทลุง
รศ.ดร.กุสุมาลย์ น้อยผา	มหาวิทยาลัยทักษิณ วิทยาเขตพัทลุง
รศ.ดร.อาจินต์ สงทับ	มหาวิทยาลัยนเรศวร
ศ.ดร.อนามัย เทศกะทึก	มหาวิทยาลัยบูรพา
รศ.ดร.เสาวนีย์ ทองนพคุณ	มหาวิทยาลัยบูรพา
รศ.ดร.อารี จำปากลาย	มหาวิทยาลัยมหิดล
ผศ.ดร.สุนีย์ เครานวล	มหาวิทยาลัยราชภัฏยะลา
รศ.ดร.ศุภศิลป์ มณีรัตน์	มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตหาดใหญ่
ผศ.นพ.วรวิทย์ วาณิชย์สุวรรณ	มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตหาดใหญ่
ผศ.ดร.นวรัตน์ ไวชมภู	มหาวิทยาลัยหาดใหญ่
ผศ.ดร.เมธีรัตน์ มั่นวงศ์	มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
พ.ต.ดร.มนัสวี ทองศฤงคลี	สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์การแพทย์ทหาร
ดร.ขวัญเรียม หลีเกษม	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครสวรรค์
ดร.พญ.สาวิตรี วิษณุโยธิน	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 9 นครราชสีมา
ผศ.ดร.อัญชลี พงศ์เกษตร	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา
ผศ.ดร.ภัคณัฐ วีรขจร	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา
ผศ.ดร.อุบลทิพย์ ไชยแสง	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา
ดร.ภญ.ปาริฉัตร อุทัยพันธ์	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา
อ.ดร.อุไรวรรณ ศิริธรรมพันธ์	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา
ดร.ชมพูนุช สุภาพวานิช	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา
อ.ดร.จามรี สอนบุตร	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา

บรรณาธิการ	อ.ดร.ภก.อวิรุทธ์ สิงห์กุล	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา
ผู้ช่วยบรรณาธิการ	อ.ดร.วิชาภรณ์ อินทรชูติ	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา
ที่ปรึกษา	อ.ดร.วิชาญ ภิบาล	ผู้อำนวยการวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา

ตรวจอ่านฉบับอังกฤษ	อ.ดร.อุไรวรรณ ศิริธรรมพันธ์	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา
	อ.ดร.ณัฐวดี มณีพรหม	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา
	ทพญ.ฐิติกา กิมิเส	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา
	อาบาดี เจ๊ะอาแดร์	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา
	Mr.Ganfre Pechayco	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา
กองจัดการวารสาร	อิบตีซาน เจ๊ะอุบง	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา
	ซอบรี มาหะมะยูโซะ	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา
	กูลยา โต๊ะรายอ	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา

บทบรรณาธิการ

วารสารการศึกษาและวิจัยการสาธารณสุข (Journal of Education and Research in Public Health : J. Educ. Res. Public Health) ฉบับนี้ เผยแพร่เป็นปีที่ 4 ฉบับที่ 2 ประจำเดือน พฤษภาคม – สิงหาคม พ.ศ. 2569 เป็นวารสารที่มีการเผยแพร่ความรู้จากการศึกษา ค้นคว้า วิจัยและพัฒนาองค์ความรู้ผ่านบทความประเภทต่างๆ สู่สาธารณะในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ (E-journal) โดยแต่ละบทความได้รับการประเมินจากผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญในสาขาที่เกี่ยวข้อง บทความละ 3 ท่าน แบบปกปิด 2 ทาง (Double blind) ซึ่งเป็นบทความทางด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาศาสตร์สิ่งแวดล้อม สังคมศาสตร์ (Education, Health) (ตามสาขาวิชาสำหรับวารสารในฐานข้อมูล TCI) กำหนดออกวารสารราย 4 เดือน ปีละ 3 ฉบับ

สำหรับวารสารปีที่ 4 ฉบับที่ 2 นี้ เผยแพร่บทความที่ผ่านการประเมินจากผู้ทรงคุณวุฒิ และผู้วิจัย/คณะผู้วิจัยได้มีการปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะเพื่อให้ผลงานมีคุณภาพตามหลักวิชาการและหลักการวิจัย เป็นบทความที่มีความน่าสนใจและอยู่ในขอบเขตนโยบายการเผยแพร่บทความของวารสารนี้ และขอเป็นกำลังใจให้กับนักวิจัย/คณะนักวิจัยที่บทความถูกปฏิเสธการเผยแพร่ในวารสาร อย่างไรก็ตามท่านสามารถพิจารณาข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์เพื่อปรับปรุงบทความและพิจารณาวารสารอื่น พร้อมกันนี้หากท่านมีผลงานอื่นๆ ท่านสามารถพิจารณาเผยแพร่ในวารสารนี้ได้ในโอกาสต่อไป

ในนามของกองบรรณาธิการ ขอขอบพระคุณที่ปรึกษา ผู้ทรงคุณวุฒิประเมินบทความ (Peer reviewer) ที่กรุณาประเมินบทความ รวมถึงให้ข้อเสนอแนะอันเป็นประโยชน์ในการปรับปรุงแก้ไขบทความให้ถูกต้องตามหลักวิชาการและการวิจัย พร้อมกันนี้ ขอเชิญนักวิจัยและนักวิชาการจากทุกหน่วยงาน อาจารย์และนักศึกษาจากทุกสถาบันการศึกษา ตลอดจนผู้สนใจ พิจารณาส่งบทความตามขอบเขตและนโยบายการเผยแพร่ของวารสาร เพื่อเผยแพร่ และใช้เป็นแหล่งศึกษาค้นคว้า ประยุกต์ใช้ประโยชน์ และการพัฒนางานวิจัยในโอกาสต่อไป

ดร.ภก.อวิรุทธ์ สิงห์กุล
บรรณาธิการ

สารบัญ

	หน้า
ขอบเขตการตีพิมพ์	i
นโยบายการตีพิมพ์	i
นโยบายการประเมินบทความ	i
กองบรรณาธิการ	ii
บทบรรณาธิการ	iv
สารบัญ	v-vi
แนวทางการสร้างเสริมพลังอำนาจผู้ดูแลในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ: บทบาทเชิงวิชาชีพและความท้าทายในบริบทสังคมสูงวัย Guidelines for Enhancing Caregiver Empowerment in Elderly Health Management: Professional Responsibilities and Emerging Challenges within an Aging Society สิรินทรา ฟูตระกูล, ปัณณทัต บนขุนทด, และวิราพร สืบสุนทร Sirintra Futrakul, Punnathut Bonkhunthod, and Wiraporn Suebsoontorn	161 - 170
ปัจจัยแรงจูงใจที่ทำให้แพทย์และพยาบาลยังคงปฏิบัติงานในระบบสาธารณสุข: กรณีศึกษาโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชนสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช Motivational Factors for Physicians and Nurses Retention in Public Healthcare System: A Case Study of Tertiary Care Hospital General Hospitals and Community Hospitals under Nakhon Si Thammarat Provincial Health Office รัติกร สวนดอก Ruttikorn Suandork	171 – 188
บทเรียนเชิงระบบจากการดำเนินงานทีมหมอเดินเท้าในระยะหลังน้ำลด: การเสริมความเข้มแข็งระบบสุขภาพปฐมภูมิเมืองหาดใหญ่ System Lessons from Walking Doctor Team Operations in the Post-Flood Phase: Strengthening Primary Health Care in Hat Yai City, Thailand วีระศักดิ์ เดชอรัญ Virasakdi DechAran	189 – 203
ผลของโปรแกรมการพัฒนาสถานประกอบการเพื่อสุขภาพต่อการปฏิบัติตามมาตรฐานทางกฎหมายในเขตกรุงเทพมหานคร Effects of a Health Establishment Development Program on Legal Standard Compliance in Bangkok Metropolitan Area ณัฐฐิญา นาคหลง, และสุชาญวัชร สมสอน Natthaya Naklong , and Suchanwat Somsorn	204 – 214
การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท้ายหาด อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรสงคราม Development of Nursing Practice Guidelines for the Prevention of Pressure ulcers at Thai Hat Subdistrict Health Promoting Hospital, Mueang District, Samut Songkhram Province, Thailand ปิ่นรัตน์ พูลละม้าย Pinrut Poonlamy	215 - 227

สารบัญ (ต่อ)

หน้า

ประสิทธิผลของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและปัจจัยที่มีผลต่อการเข้าสู่เบาหวานระยะสงบในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลลิพัง อำเภอปะเหลียน จังหวัดตรัง 228 - 243
Effectiveness of Lifestyle Behavior Modification and Factors Affecting to Diabetic Remission in Type 2 Diabetic Patients at Lipang Sub-District Health Promotion Hospital, Palian District, Trang Province
จุฑารัตน์ เสียมไหม และธัญญารัตน์ พรหมปลัด
Chutharat Siammai and Tanyarat Prompalad

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อระดับความสุขของบุคลากรในโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดเชียงใหม่ 244 - 258
Factors Associated with Happiness Levels among Personnel in Community Hospitals in Chiang Mai Province
จันจิรา เจริญธรรม และพงศ์พิษณุ บุญดา
Janjira Charerntam and Phongpisanu Boonda

การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนตำบลบ้านขาม อำเภอจัตุรัส จังหวัดชัยภูมิ 259 - 272
The Development of a Community Participation-Based Health Promotion Model for the Elderly in Ban Kham Subdistrict, Chatturat District, Chaiyaphum Province
สุภาภรณ์ สุวรรณโรจน์
Suprapron Suwannaront

ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอเมืองพิจิตร จังหวัดพิจิตร 273 - 292
Factors affecting the quality of life of dependent elderly in Mueang Phichit District, Phichit Province
วรรณนิสา วิทยา, ภูษิตา อินทรประสงค์ และจุฑาธิป ศีลบุตร
Wannisa Wittaya, Bhusita Intaraprason, and Jutatip Sillabutra

ประสิทธิผลของโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูงในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลละหาน อำเภอจัตุรัส จังหวัดชัยภูมิ 293 - 307
Effectiveness of an Empowerment Program on Behavioral Modification for Stroke Prevention among Older Adults with Hypertension in Lahan Subdistrict Health Promoting Hospital, Chatturat District, Chaiyaphum Province
ละมุน คำเสนา
Lamoon kamsena

วารสารการศึกษาและวิจัยการสาธารณสุข

Journal of Education and Research in Public Health

แนวทางการสร้างเสริมพลังอำนาจผู้ดูแลในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ: บทบาทเชิงวิชาชีพและความท้าทายในบริบทสังคมสูงวัย

Guidelines for Enhancing Caregiver Empowerment in Elderly Health Management: Professional Responsibilities and Emerging Challenges within an Aging Society

สิรินทรา ฟูตระกูล [1], ปัณณทัต บนขุนทด [1*] และวิราพร สืบสุนทร [1]

Sirintra Futrakul [1], Punnathut Bonkhunthod [1*], and Wiraporn Suebsoontorn [1]

[1] คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา 30000

[1] Faculty of nursing, Nakhon Ratchasima Rajabhat University, Mueang District, Nakhon Ratchasima Province. 30000

[*] Corresponding author: ปัณณทัต บนขุนทด Email: punnathut.b@nrru.ac.th

Received : 17 September 2025 Revised : 30 December 2025 Accepted : 10 January 2026

บทคัดย่อ

ประเทศไทยกำลังก้าวเข้าสู่สังคมสูงอายุอย่างรวดเร็ว โดยมีผู้สูงอายุ 12 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 18.3 ของประชากรทั้งหมด และคาดว่าจะเพิ่มเป็นร้อยละ 28 ภายในปี 2573 สถานการณ์ดังกล่าวส่งผลให้ภาระการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะโรคเรื้อรังซึ่งพบว่าร้อยละ 78.0 ของผู้สูงอายุมีโรคประจำตัวอย่างน้อยหนึ่งโรค และมากกว่าร้อยละ 30 มีภาวะพึ่งพิงต้องการผู้ดูแลหลัก ผู้ดูแลจำนวนมากเผชิญข้อจำกัดด้านความรู้ ทักษะ และการสนับสนุนทางสังคม ส่งผลให้เกิดภาวะเครียดและความเหนื่อยล้าจากการดูแล ซึ่งงานวิจัยรายงานว่า ร้อยละ 40 - 60 ของผู้ดูแลมีภาวะภาระผู้ดูแล (Caregiver burden) ในระดับปานกลางถึงรุนแรง บทความวิชาการนี้นำเสนอแนวคิดการสร้างเสริมพลังอำนาจผู้ดูแลตามทฤษฎี Gibson โดยประกอบด้วย 3 มิติหลัก ได้แก่ ความรู้และทักษะ จิตใจและอารมณ์ และสังคมและเครือข่ายสนับสนุน ซึ่งช่วยเพิ่มความสามารถในการตัดสินใจ ลดภาวะแทรกซ้อน และยกระดับคุณภาพการดูแล พยาบาลวิชาชีพมีบทบาทสำคัญในฐานะผู้ให้ความรู้ ผู้ประสานงาน ผู้สนับสนุนทางจิตใจ และผู้สร้างเครือข่ายชุมชน อย่างไรก็ตาม การดำเนินงานจริงยังได้รับผลกระทบจากข้อจำกัดด้านเวลา บุคลากร และความเหลื่อมล้ำด้านเศรษฐกิจและการเข้าถึงบริการของครอบครัวผู้ดูแล โดยเสนอข้อแนะนำเชิงนโยบาย ได้แก่ การพัฒนามาตรฐานการเสริมพลังอำนาจผู้ดูแล การสร้างสื่อและนวัตกรรมการดูแล การจัดระบบคัดกรองภาระผู้ดูแล การพัฒนาเครือข่ายชุมชนผู้ดูแล และการบูรณาการการดูแลเข้ากับระบบ Long - Term Care รวมถึงการสนับสนุนสวัสดิการแก่ผู้ดูแลกลุ่มเสี่ยง การดำเนินงานเชิงระบบดังกล่าวจะช่วยลดภาระผู้ดูแล เสริมพลังการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ และเพิ่มศักยภาพระบบสุขภาพไทยให้รองรับสังคมสูงวัยได้อย่างยั่งยืน

คำสำคัญ: ผู้ดูแลผู้สูงอายุ การสร้างเสริมพลังอำนาจ เครือข่ายชุมชน สุขภาพผู้สูงอายุ

Abstract

Thailand is rapidly transitioning into an aging society, with more than 12 million older adults, accounting for 18.3% of the total population, and projections indicate an increase to 28% by 2030. This demographic shift intensifies the demand for continuous, complex long-term care, particularly as 78% of older adults live with at least one chronic disease and over 30% experience dependency requiring primary caregivers. Many caregivers face insufficient knowledge, skills, and social support, leading to high levels of stress and caregiver burden;

evidence shows that 40 - 60% of caregivers experience moderate to severe burden. This article presents the concept of caregiver empowerment based on Gibson's Empowerment Theory, emphasizing three key dimensions: knowledge and skills, psychological and emotional support, and social and community networks. Strengthening these dimensions enhances caregivers' confidence, decision - making abilities, and capacity to prevent complications. Professional nurses play essential roles as educators, coordinators, psychological supporters, and community network builders. However, challenges remain, including limited time and workforce, disparities in caregiver capability, and socioeconomic constraints that hinder effective caregiver support. Policy and practice recommendations include establishing standardized caregiver empowerment guidelines, developing educational tools and digital health innovations, implementing systematic screening for caregiver burden, and strengthening community - based caregiver networks. Integrating caregiver empowerment into the national long - term care system and providing socio - economic support for high - burden caregivers are crucial. These efforts will reduce caregiver strain, enhance the well - being of older adults, and reinforce the sustainability of Thailand's health system amid rapid population aging.

Keywords: Elderly caregivers, Empowerment, Community network, Elderly health

บทนำ

ประเทศไทยกำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ โดยประมาณปี พ.ศ.2567 – 2568 ผู้มีอายุ 60 ปีขึ้นไปมีสัดส่วนมากกว่าร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด และคาดการณ์ว่าจะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 28 ภายในปี พ.ศ. 2573 [1] จำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจากอัตราการเกิดที่ลดลงและอายุขัยที่ยาวนานขึ้น การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรนี้ทำให้ความต้องการด้านสุขภาพ สวัสดิการ และการดูแลผู้สูงอายุมีมากขึ้นตามไปด้วย ระบบการดูแลผู้สูงอายุแบบเดิม ซึ่งเน้นการพึ่งพาครอบครัวหรือญาติเป็นหลัก เริ่มมีข้อจำกัดชัดเจน หลายครอบครัวไม่มีเวลาหรือทรัพยากรเพียงพอในการดูแลผู้สูงอายุ โดยเฉพาะผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงหรือโรคเรื้อรัง ส่งผลให้ผู้สูงอายุบางรายไม่ได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม และเพิ่มความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ลดลง ในขณะเดียวกัน ผู้ดูแลผู้สูงอายุ เช่น ลูกหลานหรือผู้ดูแลมืออาชีพ ต้องเผชิญภาระหนัก ทั้งด้านเวลา การเงิน และสุขภาพจิต ภาระนี้อาจทำให้ครอบครัวเกิดความเครียดและความยากลำบากในการจัดการชีวิตประจำวัน การสนับสนุนและการพัฒนากลไกช่วยเหลือผู้ดูแลจึงเป็นสิ่งจำเป็นเพื่อให้การดูแลผู้สูงอายุมีความต่อเนื่องและมีคุณภาพ [2]

ผู้สูงอายุจำนวนมากเผชิญกับโรคเรื้อรัง และความเสื่อมถอยของร่างกาย อาทิ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ ภาวะสมองเสื่อม และโรคข้อเสื่อม ซึ่งส่งผลให้เกิดภาวะพึ่งพิง ต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่อง [2] ภาระการดูแลผู้สูงอายุจึงไม่เพียงเป็นหน้าที่ของบุคลากรสุขภาพเท่านั้น แต่ผู้ดูแล (Caregivers) ทั้งในครอบครัว และผู้ดูแลอย่างเป็นทางการมีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ การดูแลดังกล่าวครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม เช่น การช่วยเหลือกิจวัตรประจำวัน การจัดการยา การดูแลด้านโภชนาการ การส่งเสริมสุขภาพจิต และการประสานงานกับหน่วยบริการสุขภาพ [3, 4] อย่างไรก็ตาม ในทางปฏิบัติผู้ดูแลจำนวนมากเผชิญกับข้อจำกัดหลายประการ ได้แก่ ขาดความรู้ และทักษะที่เพียงพอในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ขาดเวลาเนื่องจากภาระหน้าที่อื่นในชีวิตประจำวัน รวมถึงข้อจำกัดด้านทรัพยากรทั้งทางเศรษฐกิจและสังคม ปัญหาเหล่านี้อาจก่อให้เกิดความเครียด ความเหนื่อยล้าทางร่างกายและจิตใจของผู้ดูแล (Caregiver burden) และนำไปสู่คุณภาพการดูแลที่ลดลง [5, 6]

แนวคิดการสร้างเสริมพลังอำนาจ (Empowerment) จึงได้รับความสนใจในฐานะกระบวนการที่ช่วยเพิ่มศักยภาพของผู้ดูแล โดยเน้นการให้ความรู้ ทักษะ และการสนับสนุนทางจิตใจ รวมถึงการสร้างเครือข่ายทางสังคม เพื่อเสริมให้ผู้ดูแลมีความมั่นใจ และมีส่วนร่วมในการตัดสินใจด้านการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ แนวทางดังกล่าวไม่เพียงช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ แต่ยังช่วยลดภาระทางกาย และใจของผู้ดูแล อีกทั้งยังสนับสนุนระบบสุขภาพโดยรวมให้มีความยั่งยืนมากยิ่งขึ้น [7] ดังนั้นการส่งเสริมแนวคิด Empowerment จึงสำคัญ เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถดูแลตัวเอง ร่วมตัดสินใจ และเข้าถึงบริการที่เหมาะสม ทั้งยังลดภาระผู้ดูแลและเพิ่มคุณภาพชีวิต อย่างไรก็ตาม การนำแนวทาง Empowerment มาใช้ในระดับชุมชนหรือสถานพยาบาลยังมีข้อมูลและรูปแบบปฏิบัติที่จำกัด [8] ด้วยเหตุนี้ การเน้นบทบาทของพยาบาลจึงมีความสำคัญ พยาบาลสามารถเป็นทั้งผู้ให้ความรู้ ส่งเสริมการป้องกันโรค และสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุเชิงป้องกันและเชิงเสริมศักยภาพ การศึกษาเกี่ยวกับบทบาทพยาบาลในการสร้าง Empowerment สำหรับผู้สูงอายุจึงช่วยเติมช่องว่างความรู้และให้หลักฐานเชิงวิชาการสำหรับการพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุอย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์

1) เพื่ออธิบายแนวคิด และความสำคัญของการสร้างเสริมพลังอำนาจ (Empowerment) ของผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยเน้นให้เห็นถึงศักยภาพ ความรู้ ความมั่นใจ และทักษะของผู้ดูแลในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอย่างเหมาะสม

2) เพื่อวิเคราะห์บทบาทของพยาบาลวิชาชีพในการส่งเสริม และสนับสนุนผู้ดูแลผู้สูงอายุ ทั้งด้านการให้ความรู้ การฝึกทักษะ การให้คำปรึกษา และการประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพ

3) เพื่อระบุอุปสรรค และเสนอแนวทางเชิงปฏิบัติสำหรับการสร้างเสริมพลังอำนาจผู้ดูแลอย่างยั่งยืน โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ และแนวคิดด้านการพัฒนาชุมชน การบูรณาการทีมสหสาขาวิชาชีพ และนโยบายสนับสนุน เพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ และลดภาระผู้ดูแล

การสร้างเสริมพลังอำนาจผู้ดูแล

การสร้างเสริมพลังอำนาจผู้ดูแล (Caregiver empowerment) หมายถึง กระบวนการที่ช่วยให้ผู้ดูแลมีศักยภาพในการจัดการสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยเพิ่มความรู้ ทักษะ ความมั่นใจ และความสามารถในการตัดสินใจอย่างเหมาะสมต่อสถานการณ์ต่าง ๆ [4] แนวคิดนี้พัฒนาขึ้นจากทฤษฎีการเสริมพลังอำนาจของ Gibson (1991) [9] ซึ่งประกอบด้วยการค้นหาศักยภาพ การสะท้อนคิด การกำหนดเป้าหมาย และการลงมือปฏิบัติ การสร้างเสริมพลังอำนาจผู้ดูแลจึงไม่ใช่เพียงการถ่ายทอดข้อมูลเท่านั้น แต่ยังรวมถึงการสร้างแรงจูงใจ การสนับสนุนทางสังคม และการพัฒนาความสามารถในการแก้ปัญหาอย่างยั่งยืน

การสร้างเสริมพลังอำนาจผู้ดูแลสามารถพิจารณาได้ใน 3 มิติหลัก ดังนี้

1. มิติความรู้และทักษะ (Knowledge and skills) ความรู้ และทักษะเป็นพื้นฐานสำคัญของผู้ดูแล เนื่องจากผู้สูงอายุมักเผชิญโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ และโรคสมองเสื่อม ผู้ดูแลจึงต้องได้รับข้อมูลที่ถูกต้อง และทันสมัยเกี่ยวกับการจัดการโรคเหล่านี้ [4, 7] การฝึกทักษะ เช่น การประเมินอาการผิดปกติ การวัดสัญญาณชีพ การดูแลเรื่องอาหาร และยา รวมทั้งการป้องกันภาวะแทรกซ้อน เช่น แผลกดทับ และการหกล้ม เป็นหัวใจสำคัญของการเสริมพลังอำนาจด้านนี้ การพัฒนาความรู้ และทักษะที่เพียงพอจะทำให้ผู้ดูแลสามารถปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างมั่นใจ และลดภาวะแทรกซ้อนของผู้สูงอายุ [9]

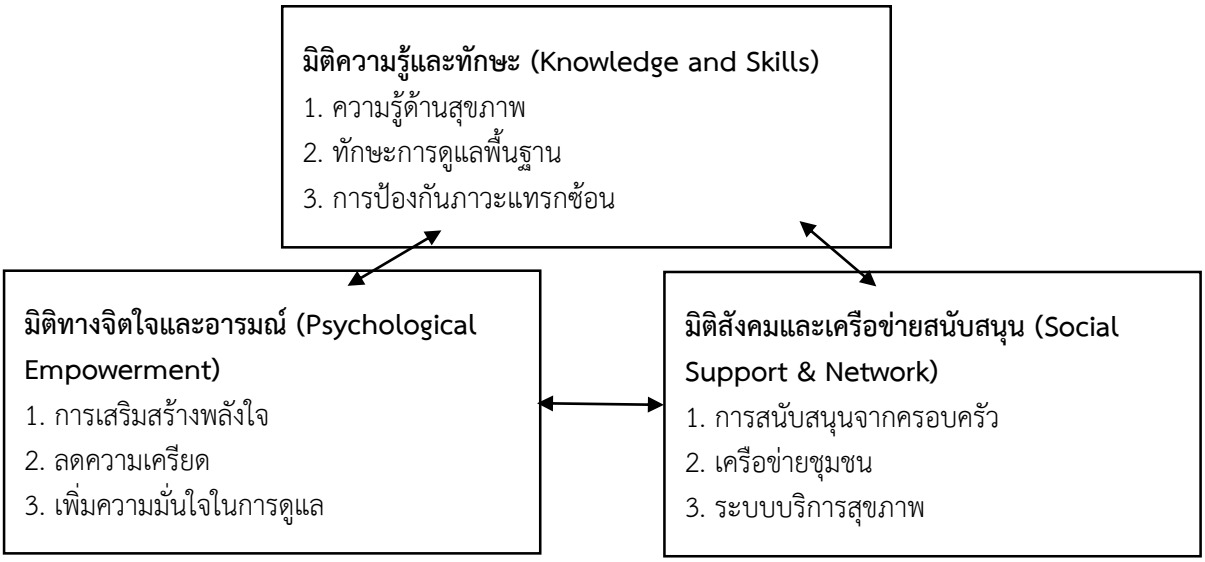
2. มิติทางจิตใจ และอารมณ์ (Psychological empowerment) การดูแลผู้สูงอายุเป็นภารกิจที่ก่อให้เกิดความเครียด และความเหนื่อยล้า ผู้ดูแลจำนวนมากประสบภาวะหมดไฟ (Burnout) และภาวะซึมเศร้า การเสริมสร้างพลังใจ และการสนับสนุนด้านอารมณ์จึงเป็นสิ่งสำคัญ [10, 11] การให้คำปรึกษาเชิงจิตวิทยา การจัดกลุ่มสนับสนุน (Support group) และการส่งเสริมการรับรู้คุณค่าในบทบาทของตนเอง ช่วยเพิ่ม

ความภาคภูมิใจและแรงจูงใจในการดูแล [12] ผู้ดูแลที่มีความมั่นใจในตนเองจะสามารถเผชิญปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น และลดความเครียดที่เกิดจากการดูแลระยะยาว [13]

3. มิติสังคมและเครือข่ายสนับสนุน (Social support and network) นอกจากความรู้ และกำลังใจแล้ว ผู้ดูแลยังต้องการระบบสนับสนุนทางสังคมที่เข้มแข็งเพื่อช่วยลดภาระ และเสริมความมั่นใจในการดูแลผู้สูงอายุ การมีครอบครัวที่ให้ความร่วมมือช่วยให้ผู้ดูแลรู้สึกได้รับการสนับสนุน และแบ่งเบาภาระงานประจำวัน ในขณะเดียวกัน เครือข่ายชุมชนที่เอื้ออำนวย และบริการสุขภาพที่เข้าถึงง่ายช่วยสร้างระบบสนับสนุนรอบด้าน ทำให้ผู้ดูแลสามารถตัดสินใจ และจัดการการดูแลได้อย่างมีประสิทธิผล งานวิจัยพบว่า ผู้ดูแลที่มีเครือข่ายสนับสนุนที่ดีมีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้ที่ต้องดูแลเพียงลำพัง [6, 14] ตัวอย่างการเสริมพลังอำนาจในมิตินี้ ได้แก่ การรวมกลุ่มผู้ดูแลในชุมชนเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ซึ่งช่วยให้ผู้ดูแลเรียนรู้ และได้รับแรงสนับสนุนทางอารมณ์ การสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นช่วยให้ผู้ดูแลเข้าถึงทรัพยากร และบริการต่าง ๆ ได้สะดวกขึ้น และบริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิที่ทำงานร่วมกับพยาบาลชุมชนทำให้การดูแลผู้สูงอายุเป็นไปอย่างต่อเนื่องและครอบคลุม [11] ดังนั้น มิติสังคม และเครือข่ายสนับสนุนทำหน้าที่เชื่อมโยงความรู้ ทักษะ และกำลังใจของผู้ดูแลเข้ากับทรัพยากรและบริการภายนอก ส่งผลให้การสร้างเสริมพลังอำนาจผู้ดูแลมีความยั่งยืน และเกิดประสิทธิผลสูงสุด

โดยสรุป มิติการสร้างเสริมพลังอำนาจผู้ดูแลครอบคลุม 3 ด้านหลัก ด้านแรกคือ ความรู้ และทักษะ (Knowledge and skills) ซึ่งเน้นการให้ข้อมูลที่ถูกต้อง และทันสมัยเกี่ยวกับการจัดการโรคเรื้อรัง การประเมินอาการ การดูแลโภชนาการ และการป้องกันภาวะแทรกซ้อน เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างมั่นใจและลดความเสี่ยงต่อสุขภาพของผู้สูงอายุ ด้านที่สองคือ มิติทางจิตใจ และอารมณ์ (Psychological empowerment) ซึ่งมุ่งเสริมความมั่นใจ และความสามารถในการจัดการความเครียด ผ่านการให้คำปรึกษา การจัดกลุ่มสนับสนุน และการยกย่องคุณค่าของบทบาทผู้ดูแล เพื่อป้องกันภาวะ Burnout และเพิ่มแรงจูงใจในการดูแลอย่างต่อเนื่อง ด้านที่สามคือ มิติสังคม และเครือข่ายสนับสนุน (Social support and network) ซึ่งเน้นการสร้างระบบสนับสนุนที่เข้มแข็งทั้งในครอบครัว ชุมชน และระบบบริการสุขภาพ การมีเครือข่ายที่ดีช่วยลดความโดดเดี่ยวของผู้ดูแล เพิ่มความมั่นใจ และส่งเสริมการดูแลแบบองค์รวมอย่างยั่งยืน ดังแสดงภาพที่ 1

มิติการสร้างเสริมพลังอำนาจผู้ดูแล



ภาพที่ 1 สรุปเชิงแนวคิด (Conceptual Framework)

บทบาทของพยาบาลวิชาชีพในการสร้างเสริมพลังอำนาจผู้ดูแล

พยาบาลวิชาชีพมีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งในกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowerment) แก่ผู้ดูแลผู้สูงอายุ และผู้ป่วยเรื้อรัง โดยทำหน้าที่อิงตามกรอบ 4 มิติ ได้แก่ ผู้ให้ความรู้ ผู้ประสานงาน ผู้สนับสนุนทางจิตใจ และผู้สร้างเครือข่ายชุมชน ซึ่งเป็นรากฐานของการส่งเสริมการดูแลแบบองค์รวมในระดับครอบครัวและชุมชน [8] การวิเคราะห์เชิงลึกของแต่ละมิติแสดงให้เห็นกลไกการทำงานที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลและผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ ดังนี้

1. ผู้ให้ความรู้ (Educator)

บทบาทของพยาบาลในฐานะผู้ให้ความรู้เป็นจุดเริ่มต้นของการเสริมพลังอำนาจ เนื่องจากความรู้และความเข้าใจที่ถูกต้องเป็นกลไกหลักที่เปลี่ยนผ่านผู้ดูแลจากผู้ปฏิบัติแบบตามคำสั่ง ไปสู่ผู้ที่สามารถวิเคราะห์สถานการณ์ และตัดสินใจได้ด้วยตนเอง การใช้หลักการสอนแบบมีส่วนร่วม (Participatory teaching) ทำให้ผู้ดูแลเกิดการเรียนรู้จากประสบการณ์จริงของตนเอง ซึ่งช่วยเพิ่มการนำไปใช้จริงในสถานการณ์ดูแลผู้ป่วย ในทางปฏิบัติ พยาบาลต้องถ่ายทอดประเด็นสำคัญ เช่น การป้องกันการหกล้ม การจัดสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัย การใช้เครื่องช่วยเดิน และการประเมินความเสี่ยงของผู้สูงอายุ [15] รวมถึงความรู้ด้านการดูแลโรคเรื้อรัง เช่น การใช้ยา การติดตามอาการ และการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ตลอดจนทักษะการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายและสมองในระดับที่ผู้ดูแลทำได้ด้วยตนเอง การให้ความรู้ที่มีระบบ และคุณภาพมีผลโดยตรงในการเพิ่มความมั่นใจ ลดความวิตกกังวล และส่งเสริมการตัดสินใจอย่างมีเหตุผลของผู้ดูแล ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยที่ชี้ว่าการให้ความรู้ที่ดีสามารถเพิ่มศักยภาพในการดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพ [8]

กรณีตัวอย่าง: ผู้ดูแลหญิงอายุ 52 ปี ดูแลมารดาที่มีภาวะกล้ามเนื้ออ่อนแรงหลังเส้นเลือดสมองตีบ ได้รับการฝึกจากพยาบาลเรื่องการพยุงเดิน การจัดท่าป้องกันแผลกดทับ และการสังเกตอาการผิดปกติ หลังการสอน ผู้ดูแลรายนี้รายงานว่าความกลัวในการจับเคลื่อนย้ายผู้ป่วยลดลง และสามารถเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนได้อย่างแม่นยำ ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่เกิดการหกล้มและแผลกดทับตลอดระยะติดตาม 8 สัปดาห์ บทบาทนี้จึงมีลักษณะเป็นการ “เพิ่มศักยภาพ” ผ่านการสร้างความรู้ ความเข้าใจ และทักษะเชิงปฏิบัติอย่างเป็นระบบ [5]

2. ผู้ประสานงาน (Coordinator)

บทบาทด้านการประสานงานสะท้อนให้เห็นถึงการทำงานของพยาบาลในเชิงระบบ เพราะการดูแลผู้สูงอายุและผู้ป่วยเรื้อรังต้องอาศัยความร่วมมือจากหลากหลายสาขาวิชาชีพเพื่อให้เกิดการดูแลแบบองค์รวม (Holistic care) พยาบาลเป็นผู้เชื่อมต่อระหว่างผู้ดูแลกับระบบบริการสุขภาพ ช่วยให้เกิดการจัดการที่เป็นเอกภาพ ลดความซ้ำซ้อนของงาน และเพิ่มประสิทธิภาพการใช้ทรัพยากร การประสานกับทีมสหสาขาวิชาชีพ เช่น แพทย์ เภสัชกร นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ และนักสังคมสงเคราะห์ ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม และโภชนาการ ขณะเดียวกันการเชื่อมโยงผู้ดูแลกับหน่วยงานชุมชน เช่น ศูนย์สุขภาพชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อสม. และกลุ่มสนับสนุนในพื้นที่ ช่วยให้ผู้ดูแลเข้าถึงบริการ กิจกรรม และแหล่งข้อมูลที่จำเป็น [3] บทบาทนี้จึงมีความสำคัญเชิงกลไกเพราะช่วยสร้างโครงสร้างสนับสนุนที่ยั่งยืน และทำให้ผู้ดูแลสามารถจัดการผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง

กรณีตัวอย่าง: ผู้สูงอายุชายอายุ 78 ปี เป็นเบาหวานและมีแผลเรื้อรังที่เท้า พยาบาลชุมชนทำหน้าที่ประสานการรักษากับแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ตรวจทบทวนยาโดยเภสัชกร และส่งต่อไปยังนักกายภาพบำบัดเพื่อแนะนำการเดินที่เหมาะสม พร้อมทั้งเชื่อมโยงผู้ดูแลเข้าร่วมกลุ่มสนับสนุนเบาหวานในชุมชน ต่อมาพบว่าแผลดีขึ้น การควบคุมระดับน้ำตาลสม่ำเสมอ และผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ บทบาทนี้สะท้อนให้เห็นถึงคุณค่าในการลดความซ้ำซ้อน เพิ่มประสิทธิภาพ และสร้างระบบดูแลที่เป็นเอกภาพ [10]

3. ผู้สนับสนุนทางจิตใจ (Supporter)

การดูแลผู้สูงอายุหรือผู้ป่วยเรื้อรังเป็นภาระที่ใช้ทั้งแรงกายและแรงใจ ผู้ดูแลจำนวนมากมีความเครียด เหนื่อยล้า และเผชิญความไม่มั่นใจในบทบาทของตน การสนับสนุนทางจิตใจจากพยาบาลจึงเป็นตัวแปรสำคัญที่ช่วยรักษาสมดุลทางอารมณ์และความพร้อมในการปฏิบัติหน้าที่ของผู้ดูแล พยาบาลทำหน้าที่ให้คำปรึกษาเชิงจิตวิทยา ช่วยให้ผู้ดูแลระบุปัญหา ความเครียด และความรู้สึกกดดัน พร้อมแนะนำเทคนิคการจัดการความเครียด การผ่อนคลาย และวิธีจัดโครงสร้างกิจวัตรประจำวันที่สมดุลระหว่างการดูแลและชีวิตส่วนตัว นอกจากนี้ พยาบาลยังมีบทบาทสำคัญในการเสริมแรงจูงใจ เช่น การยกย่องความสำเร็จเล็ก ๆ ของผู้ดูแล การให้กำลังใจ และการเพิ่มความมั่นใจในทักษะการดูแล บทบาทนี้มีผลโดยตรงต่อการลดความเหนื่อยล้าและภาวะ Burnout ของผู้ดูแล ซึ่งท้ายที่สุดจะส่งผลต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วยในระยะยาว

กรณีตัวอย่าง: ผู้ดูแลชายวัย 45 ปีดูแลภรรยาที่มีภาวะไตเรื้อรังระยะสุดท้าย เล่าว่ามักรู้สึกท้อแท้และกังวลเรื่องภาระค่าใช้จ่าย พยาบาลใช้การสนทนาเชิงจิตวิทยา ช่วยให้ผู้ดูแลระบุปัญหาที่แท้จริง และจัดลำดับความสำคัญของภาระงาน พร้อมแนะนำเทคนิคผ่อนคลายสั้นๆ และการแบ่งเวลาให้ตัวเอง หลังการให้การสนับสนุนต่อเนื่อง 4 สัปดาห์ พบว่าผู้ดูแลสามารถจัดการความเครียดได้ดีขึ้น และมีความสัมพันธ์ในครอบครัวที่ดีขึ้นด้วย บทบาทนี้ชี้ให้เห็นว่าการดูแลทางจิตใจมีผลต่อทั้งการตัดสินใจ ความมั่นใจ และคุณภาพการดูแลของผู้ดูแลโดยตรง [13]

4. ผู้สร้างเครือข่ายชุมชน (Community builder)

บทบาทนี้เป็นการเสริมพลังอำนาจในระดับชุมชน ซึ่งช่วยสร้างระบบสนับสนุนที่ยั่งยืนในระยะยาว พยาบาลส่งเสริมให้เกิดการรวมกลุ่มผู้ดูแลเพื่อแลกเปลี่ยนความรู้ ประสบการณ์ และรูปแบบการดูแลที่เหมาะสม การจัดเวิร์กช็อป การประชุมกลุ่มสนับสนุน หรือกิจกรรมให้ความรู้เป็นกลไกสำคัญที่ช่วยสร้างความผูกพันและเสริมความมั่นใจแก่ผู้ดูแล นอกจากนั้น พยาบาลยังเชื่อมโยงผู้ดูแลกับเครือข่ายอาสาสมัคร องค์กรสาธารณสุข และองค์กรชุมชนต่างๆ เพื่อให้เข้าถึงทรัพยากร และการช่วยเหลือที่จำเป็นอย่างต่อเนื่อง [16] การพัฒนาศักยภาพชุมชนด้วยการสร้างระบบช่วยเหลือที่มีความยั่งยืนจึงเป็นองค์ประกอบที่สำคัญในการลดความโดดเดี่ยวของผู้ดูแล และเพิ่มความสามารถในการจัดการผู้ป่วยในชีวิตประจำวันอย่างเป็นรูปธรรม

กรณีตัวอย่าง: ในชุมชนแห่งหนึ่ง พยาบาลได้จัดกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังเดือนละ 2 ครั้ง โดยเชิญ อสม. และแกนนำชุมชนเข้าร่วม ผู้ดูแลรายหนึ่งซึ่งเคยรู้สึกโดดเดี่ยว ได้เรียนรู้เทคนิคการดูแลจากเพื่อนผู้ดูแลคนอื่น และได้รับการช่วยเหลือในการจัดหาวัสดุอุปกรณ์พื้นฐานจากองค์กรปกครองท้องถิ่น ทำให้คุณภาพชีวิตของทั้งผู้ดูแลและผู้ป่วยดีขึ้นอย่างเห็นได้ชัด บทบาทนี้จึงทำให้ชุมชนกลายเป็นระบบสนับสนุนที่ยั่งยืน (Sustainable support system) และช่วยลดภาระของผู้ดูแลในระยะยาว [13]

สรุป บทบาทของพยาบาลวิชาชีพทั้ง 4 ด้านได้แก่ ผู้ให้ความรู้ ผู้ประสานงาน ผู้สนับสนุนทางจิตใจ และผู้สร้างเครือข่ายชุมชน สอดคล้องกับทฤษฎีการเสริมพลังอำนาจ (Empowerment theory) ของ Gibson (1991) [9] โดยเน้นการพัฒนาความรู้ ทักษะ และเครือข่ายของผู้ดูแล ส่งผลให้ผู้ดูแลสามารถปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างมั่นใจ ลดความเครียด และสร้างความเข้มแข็งให้กับชุมชนอย่างยั่งยืน

ความท้าทายของพยาบาลวิชาชีพในการสร้างเสริมพลังอำนาจผู้ดูแล

แม้ว่าพยาบาลวิชาชีพจะมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมพลังอำนาจ (Empowerment) ของผู้ดูแลผู้สูงอายุและผู้ป่วยเรื้อรัง แต่การปฏิบัติงานจริงยังเผชิญกับความท้าทายหลายด้าน ซึ่งมีผลต่อคุณภาพ และความต่อเนื่องของการสร้างเสริมพลังอำนาจ [8] ดังนี้

1. ข้อจำกัดด้านทรัพยากรบุคคลและเวลา

ข้อจำกัดด้านภาระงาน และทรัพยากรบุคคลของพยาบาลเป็นปัจจัยสำคัญที่ลดทอนความสามารถในการดำเนินกิจกรรมเสริมพลังอำนาจผู้ดูแลในเชิงปฏิบัติการ เนื่องจากพยาบาลต้องรับผิดชอบงานหลากหลาย

ทั้งการดูแลผู้ป่วยรายบุคคล งานเอกสาร การประชุมทีมสหวิชาชีพ และการดำเนินงานด้านคุณภาพ ทำให้เกิดการแย่งชิงเวลา และทรัพยากร ส่งผลให้กิจกรรมเสริมพลังอำนาจไม่สามารถจัดอย่างต่อเนื่องหรือมีคุณภาพเพียงพอ นอกจากนี้ ภาวะงานล้นมือยังเพิ่มความเสี่ยงต่อความเครียดและการเกิด Burnout ซึ่งจะสะท้อนกลับไปยังคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโดยตรง [17]

ในเชิงปฏิบัติการ แนวทางแก้ไขจำเป็นต้องเน้นการจัดลำดับความสำคัญของงาน (Prioritization) เพื่อเพิ่มเวลาสำหรับกิจกรรมที่ส่งผลต่อศักยภาพของผู้ดูแล รวมถึงการใช้เทคโนโลยี เช่น Telehealth และสื่อดิจิทัล เพื่อแบ่งเบาภาระการให้ความรู้ นอกจากนี้ การกระจายงานให้ทีมสหวิชาชีพช่วยสนับสนุน เช่น นักกายภาพบำบัดและนักสังคมสงเคราะห์ จะช่วยลดภาระพยาบาลและเพิ่มประสิทธิภาพการดำเนินกิจกรรมเสริมพลังอำนาจได้มากขึ้น

2. ความแตกต่างของศักยภาพผู้ดูแล

ความหลากหลายด้านความรู้ ทักษะ สุขภาพกาย – ใจ และประสบการณ์ของผู้ดูแลถือเป็นความท้าทายเชิงโครงสร้างที่ส่งผลต่อประสิทธิผลของการเสริมพลังอำนาจอย่างมีนัยสำคัญ [18] ผู้ดูแลบางรายอาจมีความพร้อมสูงและสามารถนำความรู้ไปใช้ได้ทันที แต่บางรายอาจขาดความมั่นใจ ขาดความรู้พื้นฐานหรือมีข้อจำกัดด้านสุขภาพ ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติได้ตามแนวทางการดูแลที่ได้รับ การไม่สอดคล้องกันระหว่างความสามารถและบทบาทนี้อาจนำไปสู่ความเครียด ความท้อแท้ และผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยที่ต่ำกว่าเป้าหมาย

ในเชิงปฏิบัติการ การเสริมพลังอำนาจจึงจำเป็นต้องยึดหลัก “Individualized approach” โดยพยาบาลต้องประเมินศักยภาพและความต้องการเฉพาะรายก่อนเริ่มกิจกรรม พร้อมปรับเนื้อหา วิธีการสอนและสื่อประกอบให้เหมาะสมกับระดับความรู้ของผู้ดูแล การผลิตสื่อแบบเข้าใจง่าย เช่น วิดีโอสั้นหรืออินโฟกราฟิก จะช่วยลดช่องว่างด้านทักษะ และเพิ่มการนำไปใช้จริงในชีวิตประจำวัน ส่งผลให้ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยสอดคล้องกับเป้าหมายมากขึ้น [18]

3. ปัจจัยทางเศรษฐกิจและสังคม

ภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้ป่วยเรื้อรัง เช่น ค่ายา อาหารเสริม และอุปกรณ์ทางการแพทย์ รวมถึงความจำเป็นในการทำงานหารายได้ของผู้ดูแล ส่งผลให้เวลาที่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมเสริมพลังอำนาจมีจำกัด ซึ่งเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลในระยะยาว ภาระด้านเศรษฐกิจยังส่งผลต่อสุขภาวะจิตใจ ทำให้มีความเสี่ยงต่อการเกิดความเครียด และ Burnout ของผู้ดูแลเพิ่มขึ้น

เชิงปฏิบัติการ แนวทางแก้ไขจำเป็นต้องเน้นการลดภาระผู้ดูแล เช่น จัดการอบรมแบบออนไลน์ระยะสั้น หรือแบบ On - demand เพื่อให้สอดคล้องกับเวลาที่มีจำกัด รวมถึงการสนับสนุนค่าใช้จ่ายบางส่วน เช่น ค่าเดินทางหรือค่าวัสดุการอบรม นอกจากนี้ การออกแบบโปรแกรมที่ยืดหยุ่น และไม่กำหนดเวลาตายตัวยังช่วยให้ผู้ดูแลสามารถเข้าร่วมได้ตามความเหมาะสม ส่งผลให้การเสริมพลังอำนาจเกิดขึ้นจริงในชีวิตประจำวันมากขึ้นแม้มีข้อจำกัดด้านเศรษฐกิจ [19]

4. ระบบสนับสนุนที่ยังไม่ทั่วถึง

ช่องว่างด้านความครอบคลุมของบริการสุขภาพและบริการสังคมในบางพื้นที่ โดยเฉพาะพื้นที่ชนบทเป็นปัจจัยเชิงโครงสร้างที่ทำให้ผู้ดูแลขาดการเข้าถึงข้อมูล คำปรึกษา และทรัพยากรสำคัญต่อการดูแลผู้ป่วย [20] นอกจากนี้ การขาดเครือข่ายสนับสนุนในชุมชนทำให้ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกโดดเดี่ยว ซึ่งมีผลกระทบต่อแรงจูงใจและประสิทธิภาพการดูแลในระยะยาว

ในเชิงปฏิบัติการ การเสริมพลังอำนาจจำเป็นต้องคำนึงถึงบริบทพื้นที่ โดยส่งเสริมการสร้างเครือข่ายชุมชน เช่น กลุ่มผู้ดูแล อาสาสมัคร และองค์กรท้องถิ่น เพื่อเป็นแหล่งช่วยเหลือทางสังคมและทางปฏิบัติการ [7] พยาบาลชุมชนมีบทบาทสำคัญในการทำหน้าที่เป็นแกนกลางประสานงาน ให้คำปรึกษา และติดตามผู้ดูแลอย่าง

ต่อเนื่อง ขณะเดียวกันเทคโนโลยี Telehealth เป็นเครื่องมือที่ช่วยเชื่อมช่องว่างด้านพื้นที่ ทำให้ผู้ดูแลในพื้นที่ห่างไกลสามารถเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพได้มากขึ้นอย่างเป็นรูปธรรม

ผลการวิเคราะห์ประเด็นความท้าทายของพยาบาลวิชาชีพในการเสริมพลังอำนาจผู้ดูแลสะท้อนให้เห็นถึงอุปสรรคเชิงระบบและเชิงปฏิบัติที่มีความซับซ้อนและเชื่อมโยงกันหลายมิติ โดยข้อจำกัดด้านเวลาและภาระงานเป็นปัจจัยสำคัญที่ลดความต่อเนื่องของกิจกรรมเสริมพลังอำนาจ ขณะเดียวกันความแตกต่างด้านความรู้ ทักษะ และศักยภาพของผู้ดูแลส่งผลให้การรับและการประยุกต์ใช้ข้อมูลไม่เท่าเทียมกัน ปัจจัยทางเศรษฐกิจและสังคมยังคงเป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึงบริการส่งเสริมทักษะการดูแล อีกทั้งระบบสนับสนุนด้านสุขภาพในบางพื้นที่ยังไม่ทั่วถึง ส่งผลให้ผู้ดูแลขาดทรัพยากรและเครือข่ายที่จำเป็นต่อการปฏิบัติหน้าที่อย่างมีประสิทธิภาพ

จากประเด็นข้างต้น สามารถอภิปรายได้ว่าการเสริมพลังอำนาจผู้ดูแลจำเป็นต้องพัฒนาในลักษณะ “บริบทเฉพาะราย” (Context - specific) และ “รายบุคคล” (Individualized) มากกว่าการใช้แนวทางมาตรฐานเพียงอย่างเดียว กลยุทธ์เสริมพลังอำนาจควรครอบคลุมการประเมินความต้องการเฉพาะบุคคล การสนับสนุนด้วยเทคโนโลยี และการสร้างระบบเครือข่ายชุมชน ขณะเดียวกันต้องมีการลดภาระงานพยาบาลโดยใช้ทีมสหวิชาชีพเข้ามาช่วยแบ่งเบาหน้าที่ การบูรณาการปัจจัยเหล่านี้อย่างเป็นระบบจะช่วยเพิ่มประสิทธิผล ความยั่งยืน และความสอดคล้องกับบริบทชุมชน ซึ่งเป็นแนวทางสำคัญในการพัฒนาการเสริมพลังอำนาจผู้ดูแลให้เกิดผลเชิงบวกต่อสุขภาพของผู้ป่วยในระยะยาว

สรุป

การสร้างเสริมพลังอำนาจผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver empowerment) เป็นกลยุทธ์สำคัญที่ช่วยยกระดับคุณภาพชีวิต ทั้งผู้สูงอายุ และผู้ดูแล โดยเน้นการพัฒนาความรู้ ทักษะ ความมั่นใจ และการสนับสนุนทางสังคม เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถตัดสินใจ และจัดการการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุได้อย่างเหมาะสม และมีประสิทธิผล บุคลากรทางการแพทย์หรือพยาบาลวิชาชีพมีบทบาทสำคัญในการเสริมพลังอำนาจผู้ดูแล ทั้งในฐานะผู้ให้ความรู้ (Educator) ผู้ประสานงาน (Coordinator) ผู้สนับสนุนทางจิตใจ (Supporter) และผู้สร้างเครือข่ายชุมชน (Community builder) บทบาทเหล่านี้สอดคล้องกับทฤษฎีการเสริมพลังอำนาจ (Empowerment theory) ของ Gibson [9] และเน้นการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลอย่างครบมิติ ทั้งด้านความรู้ และทักษะ ด้านจิตใจ และอารมณ์ และด้านสังคม และเครือข่ายสนับสนุน อย่างไรก็ตาม การปฏิบัติงานของพยาบาลในการสร้างเสริมพลังอำนาจยังเผชิญความท้าทายหลายด้าน ได้แก่ ข้อจำกัดด้านทรัพยากรบุคคล และเวลา ความแตกต่างของศักยภาพผู้ดูแล ปัจจัยทางเศรษฐกิจ และสังคม ระบบสนับสนุนที่ยังไม่ทั่วถึง ความท้าทายเหล่านี้เป็นอุปสรรคต่อความต่อเนื่องและประสิทธิผลของกิจกรรมเสริมพลังอำนาจ จำเป็นต้องมีการสนับสนุนเชิงนโยบาย การพัฒนาศักยภาพพยาบาล การจัดสรรทรัพยากรที่เหมาะสม และการสร้างเครือข่ายชุมชนที่เข้มแข็ง เพื่อให้การดูแลผู้สูงอายุเกิดความยั่งยืน สรุปแล้ว การสร้างเสริมพลังอำนาจผู้ดูแลผู้สูงอายุต้องดำเนินการแบบบูรณาการ ครอบคลุมทั้งมิติความรู้ ทักษะ จิตใจ และสังคม โดยมีพยาบาลวิชาชีพเป็นผู้ขับเคลื่อนหลัก การสนับสนุนที่เพียงพอจะทำให้ผู้ดูแลสามารถปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างมั่นใจ ลดภาระความเครียด และสร้างความเข้มแข็งให้ชุมชน ส่งผลต่อการพัฒนาระบบสุขภาพผู้สูงอายุที่ยั่งยืนในระยะยาว และการพัฒนามาตรฐานและนโยบายด้านการเสริมพลังอำนาจผู้ดูแลในระดับองค์กรและชุมชนควบคู่กับการฝึกอบรมและสนับสนุนทรัพยากรแก่พยาบาลวิชาชีพในการทำหน้าที่ผู้ให้ความรู้ ผู้ประสานงาน ผู้สนับสนุนทางจิตใจ และผู้สร้างเครือข่ายชุมชน จะช่วยเสริมศักยภาพผู้ดูแล ลดภาระความเครียด เพิ่มความมั่นใจ และยกระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ พร้อมทั้งการสร้างและขยายเครือข่ายสนับสนุนผู้ดูแลโดยองค์กรท้องถิ่นและหน่วยงานสาธารณสุข เช่น กลุ่มผู้ดูแลชุมชนอาสาสมัคร และบริการสุขภาพแบบเข้าถึงง่าย จะทำให้เกิดการดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวมและยั่งยืน

การส่งเสริมพลังอำนาจ (Empowerment) ของผู้ดูแลผู้สูงอายุหรือผู้ป่วยเรื้อรังผ่านบทบาทพยาบาลทั้ง 4 มิติ ได้แก่ ผู้ให้ความรู้ ผู้ประสานงาน ผู้สนับสนุนทางจิตใจ และผู้สร้างเครือข่ายชุมชน สอดคล้องกับแนวคิดของ

Gibson [9] ที่มองพลังอำนาจเป็นกระบวนการ และผลลัพธ์ของความสามารถในการตัดสินใจ และการควบคุมตนเอง (Personal empowerment) อย่างไรก็ตาม บริบทไทยปรับแนวคิดนี้ให้สอดคล้องกับวัฒนธรรมชุมชน โดยเน้นการเสริมพลังแบบกลุ่ม (Collective empowerment) ผ่านเครือข่ายผู้ดูแล อสม. และองค์กรชุมชน ดังนั้นบทบาทพยาบาลจึงต้องผสมผสานทั้งการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลรายบุคคล และการสร้างระบบสนับสนุนเชิงชุมชน เพื่อให้การเสริมพลังอำนาจเกิดผลอย่างยั่งยืน และเหมาะสมกับบริบทสังคมไทย [8, 9, 16]

การนำไปใช้ประโยชน์

1. สนับสนุนการพัฒนานโยบาย และมาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุ ข้อเสนอเชิงนโยบาย เช่น การจัดมาตรฐานการเสริมพลังอำนาจผู้ดูแล การบูรณาการเข้ากับระบบ Long - term care และการสนับสนุนสวัสดิการผู้ดูแล ช่วยให้หน่วยงานสาธารณสุขวางแนวทาง และมาตรการที่เหมาะสมกับบริบทสังคมสูงวัย

2. ยกระดับบทบาทพยาบาลวิชาชีพในฐานะผู้ขับเคลื่อน Empowerment บทความเน้นบทบาทเชิงวิชาชีพทั้ง 4 มิติ (Educator, Coordinator, Supporter, Community builder) ทำให้สามารถพัฒนาหลักสูตรอบรม และแนวปฏิบัติสำหรับพยาบาล เพื่อเพิ่มศักยภาพการสนับสนุนผู้ดูแลอย่างเป็นระบบ

3. เสริมศักยภาพ และลดภาระของผู้ดูแล การประยุกต์แนวคิด Empowerment ในด้านความรู้ ทักษะ จิตใจ และเครือข่ายสนับสนุน ช่วยให้ผู้ดูแลสามารถตัดสินใจ และจัดการการดูแลผู้สูงอายุได้อย่างมั่นใจ ลดความเครียด และป้องกันภาวะ Burnout

4. ชี้ช่องว่างความรู้ และแนวทางวิจัยต่อยอด ข้อมูล และกรอบแนวคิดเชิงวิชาการช่วยเติมช่องว่างความรู้เรื่องการเสริมพลังอำนาจผู้ดูแลในชุมชน และสถานพยาบาล สร้างพื้นฐานสำหรับการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) และการประเมินผลโปรแกรมเสริมพลังอำนาจในบริบทสังคมไทย

5. สนับสนุนการสร้างเครือข่ายชุมชน และการบูรณาการระบบสุขภาพ แนวทางการสร้างเครือข่ายผู้ดูแลและชุมชน ช่วยเพิ่มการเข้าถึงทรัพยากรด้านสุขภาพ ลดความเหลื่อมล้ำ และสร้างความยั่งยืนให้ระบบดูแลผู้สูงอายุทั้งในระดับครอบครัว และชุมชน

การอ้างอิง

สิรินทรา ฟูตระกูล, ปัณณทัต บนขุนทด, และวิราพร สืบสุนทร. แนวทางการสร้างเสริมพลังอำนาจผู้ดูแลในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ: บทบาทเชิงวิชาชีพและความท้าทายในบริบทสังคมสูงวัย. วารสารการศึกษาและวิจัยการสาธารณสุข. 2569; 4(2): 161 - 70.

Futrakul S, Bonkhunthod I, and Suebsoontorn W. Guidelines for Enhancing Caregiver Empowerment in Elderly Health Management: Professional Responsibilities and Emerging Challenges within an Aging Society. Journal of Education and Research in Public Health. 2026; 4(2): 161 - 70.

เอกสารอ้างอิง

[1] United Nations. World Population Ageing. New York. UN Department of Economic and Social Affairs. 2020.

[2] นักงานสถิติแห่งชาติ. รายงานประชากรสูงอายุของประเทศไทย พ.ศ. 2565. กรุงเทพฯ, สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2565.

[3] WHO. Global strategy and action plan on ageing and health. Geneva, World Health Organization. 2017.

[4] Clark C, Lyons I, and Sayers A. Caregiver education interventions for older adults: A systematic review. Journal of Gerontological Nursing. 2019; 45(9): 21 – 30.

[5] Panyasri K, and Wongpakaran N. Psychological empowerment of family caregivers: A conceptual review, Thai Journal of Nursing Research. 2020; 24(2): 105 – 12.

[6] Chiu M, Wray L, and Lu X. Social support and caregiving for the elderly: A systematic review, Ageing & Society. 2018; 38(3): 567 – 89.

[7] สุภาวดี อินทร์ม่วง. การส่งเสริมความรู้ผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชน. วารสารพยาบาลศาสตร์. 2563; 38(2): 45 – 56.

[8] Kwon J, and Kim H. Nurse's role in supporting caregivers of frail elderly: An integrative review. International Journal of Nursing Studies. 2021; (115): 103 - 846.

[9] Gibson CH. A concept analysis of empowerment. Journal of Advanced Nursing. 1991; 16(3): 354 – 61.

[10] วรางคณา แก้วประเสริฐ. การสร้างเครือข่ายผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชนชนบท. วารสารวิจัยสุขภาพชุมชน. 2564; 15(1): 77 – 89.

[11] แสงเดือน จันทร์หอม. ข้อจำกัดด้านเวลาและทรัพยากรของพยาบาลในการดูแลผู้สูงอายุ. วารสารสาธารณสุขศาสตร์. 2562; 49(3): 233 – 41.

[12] Chou KR, Chu H, and Tseng CL. The effectiveness of support groups for caregivers of elderly with dementia. International Journal of Geriatric Psychiatry. 2018; 33(4): 472 – 82.

[13] ศศิธร แก้วคำ. ปัจจัยทางเศรษฐกิจและสังคมที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตผู้ดูแลผู้สูงอายุ. วารสารวิจัยการพยาบาล. 2561; 32(2): 65 – 74.

[14] OECD. Caregiving in ageing societies: Policy challenges. Paris: OECD Publishing. 2021.

[15] Oliver D, Healey F, and Haines T. Preventing falls and fall - related injuries in hospitals. Clinics in Geriatric Medicine. 2010; 26(4): 645 - 92.

[16] Rajabi R, Forozy M, Fooladvandi M, and Eslami H. Effectiveness of the Family - Centered Empowerment Model on informal caregivers of individuals with chronic diseases. Journal of Clinical Nursing. 2025; 34(5-6): 789 - 98.

[17] Twigg DE, and McCullough K. Occupational identity and work - based experiences of nurses. Journal of Advanced Nursing. 2014; 70(12): 2801 – 812.

[18] Zhang N, Bai Y, Tao A, Zhao Y, and Chan HYL. Effects of psychoeducational interventions on caregiver burden among family caregivers of older adults: a meta - analysis. The Journals of Gerontology: Series B, Psychological Sciences and Social Sciences. 2019; 74(6): 953 – 61.

[19] National Alliance for Caregiving. Caregiving in the U.S. 2020. Bethesda, MD: NAC & AARP Public Policy Institute. 2020.

[20] World Health Organization. World report on ageing and health. Geneva: WHO. 2021.

ปัจจัยแรงจูงใจที่ทำให้แพทย์และพยาบาลยังคงปฏิบัติงานในระบบสาธารณสุข : กรณีศึกษาโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชน สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช

Motivational Factors for Physicians and Nurses Retention in Public Healthcare System: A Case Study of Tertiary Care Hospital General Hospitals and Community Hospitals under Nakhon Si Thammarat Provincial Health Office

รัติกร สวนดอก [1*]

Ruttikorn Suandork [1*]

[1] กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล ภารกิจด้านบริหารจัดการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช อำเภอเมืองนครศรีธรรมราช จังหวัดนครศรีธรรมราช 80000

[1] Human Resource Management Division - Administrative Functions, Nakhonsithammarat Provincial Public Health Office, Muang District, Nakhonsithammarat Province. 80000

[*] Corresponding Author: รัติกร สวนดอก E-mail: aeme_cu@hotmail.com

Received : 16 September 2025 Revised : 22 January 2026 Accepted : 26 January 2026

บทคัดย่อ

ปัญหาการขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์เป็นปัญหาเร่งด่วนของระบบสาธารณสุขไทย โดยจังหวัดนครศรีธรรมราชมีอัตราการลาออกร้อยละ 6.7 ต่อปี ซึ่งสูงกว่าค่าเฉลี่ยประเทศ การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับปัจจัยแรงจูงใจภายใน และภายนอก ความผูกพันต่อองค์กร และความตั้งใจในการปฏิบัติงานต่อ เปรียบเทียบตามลักษณะส่วนบุคคล และวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความตั้งใจในการปฏิบัติงานต่อ ใช้การวิจัยเชิงปริมาณแบบภาคตัดขวางกับกลุ่มตัวอย่าง 164 คน ประกอบด้วยแพทย์ และพยาบาลจากโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา สถิติไม่อิงพารามิเตอร์ และการถดถอยพหุคูณ ผลการศึกษาพบว่าบุคลากรมีปัจจัยแรงจูงใจภายในระดับสูง ($\bar{x}$ = 4.10) โดยความรู้สึกมีคุณค่าและความภาคภูมิใจสูงสุด ($\bar{x}$ = 4.54) แต่ความเป็นอิสระและการมีส่วนร่วมต่ำสุด ($\bar{x}$ = 3.81) ปัจจัยแรงจูงใจภายนอกระดับปานกลาง-สูง ($\bar{x}$ = 3.48) โดยความสัมพันธ์และทีมงานสูงสุด ($\bar{x}$ = 3.94) แต่เงินเดือนและสวัสดิการต่ำสุด ($\bar{x}$ = 3.06) ความผูกพันต่อองค์กรระดับปานกลาง - สูง ($\bar{x}$ = 3.70) และความตั้งใจในการปฏิบัติงานต่อระดับปานกลาง ($\bar{x}$ = 3.43) อายุมีผลต่อปัจจัยแรงจูงใจภายใน โดยกลุ่ม 31 - 35 ปีต่ำสุด ประสบการณ์ทำงานมีผลต่อปัจจัยแรงจูงใจภายในและความผูกพันต่อองค์กร โดยกลุ่ม 5 - 10 ปีต่ำสุด สถานภาพสมรส กลุ่มหย่าร้าง/แยกทางมีผลต่อปัจจัยแรงจูงใจภายในและความผูกพันต่อองค์กรต่ำสุด การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณพบว่าปัจจัยแรงจูงใจภายนอกมีอิทธิพลสูงสุด (β = 0.513) รองลงมาคือปัจจัยแรงจูงใจภายใน (β = 0.280) การศึกษานี้สรุปว่า การพัฒนาปัจจัยแรงจูงใจภายนอกมีความสำคัญสูงสุดต่อการรักษาบุคลากร โดยควรให้ความสำคัญเฉพาะกับกลุ่มเสี่ยง

คำสำคัญ: การคงอยู่ของบุคลากร ความตั้งใจในการปฏิบัติงาน ความผูกพันในองค์กร บุคลากรทางการแพทย์ แรงจูงใจ

Abstract

Medical personnel shortage is a critical challenge in Thailand's public health system, with Nakhon Si Thammarat province experiencing a 6.7% annual turnover rate exceeding the national average. This study examined intrinsic motivation, extrinsic motivation, organizational commitment, and retention intention levels among physicians and nurses; compared these factors across demographics; and analyzed factors influencing retention intention. A cross-sectional study was conducted with 164 participants from tertiary care, general, and community hospitals under Nakhon Si Thammarat Provincial Health Office. Data were collected using reliable questionnaires and analyzed using descriptive statistics, non-parametric tests, and multiple regression. Results showed high intrinsic motivation ($\bar{x}$ = 4.10) with sense of value and pride highest ($\bar{x}$ = 4.54) but autonomy and participation lowest ($\bar{x}$ = 3.81). Extrinsic motivation was moderate-to-high ($\bar{x}$ = 3.48) with relationships and teamwork highest ($\bar{x}$ = 3.94) but salary and benefits lowest ($\bar{x}$ = 3.06). Organizational commitment was moderate – to - high ($\bar{x}$ = 3.70) while retention intention was moderate ($\bar{x}$ = 3.43). Age significantly affected intrinsic motivation with ages 31 - 35 lowest. Work experience significantly influenced intrinsic motivation and commitment with 5 - 10 years lowest and 16 - 20 years highest. Marital status significantly affected intrinsic motivation and commitmentwith divorced/separated individuals lowest. Multiple regression revealed extrinsic motivation had strongest influence (β = 0.513) followed by intrinsic motivation (β = 0.280), explaining 54.9% of variance. This study concludes that enhancing extrinsic motivating factors is crucial for personnel retention, with special attention needed for at-risk groups.

Keywords : Staff Retention, Intention to Stay, Organizational Commitment, Medical Personnel, Motivation

บทนำ

ระบบสาธารณสุขเป็นรากฐานสำคัญของการพัฒนาประเทศและคุณภาพชีวิตของประชาชน โดยบุคลากรทางการแพทย์ ได้แก่ แพทย์และพยาบาล ถือเป็นทรัพยากรหลักที่ขับเคลื่อนระบบสาธารณสุขให้สามารถให้บริการที่มีคุณภาพแก่ประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ องค์การอนามัยโลกได้เน้นย้ำว่าบุคลากรสาธารณสุขเป็น "หัวใจของระบบสุขภาพ" ที่มีบทบาทสำคัญต่อการบรรลุเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน โดยเฉพาะเป้าหมายที่ 3 เรื่องการสร้างหลักประกันสุขภาพและส่งเสริมความเป็นอยู่ที่ดีของคนทุกเพศทุกวัย [1] ประเทศไทยในฐานะประเทศกำลังพัฒนาที่มีระบบสาธารณสุขที่ได้รับการยอมรับในระดับสากล กำลังเผชิญกับความท้าทายสำคัญด้านการขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์ ข้อมูลจากสำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือนรายงานในปี พ.ศ. 2566 ว่าประเทศไทยมีอัตราส่วนแพทย์ต่อประชากร 1 : 1,543 คน ซึ่งยังไม่เพียงพอตามมาตรฐานขององค์การอนามัยโลกที่กำหนดไว้ที่ 1 : 1,000 คน สำหรับพยาบาลมีอัตราส่วน 1 : 309 คน ซึ่งแม้จะใกล้เคียงมาตรฐานสากลแล้ว แต่ยังมีปัญหาการกระจายที่ไม่เท่าเทียมระหว่างเขตเมืองและชนบท [2]

ปัญหาการขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์เกิดจากสาเหตุที่ซับซ้อน มีสาเหตุหลักมาจากอัตราการลาออกที่สูง (Turnover) ของบุคลากรที่มีอยู่เดิมและการผลิตบุคลากรใหม่ที่ไม่เพียงพอต่อความต้องการที่เพิ่มขึ้น โดยอัตราการลาออกของบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลอยู่ที่ร้อยละ 20.7 และพยาบาลวิชาชีพ

มีอัตราการลาออกที่ร้อยละ 18.4 [3] ข้อมูลจากกระทรวงสาธารณสุขระหว่างปี พ.ศ. 2563 - 2565 พบว่า มีบุคลากรทางการแพทย์ลาออกจากระบบสาธารณสุขเฉลี่ยปีละ 3,200 คน ประกอบด้วย แพทย์ 892 คน และพยาบาล 2,308 คน โดยสาเหตุหลักของการลาออก ได้แก่ การย้ายไปทำงานในภาคเอกชน ร้อยละ 42.0 การศึกษาต่อ ร้อยละ 23.0 การดูแลครอบครัว ร้อยละ 18.0 และปัญหาสุขภาพ ร้อยละ 17.0 [4] การสูญเสียบุคลากรทางการแพทย์ส่งผลกระทบอย่างรุนแรงต่อระบบสาธารณสุข ทั้งในด้านต้นทุนทางเศรษฐกิจและคุณภาพการบริการ การประมาณการของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติระบุว่าการฝึกอบรมแพทย์หนึ่งคนตั้งแต่เข้าศึกษาจนจบและพร้อมปฏิบัติงานมีค่าใช้จ่ายประมาณ 2.5 - 3.2 ล้านบาท ส่วนพยาบาลหนึ่งคนมีค่าใช้จ่ายประมาณ 0.8 - 1.2 ล้านบาท นอกจากนี้ การขาดแคลนบุคลากรยังส่งผลให้บุคลากรที่เหลืออยู่ต้องรับภาระงานมากขึ้น ซึ่งอาจนำไปสู่การลดคุณภาพการดูแลผู้ป่วยและการเกิดภาวะหมดไฟของบุคลากร [5] ดังนั้นองค์กรควรให้ความสำคัญต่อคนในองค์กร เพื่อให้คนอยู่กับองค์กรเป็นระยะเวลานาน มีปัจจัยจูงใจที่ยังคงทำงานให้กับองค์กรเป็นเวลานาน ซึ่งแสดงให้เห็นว่า คนเหล่านั้นมีความผูกพันต่อองค์กร มีความภาคภูมิใจในหน้าที่ การงาน ความศรัทธาในอาชีพ องค์กรจึงต้องรักษาให้บุคลากรคงอยู่กับองค์กร และพัฒนาให้มีความรู้ความสามารถและทักษะในการปฏิบัติงาน ซึ่งจะส่งผลทำให้อัตราการลาออก โยกย้ายงานลดลง ปัจจัยสำคัญประการหนึ่งที่ผลักดันให้บุคลากรทำงาน หรือทำงานบางอย่างได้สำเร็จได้นั้นเริ่มมาจากแรงจูงใจ (Motivation) [6] ทฤษฎีแรงจูงใจที่เกี่ยวข้องในการปฏิบัติงาน เช่น ทฤษฎีสองปัจจัยของ เฮิร์ซเบิร์ก (Two Factor Theory) ที่แบ่งปัจจัยแรงจูงใจเป็น 2 กลุ่ม คือ ปัจจัยจูงใจ (Motivators) ซึ่งเป็นปัจจัยภายในที่สร้างความพึงพอใจ เช่น ความสำเร็จในงาน การได้รับการยอมรับ และปัจจัยค้ำจุน (Hygiene Factors) ซึ่งเป็นปัจจัยภายนอกที่ป้องกันความไม่พอใจ เช่น เงินเดือน สวัสดิการ สภาพแวดล้อมการทำงาน [7] จากการศึกษาปัจจัยจูงใจในการทำงานของพยาบาลโรงพยาบาลเอกชนในเขตภาคเหนือตอนล่าง พบว่าปัจจัยด้านความรับผิดชอบต่องานที่ทำมีผลต่อแรงจูงใจในการทำงานมากที่สุด ส่วนปัจจัยด้านความสำเร็จของงานมีผลต่อแรงจูงใจในการทำงานต่ำสุด ซึ่งปัจจัยจูงใจด้านความรับผิดชอบ หมายถึง เมื่อท่านจะมาปฏิบัติงานหรือไม่มาปฏิบัติงานในส่วนที่ท่านรับผิดชอบ งานนั้นก็ยังสามารถดำเนินงานต่อไปได้ [8] การศึกษาในจังหวัดเชียงใหม่ พบว่าความเครียดจากภาระงานและความไม่พอใจในค่าตอบแทนเป็นปัจจัยหลักที่ทำให้พยาบาลคิดลาออก [9] ขณะที่การศึกษาในจังหวัดขอนแก่น พบว่าบุคลากรสาธารณสุขมีปัจจัยแรงจูงใจภายในสูงแต่ปัจจัยแรงจูงใจภายนอกอยู่ในระดับปานกลาง [10] ปัญหาการขาดแคลนแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดสงขลา พบว่า ปัจจัยด้านความก้าวหน้าในอาชีพและสภาพแวดล้อมการทำงานมีความสำคัญ [11] อย่างไรก็ตามการศึกษาที่ครอบคลุมทั้งแพทย์และพยาบาลในบริบทเดียวกันยังมีน้อย และยังไม่มีการศึกษาเจาะลึกปัจจัยแรงจูงใจในระดับจังหวัดที่สามารถนำไปสู่การพัฒนานโยบายการรักษาบุคลากรที่เฉพาะเจาะจงและมีประสิทธิภาพ ซึ่งจังหวัดนครศรีธรรมราชเป็นจังหวัดหนึ่งที่ประสบปัญหาการขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์อย่างเป็นรูปธรรม ข้อมูลจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช ณ เดือนมิถุนายน พ.ศ. 2568 แสดงให้เห็นว่าระหว่างปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 - 2568 มีบุคลากรทางการแพทย์ลาออกจำนวน 84 คน ประกอบด้วย แพทย์ 20 คน และพยาบาล 64 คน คิดเป็นอัตราการลาออกร้อยละ 6.7 ต่อปี ซึ่งสูงกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศที่ร้อยละ 4.2 โดยสาเหตุหลักของการลาออก ได้แก่ ปัญหาสุขภาพของตนเองและครอบครัว (ร้อยละ 35.0) การลาศึกษาต่อ (ร้อยละ 28.0) การประกอบอาชีพอื่น (ร้อยละ 25.0) และการดูแลบุพการี (ร้อยละ 12.0) การวิจัยนี้จึงมีความจำเป็นเพื่อเติมเต็มช่องว่างทางวิชาการและให้ข้อมูลสำหรับการกำหนดนโยบายการบริหารทรัพยากรบุคคลในระบบสาธารณสุข

วัตถุประสงค์

1) เพื่อศึกษาระดับปัจจัยแรงจูงใจภายใน ปัจจัยแรงจูงใจภายนอก ความผูกพันต่อองค์กร และความตั้งใจในการปฏิบัติงานต่อของแพทย์และพยาบาลในระบบสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช

2) เพื่อเปรียบเทียบปัจจัยแรงจูงใจภายใน ปัจจัยแรงจูงใจภายนอก และความผูกพันต่อองค์กรตามลักษณะส่วนบุคคลของแพทย์และพยาบาล

3) เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความตั้งใจในการปฏิบัติงานต่อของแพทย์และพยาบาลในระบบสาธารณสุข

วิธีดำเนินการวิจัย

1. รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปริมาณแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Study) โดยมีสมมติฐานการวิจัย ดังนี้ ปัจจัยแรงจูงใจภายใน และปัจจัยแรงจูงใจภายนอกมีอิทธิพลเชิงบวกต่อความตั้งใจในการปฏิบัติงานของแพทย์และพยาบาล และลักษณะส่วนบุคคลมีความสัมพันธ์กับปัจจัยแรงจูงใจ และความผูกพันต่อองค์กร

2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

แพทย์และพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช ประกอบด้วย โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช (โรงพยาบาลศูนย์) โรงพยาบาลทุ่งสง โรงพยาบาลสิชล โรงพยาบาลท่าศาลา (โรงพยาบาลทั่วไป) และโรงพยาบาลชุมชนทั้ง 19 แห่งในจังหวัดนครศรีธรรมราช ตามข้อมูลจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช ณ เดือนมิถุนายน พ.ศ. 2568 มีบุคลากรทางการแพทย์ทั้งหมด 1,247 คน ประกอบด้วย แพทย์ 298 คน และพยาบาลวิชาชีพ 949 คน

กลุ่มตัวอย่าง

ใช้วิธีการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างใช้สูตรของ Taro Yamane [12] ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 303 คน และเพิ่มเป็น 330 คน เพื่อป้องกันการตอบกลับที่ไม่สมบูรณ์

สูตร: $n = N / (1 + Ne^2)$

โดยที่ : n = ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

N = ขนาดประชากร (1,247 คน)

e = ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ (0.05)

การสุ่มตัวอย่างใช้วิธีการสุ่มแบบแบ่งชั้นภูมิตามสัดส่วน (Proportional Stratified Random Sampling) โดยแบ่งชั้นภูมิตามประเภทโรงพยาบาลและประเภทบุคลากรดังนี้

ตารางที่ 1 แสดงการสุ่มตัวอย่างแบ่งชั้นภูมิตามสัดส่วน

ประเภทโรงพยาบาล	ประชากร		กลุ่มตัวอย่าง (n=330)		
	แพทย์	พยาบาล	แพทย์	พยาบาล	รวม
โรงพยาบาลศูนย์	120	380	32	100	132
โรงพยาบาลทั่วไป	98	270	26	71	97
โรงพยาบาลชุมชน	80	299	21	80	101
รวม	298	949	79	251	330

เกณฑ์การคัดเข้า

1) เป็นแพทย์และพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช

2) มีประสบการณ์การทำงานในระบบสาธารณสุขมากกว่า 5 ปี

3) ปัจจุบันยังคงปฏิบัติงานในตำแหน่งเดิม

4) สมัครใจเข้าร่วมการวิจัยและสามารถสื่อสารภาษาไทยได้ดี

เกณฑ์การคัดออก

1) อยู่ระหว่างการลาป่วยระยะยาว (ลามากกว่า3 เดือน : อ้างอิงจากเกณฑ์การพิจารณาการเลื่อนขั้นเงินเดือน)

2) อยู่ระหว่างการขอย้ายหน่วยงาน

3) มีแผนลาออกจากงานในอนาคตอันใกล้ (ภายใน 1 ปี)

ผู้วิจัยเก็บข้อมูลจากบุคลากรทั้งหมดที่มีคุณสมบัติเข้าร่วมการวิจัย ติดตามการส่งข้อมูลกลับแบบสอบถามที่แจกจำนวน 330 ชุด ได้รับคืนจำนวน 172 ชุด (คิดเป็นร้อยละ 52.1) และทำการตรวจสอบความสมบูรณ์ของคำตอบในแบบสอบถาม พบว่าแบบสอบถามที่มีความสมบูรณ์ จำนวน 164 ชุด คิดเป็นอัตราการตอบกลับร้อยละ 49.6 ประกอบด้วยแพทย์ 31 คน (ร้อยละ 18.9) และพยาบาลวิชาชีพ 133 คน (ร้อยละ 81.1) ซึ่งแม้จะต่ำกว่าเป้าหมายที่กำหนดไว้ แต่ยังคงมีขนาดเพียงพอสำหรับการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติที่เหมาะสมสำหรับการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ

3. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและการปรับปรุงจากเครื่องมือที่มีอยู่ แบ่งออกเป็น 4 ส่วนหลัก ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ประกอบด้วยคำถาม 15 ข้อ เกี่ยวกับข้อมูลประชากรศาสตร์ ข้อมูลการทำงาน และข้อมูลทัศนคติต่อการทำงาน

ส่วนที่ 2 ปัจจัยแรงจูงใจภายใน ประกอบด้วยคำถาม 16 ข้อ แบ่งเป็น 4 มิติหลัก คือ (1) ความรู้สึกมีคุณค่าและความภาคภูมิใจ (2) ความสนุกสนานและความพึงพอใจในงาน (3) การเติบโตและการพัฒนาตนเอง และ (4) ความเป็นอิสระและการมีส่วนร่วม เครื่องมือวัดปรับปรุงจาก Work Motivation Scale ของ Gagné และคณะ [13]

ส่วนที่ 3 ปัจจัยแรงจูงใจภายนอก ประกอบด้วยคำถาม 24 ข้อ แบ่งเป็น 6 มิติหลัก คือ (1) เงินเดือนและสวัสดิการ (2) ความมั่นคงและความก้าวหน้า (3) การยอมรับและการสนับสนุน (4) ความสัมพันธ์และทีมงาน (5) ภาระงานและคุณภาพชีวิต และ (6) สภาพแวดล้อมและสิ่งอำนวยความสะดวก เครื่องมือวัดปรับปรุงจากทฤษฎีแรงจูงใจสองปัจจัยของ Herzberg [7]

ส่วนที่ 4 ความผูกพันต่อองค์กรและความตั้งใจในการปฏิบัติงานต่อ ประกอบด้วยคำถาม 10 ข้อ แบ่งเป็น 2 มิติหลัก คือ (1) ความผูกพันต่อองค์กร และ (2) ความตั้งใจในการปฏิบัติงานต่อ เครื่องมือวัดปรับปรุงจาก Organizational Commitment Scale ของ Allen และ Meyer [14]

การวัดผลใช้มาตรวัด Likert Scale [15] 5 ระดับ ตั้งแต่ 1 = ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง/น้อยที่สุด ถึง 5 = เห็นด้วยอย่างยิ่ง/มากที่สุด

เกณฑ์การแปลผลคะแนนเฉลี่ย

ค่าเฉลี่ย 1.00-1.80 หมายถึง ระดับต่ำมาก/ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
ค่าเฉลี่ย 1.81-2.60 หมายถึง ระดับต่ำ/ไม่เห็นด้วย
ค่าเฉลี่ย 2.61-3.40 หมายถึง ระดับปานกลาง/ไม่แน่ใจ
ค่าเฉลี่ย 3.41-4.20 หมายถึง ระดับสูง/เห็นด้วย
ค่าเฉลี่ย 4.21-5.00 หมายถึง ระดับสูงมาก/เห็นด้วยอย่างยิ่ง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ใช้ดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item - Objective Congruence: IOC) โดยผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน ประกอบด้วย ประกอบด้วย อาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการบริหารทรัพยากรมนุษย์ 1 ท่าน อาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัยเชิงปริมาณและสถิติ 1 ท่าน ผู้บริหารระดับสูงในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 1 ท่าน ผู้เชี่ยวชาญด้านการบริหารทรัพยากรมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 1 ท่านและแพทย์หรือพยาบาลที่มีประสบการณ์มากกว่า 15 ปี 1 ท่าน พบว่าข้อคำถามทั้งหมดมีค่า IOC ระหว่าง 0.6 - 1.0 แสดงว่ามีความตรงเชิงเนื้อหาในระดับที่ยอมรับได้

การทดสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try - out) กับบุคลากรที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ในโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพัทลุง จากนั้นวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาก (Cronbach's Alpha Coefficient) พบว่าตัวแปรทั้งหมดมีค่าระหว่าง 0.804 - 0.951 ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์มาตรฐานที่ 0.70 โดยปัจจัยแรงจูงใจภายในมีค่า α = 0.944 ปัจจัยแรงจูงใจภายนอกมีค่า α = 0.951 ความผูกพันต่อองค์กรมีค่า α = 0.847 และความตั้งใจในการปฏิบัติงานต่อมีค่า α = 0.874

4. การรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลดำเนินการในช่วงเดือนสิงหาคม - กันยายน พ.ศ. 2568 เป็นระยะเวลา 2 เดือน โดยได้รับอนุญาตจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราชและทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลทุกแห่งในจังหวัดนครศรีธรรมราช และติดต่อขอความร่วมมือจากกลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคลของแต่ละโรงพยาบาล ประสานกลุ่มตัวอย่างในการแจกแบบสอบถามผ่านทาง Google Form และผู้วิจัยติดตามการส่งข้อมูลกลับ แบบสอบถามที่แจกจำนวน 330 ชุด ได้รับคืนจำนวน 172 ชุด (คิดเป็นร้อยละ 52.1) และทำการตรวจสอบความสมบูรณ์ของคำตอบในแบบสอบถาม พบว่าแบบสอบถามที่มีความสมบูรณ์ จำนวน 164 ชุด (คิดเป็นร้อยละ 49.6) และจัดหมวดหมู่ของข้อมูลในแบบสอบถาม เพื่อนำข้อมูลมาวิเคราะห์ทางสถิติตามขั้นตอนต่อไป

5. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม IBM SPSS Statistics version 29.0 โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) สำหรับข้อมูลทั่วไป การทดสอบความเป็นปกติของข้อมูลด้วย Kolmogorov - Smirnov Test และ Shapiro - Wilk Test พบว่าข้อมูลไม่มีการกระจายแบบปกติ (p-value < 0.05) จึงใช้สถิติไม่อิงพารามิเตอร์ สถิติทดสอบ Mann - Whitney U test สำหรับเปรียบเทียบความแตกต่างของปัจจัยแรงจูงใจและความผูกพันฯ ตามตัวแปรที่มี 2 กลุ่ม (เช่น เพศ ประเภทบุคลากร) สถิติทดสอบ Kruskal - Wallis test สำหรับเปรียบเทียบความแตกต่างของปัจจัยแรงจูงใจภายใน ภายนอก และความผูกพันต่อองค์กร ตามตัวแปรที่มีมากกว่า 2 กลุ่ม (เช่น อายุ ประสบการณ์ สถานภาพสมรส) สถิติสหสัมพันธ์ Spearman's Rank Correlation สำหรับศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis) ใช้วิธี Stepwise Method เพื่อคัดเลือกตัวแปรที่มีนัยสำคัญทางสถิติเข้าสู่สมการพยากรณ์ สำหรับวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความตั้งใจในการปฏิบัติงานใช้ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ p-value < 0.05

ผลการศึกษา

1. ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

จากการเก็บข้อมูลได้กลุ่มตัวอย่างที่สมบูรณ์จำนวน 164 คน

ตารางที่ 2 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n = 164)

ตัวแปร	จำนวน (ร้อยละ)		
	แพทย์ (n = 31)	พยาบาล (n = 133)	รวม (n = 164)
เพศ			
ชาย	10 (32.3)	21 (15.8)	31 (18.9)
หญิง	21 (67.7)	112 (84.2)	133 (81.1)
อายุ			
20-40 ปี	25 (80.6)	68 (51.1)	93 (56.7)
41-50 ปี	4 (12.9)	36 (27.1)	40 (24.4)
มากกว่า 50 ปี	2 (6.5)	29 (21.8)	31 (18.9)
สถานภาพสมรส			
สมรส	14 (45.2)	77 (57.9)	91 (55.5)
โสด	17 (54.8)	47 (35.3)	64 (39.0)
อื่นๆ	0 (0.0)	9 (6.8)	9 (5.5)
รายได้ต่อเดือน			
น้อยกว่า 50,000 บาท	4 (12.9)	88 (66.2)	92 (56.1)
50,001-70,000 บาท	6 (19.4)	43 (32.3)	49 (29.9)
มากกว่า 70,000 บาท	21 (67.7)	2 (1.5)	23 (14.0)
ภูมิลำเนา			
จังหวัดนครศรีธรรมราช	23 (74.2)	120 (90.2)	143 (87.2)
อื่นๆ	8 (25.8)	13 (9.8)	21 (12.8)
ประเภทโรงพยาบาล			
โรงพยาบาลชุมชน	22 (71.0)	103 (77.4)	125 (76.2)
โรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป	9 (29.0)	30 (22.6)	39 (23.8)
สถานะการจ้างงาน			
ข้าราชการ	30 (96.8)	119 (89.5)	149 (90.9)
พนักงาน/ลูกจ้าง	1 (3.2)	14 (10.5)	15 (9.1)
ประสบการณ์การทำงาน			
น้อยกว่า 15 ปี	25 (80.6)	61 (45.9)	86 (52.4)
15 ปีขึ้นไป	6 (19.4)	72 (54.1)	78 (47.6)

ตัวแปร	จำนวน (ร้อยละ)		
	แพทย์ (n = 31)	พยาบาล (n = 133)	รวม (n = 164)
ข้อมูลทัศนคติต่อการทำงาน			
การคิดลาออกจากงาน			
ไม่เคยคิด	7 (22.6)	42 (31.6)	49 (29.9)
เคยคิด แต่ไม่จริงจัง	18 (58.1)	48 (36.1)	66 (40.2)
เคยคิดจริงจัง/กำลังคิด	6 (19.3)	43 (32.3)	49 (29.9)
แผนอนาคตข้างหน้า			
คงอยู่ในระบบ	22 (71.0)	96 (72.2)	118 (72.0)
ยังไม่แน่ใจ	8 (25.8)	33 (24.8)	41 (25.0)
ออกจากระบบ	1 (3.2)	4 (3.0)	5 (3.0)

จากการวิเคราะห์ข้อมูลลักษณะทั่วไป พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามประกอบด้วยแพทย์ 31 คน (ร้อยละ 18.9) และพยาบาล 133 คน (ร้อยละ 81.1) ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง โดยแพทย์มีสัดส่วนเพศชายสูงกว่าพยาบาล ด้านอายุ ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 20 - 40 ปี (ร้อยละ 56.7) โดยแพทย์ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 20 - 40 ปี (ร้อยละ 80.6) ขณะที่พยาบาลมีการกระจายอายุที่กว้างกว่า ด้านสถานภาพสมรส ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส (ร้อยละ 55.5) และเป็นคนท้องถิ่นจังหวัดนครศรีธรรมราช (ร้อยละ 87.2)

ด้านรายได้ต่อเดือน พบความแตกต่างที่ชัดเจนระหว่างแพทย์และพยาบาล โดยแพทย์ส่วนใหญ่มีรายได้มากกว่า 70,000 บาท (ร้อยละ 67.7) ขณะที่พยาบาลส่วนใหญ่มีรายได้น้อยกว่า 50,000 บาท (ร้อยละ 66.2) ด้านการทำงาน ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน (ร้อยละ 76.2) เป็นข้าราชการ (ร้อยละ 90.9) โดยแพทย์ส่วนใหญ่มีประสบการณ์น้อยกว่า 15 ปี (ร้อยละ 80.6)

ด้านทัศนคติต่อการทำงาน พบว่าผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เคยมีความคิดเกี่ยวกับการลาออกจากงาน โดยเพียงร้อยละ 29.9 ที่ไม่เคยคิดลาออกเลย ขณะที่ร้อยละ 40.2 เคยคิดแต่ไม่จริงจัง และร้อยละ 29.9 เคยคิดจริงจังหรือกำลังคิดอยู่ในปัจจุบัน อย่างไรก็ตาม ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่ยังมีแผนคงอยู่ในระบบสาธารณสุข โดยมีเพียงร้อยละ 3.0 เท่านั้นที่มีแผนออกจากระบบ

2. ปัจจัยแรงจูงใจภายใน

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยแรงจูงใจภายในของบุคลากรทางการแพทย์ (n = 164)

มิติ	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ
ความรู้สึกมีคุณค่าและความภาคภูมิใจ	4.54	0.51	สูงมาก
ความสนุกสนานและความพึงพอใจในงาน	4.04	0.62	สูง
การเติบโตและการพัฒนาตนเอง	4.02	0.64	สูง
ความเป็นอิสระและการมีส่วนร่วม	3.81	0.71	สูง
ค่าเฉลี่ยรวม	4.10	0.54	สูง

บุคลากรทางการแพทย์มีปัจจัยแรงจูงใจภายในในระดับสูง ($\bar{X}$ = 4.10, S.D. = 0.54) โดยมิติที่ได้คะแนนสูงสุดคือความรู้สึกมีคุณค่าและความภาคภูมิใจ ($\bar{X}$ = 4.54, S.D. = 0.51) รองลงมาคือความสนุกสนานและความพึงพอใจในงาน ($\bar{X}$ = 4.04, S.D. = 0.62) การเติบโตและการพัฒนาตนเอง ($\bar{X}$ = 4.02, S.D. = 0.64) และความเป็นอิสระและการมีส่วนร่วม ($\bar{X}$ = 3.81, SD = 0.71)

การที่บุคลากรมีความรู้สึกมีคุณค่าและความภาคภูมิใจสูงสุด สะท้อนถึงลักษณะเฉพาะของวิชาชีพทางการแพทย์ที่เป็นอาชีพช่วยเหลือผู้อื่นและได้รับการเคารพในสังคม โดยการยอมรับจากผู้อื่นได้คะแนนสูงสุด ($\bar{X}$ = 4.68) ตามด้วยความรู้สึกมีคุณค่าในการทำงาน ($\bar{X}$ = 4.60) และความภาคภูมิใจในอาชีพ ($\bar{X}$ = 4.57) อย่างไรก็ตาม ความเป็นอิสระและการมีส่วนร่วมได้คะแนนต่ำสุด โดยเฉพาะอำนาจในการปรับปรุงงานที่ได้คะแนนต่ำสุด ($\bar{X}$ = 3.73)

3. ปัจจัยแรงจูงใจภายนอก

ตารางที่ 4 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยแรงจูงใจภายนอกของบุคลากรทางการแพทย์ (n = 164)

มิติ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
ความสัมพันธ์และทีมงาน	3.94	0.67	สูง
การยอมรับและการสนับสนุน	3.81	0.58	สูง
ความมั่นคงและความก้าวหน้า	3.61	0.69	สูง
สภาพแวดล้อมและสิ่งอำนวยความสะดวก	3.32	0.84	ปานกลาง
ภาระงานและคุณภาพชีวิต	3.16	0.93	ปานกลาง
เงินเดือนและสวัสดิการ	3.06	0.90	ปานกลาง
ค่าเฉลี่ยรวม	3.48	0.62	สูง

บุคลากรทางการแพทย์มีปัจจัยแรงจูงใจภายนอกในระดับสูง ($\bar{X}$ = 3.48, S.D. = 0.62) โดยมิติที่ได้คะแนนสูงสุดคือความสัมพันธ์และทีมงาน ($\bar{X}$ = 3.94, S.D. = 0.67) ตามด้วยการยอมรับและการสนับสนุน ($\bar{X}$ = 3.81, S.D. = 0.58) ความมั่นคงและความก้าวหน้า ($\bar{X}$ = 3.61, S.D. = 0.69) สภาพแวดล้อมและสิ่งอำนวยความสะดวก ($\bar{X}$ = 3.32, S.D. = 0.84) ภาระงานและคุณภาพชีวิต ($\bar{X}$ = 3.16, S.D. = 0.93) และเงินเดือนและสวัสดิการ ($\bar{X}$ = 3.06, S.D. = 0.90)

ปัจจัยด้านเงินเดือนและสวัสดิการได้คะแนนเฉลี่ยต่ำสุด รองลงมาคือปัจจัยด้านภาระงานและคุณภาพ ซึ่งสะท้อนถึงปัญหาสมดุลชีวิตการทำงานในทางตรงกันข้าม ความสัมพันธ์และทีมงานได้คะแนนเฉลี่ยสูง

4. ความผูกพันต่อองค์กรและความตั้งใจในการปฏิบัติงานต่อ

ตารางที่ 5 ผลการวิเคราะห์ความผูกพันต่อองค์กรและความตั้งใจในการปฏิบัติงานของบุคลากรทางการแพทย์ (n = 164)

มิติ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
ความผูกพันต่อองค์กร	3.70	0.68	สูง
ความตั้งใจในการปฏิบัติงานต่อ	3.43	0.75	สูง

บุคลากรทางการแพทย์มีความผูกพันต่อองค์กรในระดับสูง ($\bar{x}$ = 3.70, S.D. = 0.68) สำหรับความตั้งใจในการปฏิบัติงานต่อ บุคลากรมีความตั้งใจในการปฏิบัติงานต่อในระดับสูง ($\bar{x}$ = 3.43, S.D. = 0.75) ซึ่งค่าเฉลี่ยต่ำกว่าความผูกพันต่อองค์กร

5. การเปรียบเทียบปัจจัยแรงจูงใจภายใน ปัจจัยแรงจูงใจภายนอก และความผูกพันต่อองค์กรตามลักษณะส่วนบุคคล

การวิเคราะห์ Mann-Whitney U test แสดงให้เห็นว่าไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติของปัจจัยแรงจูงใจระหว่างบุคลากรทางการแพทย์เพศชายและเพศหญิงในทุกมิติ จากการพิจารณา Effect Size พบว่าทุกปัจจัยมีขนาดผลกระทบที่เล็กมาก (r = 0.00 - 0.08) ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์ที่ถือว่ามีความหมายในทางปฏิบัติ (r ≥ 0.10)

ตารางที่ 6 การเปรียบเทียบปัจจัยแรงจูงใจตามช่วงอายุด้วย Kruskal-Wallis Test

ช่วงอายุ	จำนวน (ร้อยละ)	ปัจจัยแรงจูงใจภายใน $\bar{x}$ (Mean Rank)	ปัจจัยแรงจูงใจภายนอก $\bar{x}$ (Mean Rank)	ความผูกพันและความตั้งใจ $\bar{x}$ (Mean Rank)
20 - 30 ปี	33 (20.1)	4.03 (71.09)	3.48 (79.27)	3.49 (71.92)
31 - 35 ปี	32 (19.5)	3.86 (66.03)	3.31 (67.53)	3.30 (66.34)
36 - 40 ปี	28 (17.1)	4.12 (84.16)	3.48 (79.54)	3.51 (73.71)
41 - 45 ปี	16 (9.8)	4.33 (103.38)	3.53 (85.31)	3.67 (87.25)
46 - 50 ปี	24 (14.6)	4.23 (94.52)	3.55 (87.31)	3.88 (99.75)
มากกว่า 50 ปี	31 (18.9)	4.20 (90.06)	3.60 (91.35)	3.67 (87.08)
Chi-Square		12.87	6.42	10.15
df		5	5	5
p-value		0.02*	0.26	0.07

หมายเหตุ: * = มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ *p*-value < 0.05

อายุมีผลต่อปัจจัยแรงจูงใจภายในอย่างมีนัยสำคัญ (x^2 = 12.87, df = 5, *p*-value < 0.05) โดยกลุ่มอายุ 31 - 35 ปีมีปัจจัยแรงจูงใจภายในต่ำที่สุด ($\bar{x}$ = 3.86 ± 0.73) และแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญจากกลุ่มอายุ 41 - 45 ปี ($\bar{x}$ = 4.33 ± 0.34, *p*-value < 0.05) และกลุ่มอายุ 46 - 50 ปี ($\bar{x}$ = 4.23 ± 0.48, *p*-value < 0.05)

ผลการวิเคราะห์ Kruskal-Wallis test แสดงให้เห็นว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติของปัจจัยแรงจูงใจภายในระหว่างช่วงอายุต่างๆ (x^2 = 12.874, df = 5, *p*-value < 0.05) ขณะที่ปัจจัยแรงจูงใจภายนอกและความผูกพันต่อองค์กรและความตั้งใจในการปฏิบัติงานไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ

จากการเปรียบเทียบรายคู่พบว่ากลุ่มอายุ 31 - 35 ปีมีปัจจัยแรงจูงใจภายในต่ำที่สุด ($\bar{x}$ = 3.86 ± 0.73) และแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญจากกลุ่มอายุ 41 - 45 ปี $\bar{x}$ = 4.33 ± 0.34, *p*-value < 0.05) และกลุ่มอายุ 46 - 50 ปี ($\bar{x}$ = 4.23 ± 0.48, *p*-value < 0.05) โดยมี Effect Size ในระดับปานกลาง (r = 0.33) และเล็ก - ปานกลาง (r = 0.27) ตามลำดับ กลุ่มอายุ 41 - 45 ปี มีปัจจัยแรงจูงใจภายในสูงสุดและมีความแปรปรวนต่ำ แสดงถึงความสม่ำเสมอของแรงจูงใจในกลุ่มนี้

กลุ่มอายุ 31 - 35 ปีเป็นกลุ่มที่มีแรงจูงใจภายในต่ำที่สุดและมีความแปรปรวนสูงสุด ซึ่งอาจส่งผลต่อการคงอยู่ในระบบสาธารณสุข ขณะที่กลุ่มอายุ 41 - 50 ปี มีแรงจูงใจที่สูงและคงตัว ซึ่งเป็นช่วงที่บุคลากรมีประสบการณ์และความมั่นคงในอาชีพ ผลการศึกษานี้ชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นในการพัฒนามาตรการเฉพาะสำหรับกลุ่มอายุ 31 - 35 ปี เพื่อเสริมสร้างปัจจัยแรงจูงใจภายในและป้องกันการสูญเสียบุคลากรในช่วงอายุนี้

ตารางที่ 7 การเปรียบเทียบปัจจัยแรงจูงใจตามประสบการณ์ทำงาน (Kruskal-Wallis Test)

ช่วงอายุ	จำนวน (ร้อยละ)	ปัจจัยแรงจูงใจภายใน $\bar{x}$ (Mean Rank)	ปัจจัยแรงจูงใจภายนอก $\bar{x}$ (Mean Rank)	ความผูกพันและความตั้งใจ $\bar{x}$ (Mean Rank)
5 - 10 ปี	53 (32.3)	3.90 (64.43)	3.32 (70.61)	3.32 (66.27)
11 - 15 ปี	33 (20.1)	4.10 (82.67)	3.51 (84.02)	3.55 (80.29)
16 - 20 ปี	15 (9.1)	4.39 (108.50)	3.75 (103.33)	3.78 (99.17)
21 - 25 ปี	18 (11.0)	4.26 (95.14)	3.46 (80.53)	3.78 (93.28)
มากกว่า 25 ปี	45 (27.4)	4.19 (89.93)	3.57 (89.23)	3.72 (93.37)
Chi-Square		14.56	7.18	11.43
df		4	4	4
p-value		0.01*	0.13	0.02*

หมายเหตุ: มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ *p*-value < 0.05

ผลการวิเคราะห์ Kruskal-Wallis test แสดงให้เห็นว่าประสบการณ์ทำงานมีผลต่อปัจจัยแรงจูงใจของบุคลากรทางการแพทย์อย่างมีนัยสำคัญในสองมิติ ได้แก่ ปัจจัยแรงจูงใจภายใน (x^2 = 14.56, df = 4, *p*-value < 0.05) และความผูกพันต่อองค์กรและความตั้งใจในการปฏิบัติงาน (x^2 = 11.43, df = 4, *p*-value < 0.05) ขณะที่ปัจจัยแรงจูงใจภายนอกไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ (x^2 = 7.18, df = 4, *p*-value < 0.05)

จากการพิจารณา Mean Rank กลุ่มประสบการณ์ 16 - 20 ปีมี Mean Rank สูงสุดในทุกมิติ (108.50, 103.33, และ 99.17 ตามลำดับ) ขณะที่กลุ่มประสบการณ์ 5 - 10 ปีมี Mean Rank ต่ำสุด (64.43, 70.61, และ 66.27 ตามลำดับ) การกระจายของคะแนนแสดงให้เห็นว่ากลุ่มประสบการณ์ 5 - 10 ปีมีความแปรปรวนสูงที่สุด (SD = 0.63 - 0.71) แสดงถึงความหลากหลายของแรงจูงใจภายในกลุ่ม

กลุ่มประสบการณ์ 16 - 20 ปีแสดงให้เห็นถึงจุดสูงสุดของแรงจูงใจในอาชีพ โดยมีปัจจัยแรงจูงใจภายในสูงสุด ($\bar{x}$ = 4.39) และความแปรปรวนต่ำ แสดงถึงความสม่ำเสมอของแรงจูงใจในกลุ่มนี้ ขณะที่กลุ่มที่มีประสบการณ์มากกว่า 20 ปีมีแนวโน้มที่คะแนนลดลงเล็กน้อย แต่ยังคงสูงกว่ากลุ่มประสบการณ์น้อย กลุ่มประสบการณ์ 5 - 10 ปีเป็นกลุ่มเสี่ยงที่ต้องการความสนใจเป็นพิเศษ เนื่องจากมีแรงจูงใจต่ำสุดในทุกมิติและมีความแปรปรวนสูง

ตารางที่ 8 การเปรียบเทียบปัจจัยแรงจูงใจตามสถานภาพสมรส (Kruskal-Wallis Test)

สถานภาพสมรส	จำนวน(ร้อยละ)	ปัจจัยแรงจูงใจภายใน $\bar{X}$ (Mean Rank)	ปัจจัยแรงจูงใจภายนอก $\bar{X}$ (Mean Rank)	ความผูกพันและความตั้งใจ $\bar{X}$ (Mean Rank)
สมรส	91 (55.5)	4.17 (89.35)	3.50 (84.76)	3.62 (88.15)
โสด	64 (39.0)	4.01 (72.16)	3.44 (77.86)	3.48 (74.41)
หม้าย	2 (1.2)	4.78 (146.75)	4.02 (131.25)	4.60 (155.00)
หย่าร้าง/แยกทาง	7 (4.3)	3.98 (69.71)	3.48 (81.57)	3.37 (62.29)
Chi-Square		9.11	2.93	9.11
df		3	3	3
p-value		0.02*	0.40	0.02*

หมายเหตุ: * = มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ *p*-value < 0.05

ผลการวิเคราะห์ Kruskal-Wallis test แสดงให้เห็นว่าสถานภาพสมรสมีผลต่อปัจจัยแรงจูงใจของบุคลากรทางการแพทย์อย่างมีนัยสำคัญในสองมิติ ได้แก่ ปัจจัยแรงจูงใจภายใน (x^2 = 9.110, df = 3, *p*-value = 0.02) และความผูกพันต่อองค์กรและความตั้งใจในการปฏิบัติงาน (x^2 = 9.111, df = 3, *p*-value = 0.02)

จากการพิจารณา Mean Rank พบรูปแบบที่น่าสนใจคือกลุ่มหม้ายมี Mean Rank สูงสุดในทุกมิติ (146.75, 131.25 และ 155.00 ตามลำดับ) แม้ว่าจะมีขนาดตัวอย่างเพียง 2 คน ขณะที่กลุ่มหย่าร้าง/แยกทางมี Mean Rank ต่ำสุดในปัจจัยแรงจูงใจภายในและความผูกพันต่อองค์กร (69.71 และ 62.29 ตามลำดับ) กลุ่มสมรสมี Mean Rank สูงกว่ากลุ่มโสดในทุกมิติ แสดงให้เห็นถึงแนวโน้มที่บุคลากรที่สมรสแล้วมีแรงจูงใจและความผูกพันสูงกว่าผู้ที่โสด การวิเคราะห์เพิ่มเติมด้วย Mann - Whitney U test ระหว่างกลุ่มสมรสและกลุ่มหม้ายพบว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญในด้านความผูกพันต่อองค์กรและความตั้งใจในการปฏิบัติงาน (U = 13.000, p = 0.038) โดยกลุ่มหม้ายมีความผูกพันสูงกว่าอย่างเห็นได้ชัด

ตารางที่ 9 การวิเคราะห์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยแรงจูงใจและความตั้งใจในการปฏิบัติงานต่อ (n = 164)

ตัวแปร	ปัจจัยแรงจูงใจภายใน	ปัจจัยแรงจูงใจภายนอก	ความผูกพันต่อองค์กร	ความตั้งใจปฏิบัติงานต่อ
ปัจจัยแรงจูงใจภายใน	1.00	0.71***	0.62***	0.66***
ปัจจัยแรงจูงใจภายนอก	0.72***	1.00	0.67***	0.72***
ความผูกพันต่อองค์กร	0.69***	0.72***	1.00	0.57***
ความตั้งใจในการปฏิบัติงานต่อ	0.65***	0.71***	0.62***	1.00

หมายเหตุ: ค่าเหนือเส้นทแยงมุมคือ Spearman's ρ; ค่าใต้เส้นทแยงมุมคือ Pearson's r; *** p < 0.001

ตารางที่ 10 การเปรียบเทียบสหสัมพันธ์ Pearson และ Spearman

คู่ตัวแปร	Pearson r	Spearman ρ	ความแตกต่าง	Effect Size
ปัจจัยแรงจูงใจภายใน × ปัจจัยแรงจูงใจภายนอก	0.72***	0.71***	-0.01	ใหญ่
ปัจจัยแรงจูงใจภายนอก × ความตั้งใจปฏิบัติงานต่อ	0.71***	0.72***	+0.01	ใหญ่
ปัจจัยแรงจูงใจภายนอก × ความผูกพันต่อองค์กร	0.72***	0.67***	-0.04	ใหญ่
ปัจจัยแรงจูงใจภายใน × ความผูกพันต่อองค์กร	0.69***	0.62***	-0.06	ใหญ่
ปัจจัยแรงจูงใจภายใน × ความตั้งใจปฏิบัติงานต่อ	0.65***	0.66***	+0.01	ใหญ่
ความผูกพันต่อองค์กร × ความตั้งใจปฏิบัติงานต่อ	0.62***	0.57***	-0.04	ใหญ่

หมายเหตุ: *** p-value < 0 .001; Effect Size: 0.10 - 0.29 เล็ก, 0.30 - 0.49 ปานกลาง, 0.50 - 0.69 ใหญ่, >0.70 ใหญ่มาก

ผลการวิเคราะห์สหสัมพันธ์แสดงให้เห็นว่าตัวแปรทั้งหมดมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในระดับสูงถึงสูงมาก ปัจจัยแรงจูงใจภายนอกมีความสัมพันธ์สูงสุดกับความตั้งใจในการปฏิบัติงานต่อ (ρ = 0.72, p-value < 0 .001) ตามด้วยปัจจัยแรงจูงใจภายใน (ρ =0 .66, p-value < 0 .001) และความผูกพันต่อองค์กร (ρ =0.57, p-value < 0 .001) ตามลำดับ

การเปรียบเทียบระหว่าง Pearson correlation และ Spearman correlation พบว่าผลลัพธ์มีความสอดคล้องกันสูง โดยมีความแตกต่างเพียง 0.01 - 0.06 ซึ่งแสดงว่าความสัมพันธ์มีลักษณะ Monotonic และแม้ข้อมูลจะไม่เป็นไปตามสมมติฐานการแจกแจงปกติ แต่ความสัมพันธ์ยังคงแข็งแกร่ง การใช้ Spearman correlation เหมาะสมกว่าเนื่องจากข้อมูลไม่เป็นไปตามการแจกแจงปกติและมี Outliers

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยแรงจูงใจภายในและภายนอกอยู่ในระดับสูงมาก (ρ = 0.71) ซึ่งใกล้เคียงเกณฑ์ที่อาจเกิด Multicollinearity (0.70) ดังนั้นในการวิเคราะห์การถดถอยจำเป็นต้องตรวจสอบปัญหานี้อย่างรอบคอบ ความสัมพันธ์ที่แข็งแกร่งระหว่างตัวแปรเหล่านี้สะท้อนให้เห็นถึงการเชื่อมโยงกันของปัจจัยแรงจูงใจในการสร้างเจตคติและพฤติกรรมของบุคลากรทางการแพทย์ โดยเฉพาะปัจจัยแรงจูงใจภายนอกที่มีบทบาทสำคัญที่สุดในการทำนายความตั้งใจในการปฏิบัติงานต่อ

การวิเคราะห์สหสัมพันธ์แสดงให้เห็นว่าตัวแปรทั้งหมดมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในระดับสูงถึงสูงมาก (p-value < 0.05) โดยปัจจัยแรงจูงใจภายนอกมีความสัมพันธ์สูงสุดกับความตั้งใจในการปฏิบัติงานต่อ (ρ = 0.72) ตามด้วยปัจจัยแรงจูงใจภายใน (ρ = 0.66) และความผูกพันต่อองค์กร (ρ = 0.57) ตามลำดับ

ผลการวิเคราะห์แสดงให้เห็นว่าทั้งสองปัจจัยล้วนมีผลกระทบเชิงบวกต่อความตั้งใจในการปฏิบัติงานต่อของบุคลากรทางการแพทย์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

อภิปราย

1. ระดับปัจจัยแรงจูงใจ ความผูกพันต่อองค์กร และความตั้งใจในการปฏิบัติงานต่อ

การศึกษาพบว่าบุคลากรทางการแพทย์มีปัจจัยแรงจูงใจภายในอยู่ในระดับสูง ($\bar{x}$ = 4.10) โดยมิติความรู้สึกมีคุณค่าและความภาคภูมิใจมีค่าสูงสุด ($\bar{x}$ = 4.54) ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของสมพงษ์ ศรีสมบัติและคณะ [10] ที่พบว่าบุคลากรสาธารณสุขในจังหวัดขอนแก่นมีปัจจัยแรงจูงใจภายในสูงเช่นกัน การที่บุคลากรมีความรู้สึกมีคุณค่าและความภาคภูมิใจสูงสะท้อนถึงลักษณะเฉพาะของวิชาชีพทางการแพทย์ที่เป็นอาชีพช่วยเหลือผู้อื่นและได้รับการยอมรับในสังคม ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีการกำหนดตนเอง (Self -

Determination Theory) ของ Deci และ Ryan [16] ที่อธิบายว่าความรู้สึกมีความสามารถ (Competence) และการได้รับการยอมรับ (Relatedness) เป็นความต้องการพื้นฐานทางจิตใจที่สร้างแรงจูงใจภายใน

อย่างไรก็ตาม มิติความเป็นอิสระและการมีส่วนร่วมมีค่าต่ำสุดในกลุ่มปัจจัยแรงจูงใจภายใน ($\bar{X}$ = 3.81) ซึ่งสะท้อนถึงข้อจำกัดของระบบราชการที่มีลักษณะการบริหารแบบรวมศูนย์และขาดการให้อำนาจในการตัดสินใจ (Empowerment) แก่บุคลากร ปัญหานี้สอดคล้องกับการศึกษาของดำรัสศิริ โลหะกาลก [8] ที่พบว่าปัจจัยด้านความรับผิดชอบต่องานมีผลต่อแรงจูงใจในการทำงานของพยาบาลมากที่สุด สำหรับปัจจัยแรงจูงใจภายนอกพบว่าอยู่ในระดับปานกลาง - สูง ($\bar{X}$ = 3.48) โดยมิติเงินเดือนและสวัสดิการมีค่าต่ำสุด ($\bar{X}$ = 3.06) ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของวัลลภ ปิ่นรัตนกรและคณะ [9] ที่พบว่าความไม่พอใจในค่าตอบแทนเป็นปัจจัยหลักที่ทำให้พยาบาลในจังหวัดเชียงใหม่คิดลาออก นอกจากนี้ ภาระงานและคุณภาพชีวิตที่อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 3.16) สะท้อนถึงปัญหาการขาดแคลนบุคลากรที่ทำให้ผู้ที่เหลือต้องรับภาระงานเพิ่มขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Maslach และ Leiter [17] ที่ระบุว่าภาระงานที่มากเกินไปเป็นสาเหตุสำคัญของภาวะหมดไฟในบุคลากรสาธารณสุข ในทางตรงกันข้าม มิติความสัมพันธ์และทีมงานมีค่าสูงสุด ($\bar{X}$ = 3.94) แสดงให้เห็นว่าบุคลากรมีความพึงพอใจในการทำงานร่วมกันและมีความสัมพันธ์ที่ดีกับเพื่อนร่วมงาน ซึ่งเป็นจุดแข็งสำคัญของระบบสาธารณสุขไทยที่สามารถใช้เป็นฐานในการพัฒนาปัจจัยอื่นๆ สอดคล้องกับทฤษฎีสองปัจจัยของ Herzberg [7] ที่ระบุว่าความสัมพันธ์ที่ดีในที่ทำงานเป็นปัจจัยค้ำจุนที่ช่วยป้องกันความไม่พอใจในงานความผูกพันต่อองค์กรอยู่ในระดับปานกลาง - สูง ($\bar{X}$ = 3.70) ขณะที่ความตั้งใจในการปฏิบัติงานต่ออยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 3.43) การที่ความตั้งใจในการปฏิบัติงานต่ำกว่าความผูกพันต่อองค์กรเป็นสัญญาณเตือนที่สำคัญ เพราะแสดงว่าแม้บุคลากรจะมีความผูกพันทางอารมณ์กับองค์กร แต่อาจมีปัจจัยอื่นที่ทำให้พวกเขาพิจารณาการลาออก ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Allen และ Meyer [14] ที่อธิบายว่าความผูกพันต่อองค์กรมีหลายมิติ และความผูกพันทางอารมณ์เพียงอย่างเดียวอาจไม่เพียงพอต่อการรักษาบุคลากร

2. การเปรียบเทียบปัจจัยแรงจูงใจและความผูกพันต่อองค์กรตามลักษณะส่วนบุคคล

2.1 ปัจจัยด้านอายุ

การศึกษาพบว่าอายุมีผลต่อปัจจัยแรงจูงใจภายในอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.05) โดยกลุ่มอายุ 31 - 35 ปี มีปัจจัยแรงจูงใจภายในต่ำที่สุด ($\bar{X}$= 3.86) และแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญจากกลุ่มอายุ 41 - 45 ปี ($\bar{X}$= 4.33) ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับทฤษฎีพัฒนาการทางอาชีพ (Career Development Theory) ของ Super [18] ที่อธิบายว่าช่วงอายุ 30 - 35 ปี เป็นช่วงที่บุคคลเริ่มตั้งคำถามกับตนเองเกี่ยวกับทิศทางอาชีพและอาจประสบวิกฤตกลางอาชีพ (Mid-career Crisis) การศึกษาของ Ng และ Feldman [19] ยืนยันว่าช่วงอายุ 30 - 35 ปี เป็นช่วงที่มีความเสี่ยงสูงในการเปลี่ยนงาน เนื่องจากเป็นช่วงที่บุคคลมีประสบการณ์เพียงพอที่จะมีโอกาสในตลาดแรงงาน แต่ยังมีพลังและเวลาเพียงพอที่จะเริ่มต้นอาชีพใหม่ ในบริบทของบุคลากรทางการแพทย์ไทย ช่วงนี้ยังตรงกับช่วงที่มีภาระครอบครัวเพิ่มขึ้นและต้องการความมั่นคงทางการเงินมากขึ้น ซึ่งอาจทำให้พิจารณาโอกาสในภาคเอกชนที่ให้ผลตอบแทนสูงกว่า

2.2 ปัจจัยด้านประสบการณ์ทำงาน

การศึกษาพบรูปแบบ Inverted U-shape ที่น่าสนใจ โดยกลุ่มประสบการณ์ 16 - 20 ปีมีปัจจัยแรงจูงใจภายในสูงสุด ($\bar{X}$ = 4.39) ขณะที่กลุ่มประสบการณ์ 5 - 10 ปี มีค่าต่ำสุด ($\bar{X}$ = 3.90) ผลการศึกษานี้เป็นข้อค้นพบใหม่ที่สำคัญในบริบทของบุคลากรสาธารณสุขไทย ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่ากลุ่มประสบการณ์ 5 - 10 ปี เป็นช่วงที่บุคลากรเริ่มรู้สึกเบื่อหน่ายกับงานประจำ (Routine) และยังไม่ได้รับการเลื่อนตำแหน่งหรือความก้าวหน้าที่ชัดเจน ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Liu และคณะ [20] ในประเทศจีน ที่พบว่า

บุคลากรสาธารณสุขที่มีประสบการณ์ 5 - 10 ปี มีความเสี่ยงสูงในการลาออก เนื่องจากเป็นช่วงที่มีความคาดหวังสูงแต่ยังไม่ได้รับการตอบสนองอย่างเพียงพอ ขณะที่กลุ่มประสบการณ์ 16 - 20 ปี เป็นช่วงที่บุคลากรมีความเชี่ยวชาญสูง ได้รับการยอมรับ และมักดำรงตำแหน่งที่สำคัญในองค์กร จึงมีแรงจูงใจสูง

2.3 ปัจจัยด้านสถานภาพสมรส

การศึกษาพบว่าสถานภาพสมรสมีผลต่อปัจจัยแรงจูงใจภายในและความผูกพันต่อองค์กรอย่างมีนัยสำคัญ (p-value < 0.05) โดยกลุ่มหย่าร้าง/แยกทางมีปัจจัยแรงจูงใจภายในและความผูกพันต่อองค์กรต่ำที่สุด ($\bar{x}$ = 3.98 และ 3.37 ตามลำดับ) ผลการศึกษานี้สะท้อนถึงผลกระทบของปัญหาครอบครัวต่อสุขภาพจิตและประสิทธิภาพการทำงาน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวศิน คัมภีระ [11] ที่พบว่าปัญหาครอบครัวเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนในทางตรงกันข้าม กลุ่มสมรสมีปัจจัยแรงจูงใจและความผูกพันสูงกว่ากลุ่มโสด ซึ่งอาจอธิบายได้ว่าการมีครอบครัวสร้างความจำเป็นในการมีงานที่มั่นคง และระบบราชการให้ความมั่นคงที่เหมาะสมกับผู้ที่มีภาระครอบครัว แม้ว่าค่าตอบแทนอาจไม่สูงมาก แต่มีสวัสดิการที่ครอบคลุมครอบครัว เช่น สิทธิการรักษาพยาบาล บำนาญ ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญสำหรับผู้ที่มีครอบครัว

2.4 ปัจจัยด้านเพศ

การศึกษาไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติของปัจจัยแรงจูงใจระหว่างเพศชายและเพศหญิง ผลการศึกษานี้แตกต่างจากการศึกษาในอดีตที่มักพบความแตกต่างระหว่างเพศในด้านแรงจูงใจการทำงาน อาจอธิบายได้ว่าในปัจจุบันมีความเท่าเทียมทางเพศในวิชาชีพทางการแพทย์มากขึ้น และทั้งสองเพศได้รับโอกาสและการปฏิบัติที่เท่าเทียมกันในระบบราชการ

3. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความตั้งใจในการปฏิบัติงานต่อ

การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณพบว่าปัจจัยแรงจูงใจภายนอกมีอิทธิพลต่อความตั้งใจในการปฏิบัติงานต่อสูงสุด (β = 0.51, p-value < 0.001) มากกว่าปัจจัยแรงจูงใจภายใน (β = 0.28, p-value < 0.001) การที่ปัจจัยแรงจูงใจภายนอก โดยเฉพาะเงินเดือนและสวัสดิการมีค่าต่ำ ($\bar{x}$ = 3.06) แสดงว่าความต้องการพื้นฐานยังไม่ได้รับการตอบสนองอย่างเพียงพอ จึงทำให้ปัจจัยภายนอกมีอิทธิพลสูงต่อการตัดสินใจคงอยู่หรือลาออก ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับข้อมูลจากกระทรวงสาธารณสุข [4] ที่พบว่าสาเหตุหลักของการลาออกคือการย้ายไปทำงานในภาคเอกชน (ร้อยละ 42.0) ซึ่งสะท้อนถึงการแสวงหาค่าตอบแทนและสภาพการทำงานที่ดีกว่าการวิเคราะห์สหสัมพันธ์พบว่าปัจจัยแรงจูงใจภายนอกมีความสัมพันธ์สูงสุดกับความตั้งใจในการปฏิบัติงานต่อ (ρ = 0.72, p-value < 0.001) ซึ่งยืนยันความสำคัญของปัจจัยภายนอกในบริบทปัจจุบัน โดยเฉพาะในสถานการณ์ที่มีการแข่งขันสูงจากภาคเอกชนที่เสนอค่าตอบแทนและสิทธิประโยชน์ที่ดีกว่า รวมถึงสภาพแวดล้อมการทำงานที่ทันสมัยและมีความยืดหยุ่นมากกว่า

การที่ทั้งสองปัจจัยสามารถอธิบายความแปรปรวนของความตั้งใจในการปฏิบัติงานต่อได้ถึงร้อยละ 54.9 แสดงว่าปัจจัยแรงจูงใจมีบทบาทสำคัญในการทำนายการคงอยู่ของบุคลากร อย่างไรก็ตาม ยังมีปัจจัยอื่นอีกร้อยละ 45.1 ที่อาจเกี่ยวข้อง เช่น ปัจจัยระดับมหภาค นโยบายภาครัฐ หรือสถานการณ์ตลาดแรงงาน ซึ่งควรศึกษาเพิ่มเติมในอนาคต

การศึกษานี้ยังพบว่าความผูกพันต่อองค์กร ($\bar{x}$ = 3.70) สูงกว่าความตั้งใจในการปฏิบัติงานต่อ ($\bar{x}$ = 3.43) ซึ่งเป็นสัญญาณเตือนที่สำคัญ แสดงว่าแม้บุคลากรจะมีความรักและผูกพันกับองค์กร แต่ปัจจัยภายนอกอื่นๆ โดยเฉพาะค่าตอบแทนและภาระงาน อาจผลักดันให้พวกเขาต้องพิจารณาทางเลือกอื่น นี่คือความท้าทายสำคัญของระบบสาธารณสุขไทยที่ต้องเร่งแก้ไขเพื่อรักษาบุคลากรที่มีคุณภาพไว้ในระบบ

ข้อจำกัดของการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้มีข้อจำกัดหลายประการที่ควรพิจารณา ข้อจำกัดด้านระเบียบวิธีวิจัยประกอบด้วย การศึกษาภาคตัดขวางที่ไม่สามารถอธิบายความสัมพันธ์เชิงสาเหตุได้ชัดเจน การใช้แบบสอบถามที่อาจมีอคติจากการรายงานตนเอง และการสุ่มตัวอย่างที่อาจมีอคติจากการไม่ตอบสนอง ข้อจำกัดด้านขอบเขตการศึกษาประกอบด้วย การศึกษาในพื้นที่เฉพาะที่อาจไม่สามารถนำไปใช้ทั่วไปได้ การเน้นเฉพาะแพทย์และพยาบาล ไม่ครอบคลุมบุคลากรสาธารณสุขประเภทอื่น และการไม่ได้ศึกษาผลกระทบของปัจจัยระดับมหภาค

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยต่อไป

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยต่อไปประกอบด้วย การศึกษาระยะยาว (Longitudinal Study) เพื่อติดตามการเปลี่ยนแปลงของปัจจัยแรงจูงใจ การวิจัยเชิงคุณภาพด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่ม การศึกษาเปรียบเทียบระหว่างจังหวัดที่มีลักษณะแตกต่างกัน การขยายขอบเขตไปยังบุคลากรสาธารณสุขประเภทอื่น และการศึกษาเปรียบเทียบระหว่างภาครัฐและเอกชน

สรุป

การวิจัยครั้งนี้ศึกษาปัจจัยแรงจูงใจที่มีผลต่อการคงอยู่ของแพทย์และพยาบาล 164 คน ในโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช ผลการศึกษาพบประเด็นสำคัญ ดังนี้

1.ระดับปัจจัยแรงจูงใจ บุคลากรมีปัจจัยแรงจูงใจภายในระดับสูง ($\bar{X}$ = 4.10) โดยมิติความรู้สึกมีคุณค่าและความภาคภูมิใจมีค่าสูงสุด ($\bar{X}$ = 4.54) แต่มิติความเป็นอิสระและการมีส่วนร่วมมีค่าต่ำสุด ($\bar{X}$ = 3.81) สำหรับปัจจัยแรงจูงใจภายนอกอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 3.48) โดยมิติความสัมพันธ์และทีมงานมีค่าสูงสุด ($\bar{X}$ = 3.94) ขณะที่มิติเงินเดือนและสวัสดิการมีค่าต่ำสุด ($\bar{X}$ = 3.06)

2. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความตั้งใจปฏิบัติงานต่อการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณพบว่า ปัจจัยแรงจูงใจภายนอกมีอิทธิพลสูงสุด (β = 0.513, p-value < 0.001) รองลงมาคือปัจจัยแรงจูงใจภายใน (β = 0.280, p-value < 0.001) โดยทั้งสองปัจจัยสามารถอธิบายความแปรปรวนของความตั้งใจปฏิบัติงานต่อได้ร้อยละ 54.9

3. กลุ่มที่มีระดับแรงจูงใจต่ำ การศึกษาระบุกลุ่มที่มีระดับแรงจูงใจต่ำกว่ากลุ่มอื่นอย่างมีนัยสำคัญ ได้แก่ กลุ่มอายุ 31 - 35 ปี กลุ่มที่มีประสบการณ์ 5 - 10 ปี และกลุ่มที่มีสถานภาพหย่าร้าง/แยกทาง ซึ่งควรได้รับการสนับสนุนเป็นพิเศษ

การศึกษานี้สรุปว่า การพัฒนาปัจจัยแรงจูงใจภายนอกมีความสำคัญสูงสุดต่อการรักษาบุคลากรในระบบสาธารณสุข โดยเฉพาะการปรับปรุงระบบค่าตอบแทนและสวัสดิการ การจัดการภาระงานและคุณภาพชีวิต และการสร้างสภาพแวดล้อมการทำงานที่เอื้ออำนวย พร้อมทั้งการเสริมสร้างปัจจัยแรงจูงใจภายใน โดยเฉพาะการให้อำนาจและการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการตัดสินใจ การศึกษานี้เป็นการเติมเต็มช่องว่างทางวิชาการด้านการบริหารทรัพยากรบุคคลในระบบสาธารณสุขไทย และเป็นฐานข้อมูลสำคัญสำหรับการกำหนดนโยบายที่อิงหลักฐานเพื่อให้บุคลากรทางการแพทย์มีความมั่นใจและความพึงพอใจในการปฏิบัติงานเพื่อประชาชนอย่างยั่งยืน

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยความอนุเคราะห์จากนางสาวสุมลทา ธรรมวิศาล นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการพิเศษ นางสัญญรัตน์ คงด้วง นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการพิเศษ ภญ.นิรมล ตันติธรรม ภญ.วีร์ธิมา หนูสวัสดิ์ และ ภก.อรรถพล ศรีสุวรรณ เภสัชกรกลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช ที่เป็นที่ปรึกษา ให้คำแนะนำตลอดการวิจัย และขอขอบคุณเครือข่ายโรงพยาบาลในจังหวัดนครศรีธรรมราช ที่ช่วยให้ข้อมูลสำหรับงานวิจัย จนสามารถดำเนินการได้สำเร็จลุล่วง

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การวิจัยนี้ได้รับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช รหัสโครงการ NSTPH 203/2568

การอ้างอิง

รัติกร สวนดอก. ปัจจัยแรงจูงใจที่ทำให้แพทย์และพยาบาลยังคงปฏิบัติงานในระบบสาธารณสุข: กรณีศึกษาโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชนสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช. วารสารการศึกษาและวิจัยการสาธารณสุข. 2569; 4(2): 171 - 88.

Suandork R. Motivational Factors for Physicians and Nurses Retention in Public Healthcare System: A Case Study of Tertiary Care Hospital General Hospitals and Community Hospitals under Nakhon Si Thammarat Provincial Health Office. Journal of Education and Research in Public Health. 2026; 4(2): 171 - 88.

เอกสารอ้างอิง

[1] World Health Organization.Global strategy on human resources for health: Workforce 2030. Seventy-fifth World Health Assembly. 2022. สืบค้นเมื่อ 5 กันยายน 2568 จาก https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA75/A75_15-en.pdf.

[2] สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน. รายงานสถิติข้าราชการ ประจำปี 2566. สืบค้นเมื่อ 5 กันยายน 2568 จาก https://www.ocsc.go.th/strategy-policy-work-plan/reports-statistics.

[3] Nursing Solutions Incorporated. NSI National Healthcare Retention & RN Staffing Report. 2024. สืบค้นเมื่อ 5 กันยายน 2568 จาก https://www.nsinursingsolutions.com/documents/library/nsi_national_health_care_retention_report.pdf.

[4] กองบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. รายงานข้อมูลบุคลากรด้านสาธารณสุข ประจำปี 2565 .สืบค้นเมื่อ 5 กันยายน 2568 จาก https://spd.moph.go.th.

[5] วิมลรักษ์ ศานติธรรม. ปัญหาการขาดแคลนแพทย์ของประเทศไทย. วิจัยปริทัศน์. 2566; 38: 1-19.

[6] สมสมัย สุธีรศาสตร์. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการลาออกโอนย้ายของพยาบาลวิชาชีพ ฝ่ายบริการพยาบาล โรงพยาบาลสงขลานครินทร์. สืบค้นเมื่อ 6 พฤศจิกายน 2568 จาก http://www.hs.chula.ac.th/journal_article.

[7] Herzberg F, Mausner B, and Snyderman BB. The Motivation to Work. 2nd ed. New York, John Wiley & Sons. 1959.

[8] ดำรัสศิริ โลหะกาลก. ปัจจัยด้านแรงจูงใจ ความผูกพันต่อองค์กร และคุณภาพชีวิตในการทำงานที่มีผลต่อความตั้งใจลาออกของพยาบาลโรงพยาบาลเอกชน ในเขตภาคเหนือตอนล่าง. [วิทยานิพนธ์]. ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช. 2566.

[9] วัลลภ ปิ่นรัตนกร, สุวิมล ตันติวงษ์วาณิช, และชนิดาภา เลิศวิริยะพันธ์. ปัจจัยที่มีผลต่อความตั้งใจลาออกของพยาบาลในโรงพยาบาลรัฐ จังหวัดเชียงใหม่. วารสารพยาบาลศาสตร์ล้านนา. 2563 ;16(1) :112-26.

[10] สมพงษ์ ศรีสมบัติ, รัตนา ทองอินทร์, และสุกัญญา วงศ์ประเสริฐ. แรงจูงใจในการทำงานของบุคลากรสาธารณสุขในจังหวัดขอนแก่น. วารสารสาธารณสุขภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. 2564; 39(2): 89-102.

[11] วศิน คัมภีระ.คุณภาพชีวิตแพทย์โรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดสงขลา. สืบค้นเมื่อ 6 พฤศจิกายน 2568 จาก https://www.skho.moph.go.th/research/files-download/document/wasin/wasin.pdf.

[12] Yamane T. Statistics. An Introductory Analysis. 3rd ed. New York Harper and Row. 1967.

[13] Gagné M, Forest J, Vansteenkiste M, Crevier-Braud L, Van den Broeck A, Aspeli AK, and et al. The Multidimensional Work Motivation Scale: Validation evidence in seven languages and nine countries. The European Journal of Work and Organizational Psychology. 2015; 24(2): 178-96.

[14] Allen NJ, and Meyer JP. The measurement and antecedents of affective, continuance and normative commitment to the organization. Journal of Occupational Psychology. 1990; 63(1): 1-18.

[15] Likert, and Rensis. New Pattern of Management. New York, McGraw – Hill. 1961.

[16] Deci EL, and Ryan RM. The "what" and "why" of Goal Pursuits: Human Needs and the Self-Determination of Behavior. Psychological Inquiry. 2000; 11(4): 227-68.

[17] Maslach C, and Leiter MP. Understanding the burnout experience: recent research and its implications for psychiatry. World Psychiatry. 2016; 15(2): 103-11.

[18] Super DE. A life-span, life-space approach to career development. In: Brown D, Brooks L, editors. Career choice and development. San Francisco: Jossey - Bass; 1990: 197-261.

[19] Ng TW, and Feldman DC. The relationships of age and tenure with job performance: a meta-analysis. Pers Psychol. 2010; 63(2): 677-718.

[20] Liu J, Zhu B, Wu J, and Mao Y. Job satisfaction, work stress, and turnover intentions among rural health workers: a cross-sectional study in 11 western provinces of China. BMC Health Service Research. 2018; 18(1): 1-11.

บทเรียนเชิงระบบจากการดำเนินงานทีมหมอเดินเท้าในระยะหลังน้ำลด: การเสริมความเข้มแข็งระบบสุขภาพปฐมภูมิเมืองหาดใหญ่

System Lessons from Walking Doctor Team Operations in the Post-Flood Phase: Strengthening Primary Health Care in Hat Yai City, Thailand

วีระศักดิ์ เดชอรัญ [1*]

Virasakdi DechAran [1*]

[1] สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง อำเภอเมืองตรัง จังหวัดตรัง 92000

[1] Trang Provincial Public Health Office, Mueang Trang District, Trang Province. 92000

[*] Corresponding Author: วีระศักดิ์ เดชอรัญ E-mail: vee7117@gmail.com

Received : 8 December 2025 Revised : 31 January 2026 Accepted : 5 February 2026

บทคัดย่อ

อุทกภัยในเขตเมืองเป็นสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดผลกระทบด้านสุขภาพของประชาชนอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในระยะหลังน้ำลดซึ่งมักถูกให้ความสำคัญน้อยกว่าระยะฉุกเฉิน บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อถอดบทเรียนการดำเนินงานของทีมหมอเดินเท้าในการตอบสนองด้านสุขภาพภายหลังอุทกภัยในเขตเมืองหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา โดยใช้กรอบแนวคิดการบริการสุขภาพปฐมภูมิเป็นฐานในการวิเคราะห์ การศึกษาใช้การสังเคราะห์ข้อมูลจากรายงานการปฏิบัติงานภาคสนามของทีมหมอเดินเท้า ข้อมูลการบัญชาการเหตุการณ์ด้านสาธารณสุข และการถอดบทเรียนจากประสบการณ์การทำงานจริงในชุมชนเมือง ระยะเวลาวิเคราะห์หลักคือช่วงวันที่ 1 – 5 ธันวาคม 2568 ซึ่งเป็นช่วงหลังน้ำลดที่มีความเข้มข้นของการปฏิบัติงานสูง ผลการศึกษาพบว่า ทีมหมอเดินเท้าสามารถให้บริการประชาชนได้มากกว่า 11,000 ราย โดยส่วนใหญ่เป็นปัญหาสุขภาพระดับปฐมภูมิ เช่น โรคน้ำกัดเท้า แผลจากการบาดเจ็บเล็กน้อย โรคติดเชื้อจากสิ่งแวดล้อม และปัญหาการขาดความต่อเนื่องของการรักษาในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง กลุ่มเปราะบางเป็นกลุ่มที่ต้องการการเข้าถึงเชิงรุกอย่างชัดเจน การวิเคราะห์เชิงระบบสะท้อนช่องว่างสำคัญระหว่างแผนรับมืออุทกภัยกับการปฏิบัติในระดับชุมชน ได้แก่ การประสานพื้นที่ การจัดการเวชภัณฑ์ ระบบการสื่อสาร และภาระการรายงานข้อมูล ขณะเดียวกันพบว่าภาวะผู้นำเชิงปรับตัวและการตัดสินใจหน้างานมีบทบาทสำคัญต่อความต่อเนื่องและประสิทธิภาพของการดูแลสุขภาพ บทความนี้เสนอแนวทางพัฒนาระบบสนับสนุนการทำงานภาคสนามเพื่อเสริมความเข้มแข็งของระบบสุขภาพปฐมภูมิในบริบทเมืองเสี่ยงอุทกภัย

คำสำคัญ: การจัดการภัยพิบัติ การบริการสุขภาพปฐมภูมิ สุขภาพชุมชนเมือง หมอเดินเท้า อุทกภัย

Abstract

Urban flooding poses sustained public health challenges, particularly during the post - flood phase, which is often underemphasized compared with the emergency response period. This article aims to synthesize lessons learned from the implementation of a walking doctor team in post - flood health response in Hat Yai City, Songkhla Province, Thailand, using a primary health care framework as the analytical foundation. Data were derived from daily field operation reports of walking doctor teams, public health incident command records, and systematic reflections from real - world community - based practice. The main analytical period

covered 1 - 5 December 2025, representing a phase of intensified post - flood operations. Results indicated that more than 11,000 service encounters were provided, predominantly addressing primary care - level health problems, including skin and foot infections, minor injuries, environmentally related communicable diseases, and disruptions in continuity of care among patients with chronic conditions. Vulnerable populations - including older adults, persons with disabilities, and homebound patients, emerged as priority groups requiring proactive outreach services. System-level analysis revealed critical gaps between disaster preparedness plans and community-level implementation, particularly in area coordination, medical supply management, communication systems, and reporting burdens. At the same time, adaptive leadership and frontline decision - making emerged as essential factors supporting service continuity and operational effectiveness under dynamic field conditions. These findings underscore the importance of community-based outreach mechanisms in strengthening primary health care responses during the post-flood phase in urban disaster settings.

Keywords: Disaster management, Primary health care, Urban community health, Walking doctor team, Flooding

บทนำ

อุทกภัยเป็นภัยพิบัติที่เกิดขึ้นซ้ำซากในหลายพื้นที่ของประเทศไทย โดยเฉพาะเขตเมืองในภาคใต้ ซึ่งมีลักษณะภูมิประเทศเป็นพื้นที่รับน้ำจากลุ่มน้ำโดยรอบ เมืองหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา เป็นหนึ่งในพื้นที่ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดน้ำท่วมจากฝนตกหนักและระบบระบายน้ำที่มีข้อจำกัด เมื่อเกิดอุทกภัย ผลกระทบที่เกิดขึ้นไม่ได้จำกัดอยู่เพียงความเสียหายด้านทรัพย์สินและโครงสร้างพื้นฐาน แต่ยังส่งผลต่อสุขภาพประชาชนทั้งในระยะเฉียบพลันและระยะต่อเนื่อง โดยเฉพาะในช่วงหลังน้ำลดซึ่งมักถูกให้ความสำคัญน้อยกว่าช่วงเกิดเหตุ [1, 2] หลักฐานเชิงวิชาการระบุว่า ระยะหลังน้ำลด (Post - flood phase) เป็นช่วงที่ประชาชนเผชิญกับความเสี่ยงด้านสุขภาพหลากหลายรูปแบบ เช่น โรคติดเชื้อที่เกี่ยวข้องกับน้ำและสิ่งแวดล้อม โรคผิวหนัง แผลติดเชื้อ โรคระบบทางเดินอาหาร โรคฉี่หนู รวมถึงปัญหาสุขภาพจิตจากความเครียดและการสูญเสีย [2 - 4] นอกจากนี้ ผู้ป่วยโรคเรื้อรังมักประสบปัญหาการขาดความต่อเนื่องของการรักษา อันเนื่องมาจากการเดินทางลำบาก การสูญหายหรือเสียหายของยาและเวชภัณฑ์ และการหยุดชะงักของระบบบริการสุขภาพตามปกติ [5]

แม้ระบบสาธารณสุขของประเทศไทยจะมีแผนรับมือภัยพิบัติและระบบบัญชาการเหตุการณ์ที่ค่อนข้างเป็นรูปธรรม แต่การดำเนินการในทางปฏิบัติมักให้ความสำคัญกับการตอบสนองในช่วงฉุกเฉิน เช่น การอพยพ การรักษาพยาบาลเร่งด่วน และการจัดตั้งโรงพยาบาลสนาม ขณะที่กลไกการดูแลสุขภาพเชิงรุกในระดับชุมชนภายหลังน้ำลดยังมีข้อจำกัด ทั้งในด้านกำลังคน การจัดสรรทรัพยากร และระบบข้อมูลสนับสนุนการตัดสินใจ การพึ่งพาระบบบริการแบบตั้งรับ (Facility - based services) เพียงอย่างเดียวจึงอาจไม่เพียงพอต่อการดูแลประชาชนในบริบทเมืองที่มีพื้นที่กว้าง ชุมชนหนาแน่น และความต้องการด้านสุขภาพที่ซับซ้อน [6] ช่องว่างดังกล่าวส่งผลกระทบอย่างชัดเจนต่อกลุ่มเปราะบาง เช่น ผู้สูงอายุ ผู้พิการ ผู้ป่วยติดเตียง และผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ซึ่งมักไม่สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้อย่างทันท่วงทีหลังเกิดอุทกภัย งานวิจัยชี้ว่า การเข้าถึงบริการเชิงรุกในระดับชุมชนเป็นองค์ประกอบสำคัญของระบบสุขภาพปฐมภูมิที่มีประสิทธิภาพในภาวะวิกฤต และช่วยลดภาวะแทรกซ้อนรวมถึงความสูญเสียด้านสุขภาพในระยะยาว [1, 5, 7] ภายใต้บริบทดังกล่าว หน่วยงาน

สาธารณสุขได้พัฒนากลไกการดูแลสุขภาพเชิงรุกในชุมชนรูปแบบหนึ่งคือ “ทีมแพทย์เดินเท้า” หรือ “หมอเดินเท้า” ซึ่งในบทความนี้หมายถึงทีมปฏิบัติการเชิงรุกแบบเดินเท้าที่ระดมสนับสนุนการดูแลสุขภาพประชาชนในพื้นที่ประสบอุทกภัย โดยมุ่งเน้นการเข้าถึงระดับครัวเรือนเพื่อค้นหาและคัดกรองผู้ป่วยและกลุ่มเสี่ยง ให้การดูแลและปฐมพยาบาลเบื้องต้น จัดยาจำเป็นและเวชภัณฑ์ และประสานการส่งต่อไปยังหน่วยบริการหรือทีมแพทย์เคลื่อนที่ตามความเหมาะสม ทีมดังกล่าวประกอบด้วยบุคลากรสาธารณสุขจากหลากหลายวิชาชีพ ทำงานร่วมกันในลักษณะสหสาขาวิชาชีพ [8] ในเหตุการณ์อุทกภัยเมืองหาดใหญ่ (พฤศจิกายน 2568) มีการระดมทีมหมอเดินเท้าเข้าปฏิบัติการเชิงรุกในอำเภอหาดใหญ่เพื่อช่วยเหลือประชาชนและดูแลผู้ป่วยตามบ้านอย่างต่อเนื่อง ภายใต้การกำกับของศูนย์บัญชาการเหตุการณ์ด้านสาธารณสุข เพื่อให้การตอบสนองครอบคลุมทั้งการรักษาพยาบาล การป้องกันควบคุมโรค และการดูแลสุขภาพจิตหลังน้ำลด [8] อย่างไรก็ตาม บทบาท การดำเนินงาน และความท้าทายของทีมหมอเดินเท้าในระยะหลังน้ำลด โดยเฉพาะในบริบทเมือง ยังขาดการถอดบทเรียนเชิงระบบและการวิเคราะห์เชิงวิชาการอย่างเป็นรูปธรรม ส่งผลให้ประสบการณ์ภาคสนามจำนวนมากไม่ได้ถูกนำมาสังเคราะห์เพื่อพัฒนานโยบายและแผนเตรียมความพร้อมด้านสาธารณสุขในอนาคต บทความนี้สังเคราะห์ข้อมูลแบบตรวจสอบหลายแหล่ง (Triangulation) จากรายงานผลการปฏิบัติงานประจำวันของทีมหมอเดินเท้า ข้อมูลการสื่อสารภายใต้ศูนย์บัญชาการเหตุการณ์ด้านสาธารณสุข และการทบทวนหลังปฏิบัติงานรายวัน (After Action Review: AAR) จากนั้นใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) เพื่อจัดกลุ่มประเด็นโดยคัดเลือกเฉพาะประเด็นที่พบซ้ำจากหลายทีม/หลายวันและมีนัยต่อการพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิในระยะหลังน้ำลด เพื่อลดความเอนเอียงจากการเลือกประเด็นของผู้เขียน

บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อถอดบทเรียนจากการปฏิบัติงานของทีมหมอเดินเท้าในเมืองหาดใหญ่ภายหลังอุทกภัย โดยใช้กรอบแนวคิดการบริการสุขภาพปฐมภูมิเป็นฐานในการวิเคราะห์ เนื้อหาครอบคลุม (1) บริบทและรูปแบบการดำเนินงานภาคสนามของทีมหมอเดินเท้าในระยะหลังน้ำลด (2) สถานการณ์สุขภาพและภาระงานที่พบในพื้นที่ (3) การวิเคราะห์ช่องว่างระหว่างแผนรับมือภัยพิบัติกับการปฏิบัติจริงในระดับชุมชน และ (4) การสังเคราะห์บทเรียนเชิงระบบเพื่อนำไปสู่ข้อเสนอแนะในการพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิในบริบทเมืองเสี่ยงอุทกภัย

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษารูปแบบการให้บริการและภาระงานด้านสุขภาพของทีมหมอเดินเท้าในพื้นที่เมืองหาดใหญ่ภายหลังอุทกภัย
2. เพื่อวิเคราะห์ช่องว่างเชิงระบบระหว่างแผนรับมือภัยพิบัติกับการปฏิบัติจริงในระดับชุมชน รวมถึงข้อจำกัดด้านการประสานพื้นที่ การจัดการเวชภัณฑ์ การสื่อสารเชิงบัญชาการ และระบบรายงานภาคสนาม
3. เพื่อสังเคราะห์ปัจจัยแห่งความสำเร็จของการดำเนินงานภาคสนาม ได้แก่ ภาวะผู้นำเชิงปรับตัว การตัดสินใจหน้างาน และกลไกการถอดบทเรียนรายวัน เพื่อนำไปสู่ข้อเสนอแนะในการพัฒนาระบบสนับสนุนการบริการสุขภาพปฐมภูมิในภาวะวิกฤต

กระบวนการวิเคราะห์และถอดบทเรียนการดำเนินงานทีมแพทย์เดินเท้า

บทความวิชาการฉบับนี้ใช้แนวทางการวิเคราะห์และถอดบทเรียนจากการปฏิบัติงานภาคสนาม ภายใต้กรอบแนวคิดการบริการสุขภาพปฐมภูมิเชิงรุก ซึ่งเน้นการเข้าถึงประชาชนในระดับชุมชน การดูแลอย่างต่อเนื่อง และการเชื่อมโยงการทำงานระหว่างหน่วยบริการกับพื้นที่จริงในสถานการณ์ฉุกเฉินและระยะฟื้นฟูหลังภัยพิบัติ

แหล่งข้อมูลที่ใช้ในการวิเคราะห์ประกอบด้วย (1) รายงานผลการปฏิบัติงานประจำวันของทีมหมอเดินเท้า ซึ่งรายงานผ่านช่องทางการสื่อสารอิเล็กทรอนิกส์ของศูนย์บัญชาการเหตุการณ์ด้านสาธารณสุข (2) บันทึกการประชุมและการถอดบทเรียนหลังปฏิบัติงานในแต่ละวัน (After action review) และ (3) ประสบการณ์ตรงของผู้เขียนซึ่งปฏิบัติหน้าที่เป็นรองหัวหน้าทีมหมอเดินเท้าและร่วมปฏิบัติงานในพื้นที่ตลอดช่วงเวลาการดำเนินงาน โดยมีการประสานข้อมูลกับหัวหน้าทีมหมอเดินเท้าและฝ่ายอำนวยการของศูนย์บัญชาการเหตุการณ์เพื่อให้ข้อมูลมีความครบถ้วนและสอดคล้องกับการดำเนินงานจริง

กระบวนการวิเคราะห์และถอดบทเรียนดำเนินการเป็นลำดับขั้น ประกอบด้วย (1) การรวบรวมและทบทวนข้อมูลจากรายงานการปฏิบัติงานและบันทึกภาคสนาม (2) การจัดกลุ่มประเด็นตามกรอบการดำเนินงานด้านการเข้าถึงบริการ การจัดการภาระงาน ปัญหาอุปสรรค และการประสานงานเชิงระบบ (3) การสังเคราะห์ประเด็นสำคัญที่สะท้อนจุดแข็ง ข้อจำกัด และช่องว่างของการดำเนินงานทีมหมอเดินเท้า และ (4) การเชื่อมโยงบทเรียนที่ได้กับกรอบแนวคิดระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิและการจัดการภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุข

ผู้มีส่วนร่วมในกระบวนการถอดบทเรียนประกอบด้วยหัวหน้าทีมและสมาชิกทีมหมอเดินเท้า จากจังหวัดตรัง เจ้าหน้าที่ฝ่ายอำนวยการและประสานงานของศูนย์บัญชาการเหตุการณ์ รวมถึงผู้เขียนซึ่งทำหน้าที่รวบรวม วิเคราะห์ และเรียบเรียงบทเรียนเชิงระบบ โดยการตรวจสอบความถูกต้องของผลการวิเคราะห์ดำเนินการผ่านการทบทวนร่วมกับหัวหน้าทีมหมอเดินเท้าและการเปรียบเทียบกับรายงานผลการปฏิบัติงานจากศูนย์บัญชาการเหตุการณ์ เพื่อให้บทเรียนที่นำเสนอสะท้อนสภาพการดำเนินงานจริงและสามารถนำไปใช้ประโยชน์เชิงระบบได้

1. บริบทและการดำเนินงานภาคสนาม

การจัดการอุทกภัยขนาดใหญ่ของประเทศไทยจำเป็นต้องอาศัยการบริหารจัดการแบบบูรณาการหลายภาคส่วน โดยใช้โครงสร้างการสั่งการและการประสานงานที่ชัดเจน เพื่อลดความซ้ำซ้อนของการช่วยเหลือและเพิ่มประสิทธิภาพการระดมทรัพยากรในภาวะวิกฤต แนวทางดังกล่าวสอดคล้องกับหลักการบริหารเหตุการณ์แบบรวมศูนย์ภายใต้ระบบบัญชาการเหตุการณ์ (Incident Command System: ICS) ซึ่งเน้นการสั่งการตามสายบังคับบัญชา การแบ่งบทบาทหน้าที่ และการใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ [9] อย่างไรก็ตาม ความสำเร็จของการดำเนินงานในภาคสนามยังขึ้นอยู่กับ “ความพร้อมระดับพื้นที่” และความสามารถในการแปลงแผนสู่การปฏิบัติจริงในชุมชน

ในบริบทของจังหวัดสงขลา เขตเมืองหาดใหญ่มีลักษณะเป็นศูนย์กลางเศรษฐกิจที่มีความหนาแน่นประชากรสูง มีโครงสร้างชุมชนซับซ้อน และมีข้อจำกัดด้านระบบระบายน้ำ ส่งผลให้เกิดน้ำท่วมซ้ำซากเมื่อมีฝนตกหนัก โดยเฉพาะเมื่อเข้าสู่ระยะหลังน้ำลด ปัญหาสุขภาพในชุมชนเริ่มปรากฏชัดและหลากหลาย ทั้งโรคติดต่อที่สัมพันธ์กับน้ำและสิ่งแวดล้อม การบาดเจ็บในชีวิตประจำวัน รวมถึงการขาดความต่อเนื่องของการดูแลรักษาในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ภายใต้สถานการณ์ดังกล่าว สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลาจึงจัดตั้งศูนย์บัญชาการเหตุการณ์ด้านสาธารณสุข เพื่อเป็นกลไกกลางในการประสานกำลังคน ทรัพยากร และทีม

ปฏิบัติการสุขภาพให้สามารถตอบสนองต่อปัญหาได้อย่างครอบคลุมและยืดหยุ่น ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุข (Public Health Emergency Operations Center: PHEOC) [10]

การดำเนินงานในระยะหลังน้ำลดมีการระดมทีมปฏิบัติการด้านสุขภาพหลายรูปแบบ ได้แก่ ทีมแพทย์ฉุกเฉินและโรงพยาบาลสนาม (Medical Emergency Response Team: MERT) ทีมแพทย์เคลื่อนที่ขนาดเล็ก (Mini-MERT) ทีมเยียวยาด้านสุขภาพจิต (MCATT) และทีมหมอเดินเท้า ซึ่งแต่ละทีมมีบทบาทต่างกัน แต่เชื่อมโยงกันด้วยการกำกับทิศทางและการสื่อสารจากศูนย์บัญชาการเหตุการณ์ เพื่อให้การดูแลสุขภาพประชาชนต่อเนื่องและลดช่องว่างระหว่างระดับบริการ [10] ในบรรดาทีมทั้งหมด “ทีมหมอเดินเท้า” เป็นกลไกเชิงรุกในระดับชุมชนที่มีความสำคัญเฉพาะในช่วงหลังน้ำลด เนื่องจากสามารถเข้าถึงครัวเรือนและกลุ่มเป้าหมายในพื้นที่ที่หน่วยบริการปกติยังไม่สามารถให้บริการได้เต็มประสิทธิภาพ

ทีมหมอเดินเท้าดำเนินงานในลักษณะสหสาขาวิชาชีพ ประกอบด้วยบุคลากรด้านสุขภาพจากหลายหน่วยงาน เช่น พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข เจ้าพนักงานสาธารณสุข และบุคลากรสนับสนุนภาคสนาม โดยมีภารกิจหลัก ได้แก่ การค้นหาและคัดกรองผู้ป่วยเชิงรุก การประเมินความเสี่ยงสุขภาพในชุมชน การให้การปฐมพยาบาลและดูแลเบื้องต้น การจัดยาจำเป็นและเวชภัณฑ์ที่เหมาะสมกับปัญหาที่พบ รวมถึงการประสานส่งต่อไปยังหน่วยบริการหรือทีมแพทย์เคลื่อนที่ตามความจำเป็น บทบาทดังกล่าวสอดคล้องกับแนวคิดการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิเชิงรุก (Primary health care outreach) ที่เน้น “การเข้าถึง - ความครอบคลุม - ความต่อเนื่องของการดูแล” ในสถานการณ์ที่โครงสร้างพื้นฐานและระบบบริการสุขภาพปกติยังถูกรบกวน [11, 12]

ในเชิงกระบวนการทำงาน ทีมหมอเดินเท้าเริ่มจากการรับมอบหมายพื้นที่ปฏิบัติงานจากศูนย์บัญชาการเหตุการณ์ และแบ่งโซนการปฏิบัติงานตามบริบทชุมชนเมือง เช่น ชุมชนแออัด ตลาด พื้นที่พาณิชยกรรม และพื้นที่ริมคลอง จากนั้นจึงจัดเตรียมเวชภัณฑ์พื้นฐานและใช้การเดินเท้าเป็นหลักเพื่อเข้าถึงครัวเรือนจริง ทำให้สามารถพบกลุ่มเปราะบางหรือผู้ป่วยที่ไม่สามารถเดินทางออกมารับบริการได้โดยตรง ภายหลังการปฏิบัติงานในแต่ละวัน ทีมมีการรายงานผลและทบทวนการทำงานร่วมกัน เพื่อสะท้อนปัญหาและปรับแผนให้สอดคล้องกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง ซึ่งเป็นกลไกสำคัญที่ทำให้การดำเนินงานเชิงรุกมีความยืดหยุ่นและรักษาความต่อเนื่องของบริการได้ในภาวะหลังน้ำลด [9 - 12]

โดยสรุป การดำเนินงานของทีมหมอเดินเท้าในระยะหลังน้ำลดสะท้อนบทบาทของกลไกภาคสนามที่ทำหน้าที่ “เชื่อม” ระหว่างแผนเชิงระบบจากศูนย์บัญชาการเหตุการณ์กับสภาพจริงของชุมชนเมือง ช่วยเติมเต็มช่องว่างของระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิในช่วงที่ความต้องการด้านสุขภาพกระจายตัวในพื้นที่ และระบบบริการปกติยังไม่กลับสู่ภาวะปกติอย่างสมบูรณ์ ทั้งยังเป็นฐานสำคัญสำหรับการวิเคราะห์เชิงระบบและการพัฒนาการตอบสนองด้านสาธารณสุขต่ออุทกภัยในอนาคต [10 - 12]

2. ภาระงานและลักษณะปัญหาสุขภาพ

ข้อมูลที่ใช้ในการนำเสนอภาระงานและลักษณะปัญหาสุขภาพมาจาก รายงานผลการปฏิบัติงานประจำวันของทีมแพทย์เดินเท้า ซึ่งรายงานผ่าน ช่องทางการสื่อสารอิเล็กทรอนิกส์ของศูนย์บัญชาการเหตุการณ์ด้านสาธารณสุขจังหวัดสงขลา (กลุ่มสื่อสารออนไลน์ของศูนย์บัญชาการเหตุการณ์) โดยผู้เขียนเข้าถึงข้อมูลในฐานะ ผู้ปฏิบัติงานภาคสนามและรองหัวหน้าทีมแพทย์เดินเท้า รวมทั้งมีการประสานข้อมูลกับหัวหน้าทีมและฝ่ายอำนวยการของศูนย์บัญชาการเหตุการณ์ เพื่อใช้ในการสรุปภาพรวมและสังเคราะห์บทเรียนเชิงระบบจากการปฏิบัติงานจริง

การจำแนกระดับความรุนแรงของผู้ป่วยใช้หลักการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉิน (Triage) ตามแนวคิด Simple Triage and Rapid Treatment (START) โดยแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ สีเขียว สีเหลือง และสีแดง เพื่อช่วยจัดลำดับความสำคัญในการดูแลและการส่งต่อในภาวะที่ทรัพยากรจำกัด ทั้งนี้ สีเขียว หมายถึง ผู้ป่วยอาการเล็กน้อย ไม่มีภาวะคุกคามต่อชีวิต สามารถให้การดูแลหรือคำแนะนำเบื้องต้นในชุมชนได้ สีเหลือง หมายถึง ผู้ป่วยอาการปานกลาง จำเป็นต้องได้รับการประเมินหรือการรักษาเพิ่มเติมภายในระยะเวลาที่เหมาะสม และสีแดง หมายถึง ผู้ป่วยฉุกเฉินหรืออาการรุนแรงที่คุกคามต่อชีวิต จำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือและส่งต่อเพื่อการรักษาเร่งด่วน [13]

การวิเคราะห์ภาระงานของทีมแพทย์เดินเท้าในบทความนี้กำหนดช่วงวันที่ 1 - 5 ธันวาคม พ.ศ. 2568 เป็นช่วงวิเคราะห์หลัก เนื่องจากเป็นช่วงหลังน้ำลดที่มีความเข้มข้นของการปฏิบัติงานสูง ขณะเดียวกันมีการใช้รายงานจากช่วงวันอื่นก่อนและหลังประกอบการสังเคราะห์แนวโน้ม เพื่อเพิ่มความครบถ้วนของการตีความเชิงระบบ โดยมิได้อ้างอิงเฉพาะข้อมูลช่วงเวลาเดียว ในช่วงวิเคราะห์หลัก ทีมหมอเดินเท้าให้บริการประชาชนได้รวม 11,583 ราย โดยส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยระดับ สีเขียว 11,561 ราย และ สีเหลือง 22 ราย ไม่พบรายงานผู้ป่วยระดับสีแดงในช่วงเวลาดังกล่าว ผลการจัดระดับความรุนแรงสะท้อนว่า ภาระงานหลักของทีมหมอเดินเท้าในระยะหลังน้ำลด มิได้อยู่ที่การดูแลภาวะฉุกเฉินรุนแรงเป็นส่วนใหญ่ แต่เป็นการจัดการปัญหาสุขภาพระดับปฐมภูมิที่เกิดขึ้นจำนวนมากในชุมชนเมือง ซึ่งหากไม่ได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมอาจนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนและเพิ่มภาระของระบบบริการสุขภาพระดับสูงขึ้นในระยะต่อมา

ลักษณะปัญหาสุขภาพที่พบส่วนใหญ่เป็นปัญหาที่สัมพันธ์กับการสัมผัสน้ำและสิ่งแวดล้อมหลังอุทกภัย ได้แก่ โรคน้ำกัดเท้า แผลถลอก แผลจากของมีคม และแผลติดเชื้อจากการทำความสะอาดที่อยู่อาศัย รองลงมาคือ อาการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจและระบบทางเดินอาหาร โดยการดูแลเชิงป้องกันในภาคสนามดำเนินการผ่านการให้คำแนะนำสุขาภิบาล การดูแลบาดแผลเบื้องต้น การประเมินอาการตามความเสี่ยง และการคัดกรองเพื่อส่งต่อเมื่อพบอาการที่เกินศักยภาพการดูแลในพื้นที่ ในบริบทหลังน้ำลด ทีมหมอเดินเท้าพบประชาชนจำนวนมากที่มีความเสี่ยงต่อ โรคฉี่หนู จึงมีการให้การดูแลเชิงป้องกันโดย แจกจ่ายยาป้องกันตามแนวทางที่หน่วยงานสาธารณสุขกำหนด พร้อมทั้งเน้นย้ำการติดตามอาการและการส่งต่อเมื่อมีอาการเข้าได้กับโรคดังกล่าว [14] ทั้งนี้ การดำเนินงานในส่วนนี้สะท้อนบทบาทของทีมหมอเดินเท้าในการลดความเสี่ยงโรคติดต่อที่อาจเพิ่มขึ้นในชุมชนเมืองหลังอุทกภัย นอกจากกลุ่มอาการเจ็บป่วยเฉียบพลัน ข้อมูลภาคสนามสะท้อนภาระงานสำคัญในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยเฉพาะ โรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน ซึ่งบางส่วนมีประวัติขาดยาในช่วงน้ำท่วมต่อเนื่องถึงหลังน้ำลด เนื่องจาก ยาสูญหาย/เสียหาย และข้อจำกัดด้านการเดินทาง โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ต้องใช้อินซูลินซึ่งประสบปัญหาการเก็บรักษาในสภาพแวดล้อมไม่เหมาะสม ประเด็นนี้สะท้อน “กลุ่มผู้ป่วยหนักแต่ไม่ถูกเห็นในระบบ” เพราะมิได้เป็นผู้ป่วยฉุกเฉินทันที แต่มีความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนหากขาดความต่อเนื่องของการรักษา

กลุ่มเปราะบาง ได้แก่ ผู้สูงอายุ ผู้พิการ และผู้ป่วยติดเตียง เป็นกลุ่มที่สะท้อนภาระงานเชิงระบบของทีมหมอเดินเท้าอย่างชัดเจน เนื่องจากหลายรายไม่สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพตามปกติได้ภายหลังน้ำลดจากข้อจำกัดด้านโครงสร้างพื้นฐาน การคมนาคม และการขาดผู้ดูแล ทีมหมอเดินเท้าจึงทำหน้าที่เชิงรุกในการค้นหาประเมินอาการ ให้การดูแลเบื้องต้น และประสานการส่งต่อไปยังหน่วยบริการที่เหมาะสม เช่น ทีมแพทย์เคลื่อนที่ขนาดเล็กหรือโรงพยาบาลสนาม ภาระงานของทีมหมอเดินเท้าในระยะหลังน้ำลดมีลักษณะเป็นภาระสุขภาพสะสมระดับปฐมภูมิ คือปัญหาสุขภาพที่ความรุนแรงต่อรายไม่สูงมาก แต่มีปริมาณมาก เกิดต่อเนื่อง และกระจาย

ตัวในชุมชนเมือง หากระบบไม่สามารถเข้าถึงได้ทัน อาจนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนและเพิ่มภาระบริการระดับทุติยภูมิและตติยภูมิในลำดับถัดไป บทบาททีมหมอเดินเท้าจึงเป็นกลไกสำคัญในการลดช่องว่างการเข้าถึงบริการและเสริมความต่อเนื่องของการดูแลสุขภาพภายหลังอุทกภัย

3. ช่องว่างเชิงระบบจากแผนสู่การปฏิบัติ

แม้จังหวัดสงขลาจะมีการจัดตั้งศูนย์บัญชาการเหตุการณ์ด้านสาธารณสุขและกำหนดแผนปฏิบัติการเพื่อรองรับผลกระทบด้านสุขภาพภายหลังอุทกภัยอย่างเป็นระบบ แต่การปฏิบัติงานของทีมหมอเดินเท้าในภาคสนามสะท้อนว่าแผน ไม่ได้แปลงไปสู่การปฏิบัติจริงได้อย่างราบรื่นในทุกมิติ โดยข้อมูลจากรายงานผลการปฏิบัติงานประจำวันของทีมและการสื่อสารกับศูนย์บัญชาการพบประเด็นซ้ำที่ชี้ให้เห็นช่องว่างเชิงระบบ 3 ระดับ ได้แก่ (1) ช่องว่างด้านข้อมูลและการประสานพื้นที่ (2) ช่องว่างด้านทรัพยากรและการจัดการเวชภัณฑ์ และ (3) ช่องว่างด้านระบบสนับสนุนการตัดสินใจและการรายงาน

ประการแรก ช่องว่างด้านข้อมูลและการประสานพื้นที่ ปรากฏจากรายงานภาคสนามที่สะท้อนการเข้าพื้นที่ซ้ำซ้อนหรือไม่ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายบางจุด เนื่องจากข้อมูลเชิงพื้นที่ยังไม่ละเอียดพอสำหรับการจัดทีมในระดับชุมชนเมือง และบางพื้นที่ขาดผู้ประสานหรือผู้นำทางที่เข้าใจโครงสร้างชุมชน ส่งผลให้ทีมต้องใช้เวลาในการค้นหาพื้นที่จริงมากกว่าการให้บริการสุขภาพตามภารกิจหลัก ประเด็นดังกล่าวชี้ว่า แม้แผนจะกำหนดพื้นที่รับผิดชอบไว้ แต่การทำให้เกิดการเข้าถึงจริงจำเป็นต้องมีกลไกประสานพื้นที่ ที่ทำงานเชิงรุกและมีบทบาทชัดเจนระหว่างศูนย์บัญชาการกับชุมชน

ประการที่สอง ช่องว่างด้านทรัพยากรและการจัดการเวชภัณฑ์ พบว่าชุดเวชภัณฑ์มาตรฐานที่ได้รับการสนับสนุนในระยะแรกยังไม่สอดคล้องกับลักษณะปัญหาสุขภาพจริงในระยะหลังน้ำลด ซึ่งส่วนใหญ่เป็นปัญหาระดับปฐมภูมิที่มีจำนวนมากและต้องการการดูแลต่อเนื่อง เช่น การดูแลบาดแผล โรคผิวหนัง และการขาดยาของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง รายงานภาคสนามสะท้อนว่าทีมต้องปรับการใช้ยา และจัดการทรัพยากรหน้างาน เพิ่มเติมเพื่อให้ตอบสนองต่อปัญหาจริงในชุมชนได้ทันเวลา ซึ่งแม้ช่วยลดภาระการส่งต่อ แต่สะท้อนช่องว่างเชิงระบบว่าการสนับสนุนทรัพยากรในแผนยังยึดกรอบเหตุฉุกเฉินทั่วไปมากกว่าความต้องการเฉพาะของระยะหลังน้ำลด

ประการที่สาม ช่องว่างด้านระบบสนับสนุนการตัดสินใจและการรายงาน พบว่าการรายงานข้อมูลมีหลายประเด็นและต้องใช้รายละเอียดสูง ทำให้เกิดภาระด้านเวลาในช่วงที่ทีมต้องให้ความสำคัญกับการเข้าถึงประชาชนและการดูแลเชิงรุก รายงานของทีมสะท้อนสถานการณ์ที่ต้องเลือกทำงานภาคสนาม หรือจัดทำรายงานให้ครบถ้วน ในช่วงเวลาเดียวกัน ช่องว่างนี้ชี้ให้เห็นความจำเป็นของระบบรายงานที่เหมาะกับภาคสนามมากขึ้น โดยยังคงสาระสำคัญที่ใช้ในการกำกับสถานการณ์ได้ แต่ไม่เพิ่มภาระจนกระทบต่อประสิทธิภาพการให้บริการ

โดยสรุป ช่องว่างเชิงระบบจากแผนสู่การปฏิบัติที่พบจากข้อมูลรายงานภาคสนามไม่ได้สะท้อนความล้มเหลวของแผนโดยตรง หากแต่สะท้อนข้อจำกัดของการแปลงแผนไปสู่กลไกหน้างาน ในบริบทเมืองที่ซับซ้อนและสถานการณ์ที่เปลี่ยนเร็ว ดังนั้น การพัฒนาระบบตอบสนองหลังน้ำลดในอนาคตควรมุ่งเสริมกลไกประสานพื้นที่ ระบบเวชภัณฑ์แบบยืดหยุ่น และระบบรายงานที่เป็นมิตรต่อภาคสนาม เพื่อเชื่อมแผนระดับศูนย์บัญชาการให้เกิดผลจริงในระดับครัวเรือนและชุมชนเมืองได้มากยิ่งขึ้น

4. ภาวะผู้นำเชิงปรับตัวและผลลัพธ์ที่ไม่ใช่ตัวเลข

เมื่อพิจารณาภายใต้แนวคิด ภาวะผู้นำเชิงปรับตัว (Adaptive leadership) สถานการณ์น้ำท่วมเมืองมีทั้งปัญหาเชิงเทคนิค และปัญหาเชิงปรับตัว ในเวลาเดียวกัน โดยปัญหาเชิงเทคนิค เช่น การจัดทีม การเตรียมยา

การกำหนดเส้นทาง สามารถแก้ได้ด้วยความรู้และคำสั่งที่ชัดเจน ขณะที่ปัญหาเชิงปรับตัว เช่น การเข้าถึงบ้านผู้ป่วยที่ข้อมูลไม่ครบ ความกังวลของประชาชน ความไม่แน่นอนของสถานการณ์ และข้อจำกัดทรัพยากร ต้องอาศัยการเรียนรู้ร่วมกัน การตัดสินใจแบบยืดหยุ่น และการสร้างความร่วมมือหลายภาคส่วน

กลไกสำคัญที่สะท้อนการนำเชิงปรับตัวในกรณีนี้ คือ (1) การปรับแผนรายวันตามข้อมูลภาคสนาม (2) การมอบหมายงานกลับไปให้ทีมย่อยและเครือข่ายพื้นที่ (3) การเปิดพื้นที่ให้เสียงสะท้อนจากภาคสนามถูกนำขึ้นสู่ระดับสั่งการ และ (4) การใช้การทบทวนหลังปฏิบัติการ (After Action Review: AAR) เป็นเครื่องมือเรียนรู้เชิงระบบ ทำให้ทีมสามารถลดช่องว่างระหว่างแผนกับความจริง และเพิ่มความสามารถในการตอบสนองต่อเหตุการณ์ที่เปลี่ยนแปลงรวดเร็วได้อย่างมีเหตุผล

5. การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงระบบของการดำเนินงานทีมหมอเดินเท้า

การวิเคราะห์รายงานผลการปฏิบัติงานของทีมหมอเดินเท้าและการสื่อสารประจำวันกับศูนย์บัญชาการเหตุการณ์ด้านสาธารณสุขสะท้อนให้เห็นช่องว่างเชิงระบบระหว่างแผนการตอบสนองด้านสาธารณสุขกับการปฏิบัติจริงในภาคสนามหลายประเด็น ประเด็นสำคัญที่พบซ้ำจากรายงานของหลายทีม ได้แก่ การกระจายพื้นที่ปฏิบัติงานที่ยังมีความซ้ำซ้อน การขาดข้อมูลพื้นที่เชิงรายละเอียดและผู้นำทางในบางจุด ทำให้บางทีมเข้าพื้นที่ซ้ำหรือไม่ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายตามแผนที่กำหนดไว้

นอกจากนี้ รายงานภาคสนามยังสะท้อนความไม่สอดคล้องระหว่างชุดยาและเวชภัณฑ์ที่จัดเตรียมตามแผนส่วนกลางกับความต้องการจริงของประชาชนในพื้นที่ โดยเฉพาะยาสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรังและเวชภัณฑ์พื้นฐานที่จำเป็นในระยะหลังน้ำลด ปัญหาดังกล่าวส่งผลให้ทีมต้องปรับแผนการดูแลและการประสานส่งต่อในภาคสนามอย่างต่อเนื่อง อีกประเด็นหนึ่งที่ปรากฏชัดจากรายงานคือ ภาระด้านการรายงานข้อมูลที่มีหลายประเด็นและต้องใช้เวลาในการจัดเก็บ ซึ่งในบางช่วงไม่สอดคล้องกับสภาพการปฏิบัติงานภาคสนามที่ต้องให้ความสำคัญกับการเข้าถึงประชาชนและการดูแลผู้ป่วยเป็นหลัก ช่องว่างดังกล่าวเป็นข้อมูลสำคัญที่นำไปสู่การถอดบทเรียนว่า การออกแบบระบบรายงานและการสนับสนุนการตัดสินใจควรมีความยืดหยุ่นและสอดคล้องกับบริบทการปฏิบัติงานจริงมากยิ่งขึ้น

จากการพบซ้ำของประเด็นเหล่านี้ในรายงานจากหลายทีมและหลายช่วงเวลา ผู้เขียนจึงสังเคราะห์เป็นบทเรียนเชิงระบบว่า การเชื่อมโยงแผนการตอบสนองจากระดับศูนย์บัญชาการสู่การปฏิบัติในระดับชุมชนจำเป็นต้องมีกลไกกลาง ที่ช่วยแปลงแผนให้สอดคล้องกับบริบทพื้นที่ ทั้งในมิติข้อมูล การจัดสรรทรัพยากร และอำนาจการปรับแผนในภาคสนาม

จากการสังเคราะห์ข้อมูลการปฏิบัติงานของทีมหมอเดินเท้าในระยะหลังน้ำลด สามารถจัดหมวดหมู่องค์ประกอบเชิงระบบของการดำเนินงานออกเป็น 5 ประเด็นหลัก ได้แก่ การประสานพื้นที่ การจัดการเวชภัณฑ์ การสื่อสารเชิงบัญชาการ ระบบการรายงาน และสมรรถนะของทีมปฏิบัติการ ซึ่งแต่ละองค์ประกอบสะท้อนทั้งจุดแข็งของการดำเนินงานภาคสนามและช่องว่างเชิงระบบที่ควรได้รับการพัฒนาอย่างเป็นรูปธรรม ทั้ง 5 ประเด็นดังกล่าวสามารถจัดกลุ่มและวิเคราะห์ซ้ำในมิติกรอบ WHO 6 Building Blocks เพื่อให้เห็นช่องว่างเชิงระบบอย่างเป็นโครงสร้างเดียวกัน

6. การประสานพื้นที่

จากการทบทวนรายงานผลการปฏิบัติงานประจำวันของหลายทีมพบประเด็นที่ปรากฏซ้ำเกี่ยวกับการกระจายพื้นที่ปฏิบัติงาน โดยเฉพาะกรณีการเข้าพื้นที่ซ้ำ การเดินผิดจุด และการไม่ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายตามแผน เนื่องจากข้อมูลพื้นที่เชิงรายละเอียดและกลไกผู้นำทางในบางพื้นที่ยังไม่ชัดเจน รายงานภาคสนามสะท้อนว่าบางทีมไม่คุ้นเคยกับโครงสร้างชุมชนเมืองหาดใหญ่ ทำให้ต้องใช้เวลามากขึ้นในการค้นหาจุดปักหมุดหรือเส้นทางเข้าถึงครัวเรือน ส่งผลให้ประสิทธิภาพการเข้าถึงประชาชนลดลงและเกิดความซ้ำซ้อนของการทำงาน ในภาพรวมช่องว่างดังกล่าวชี้ให้เห็นว่า แม้ศูนย์บัญชาการเหตุการณ์ด้านสาธารณสุขจะมีการแบ่งโซนพื้นที่เพื่อกระจายกำลังทีมหมอเดินเท้า แต่การแปลงแผนระดับศูนย์บัญชาการ ไปสู่การปฏิบัติระดับชุมชน ยังต้องอาศัยกลไกประสานพื้นที่ที่เข้าใจบริบทจริงของพื้นที่เมือง ทั้งความหนาแน่นของชุมชน ลักษณะทางกายภาพ เส้นทางสัญจร และจุดเสี่ยงที่ประชาชนรวมตัวอยู่ การประสานพื้นที่ที่ไม่ชัดเจนจึงส่งผลให้ระบบการตอบสนองเชิงรุกมีความคลาดเคลื่อนระหว่างแผนกับการเข้าถึงบริการจริง

ดังนั้น บทเรียนเชิงระบบจากรายงานภาคสนามสะท้อนว่า การประสานพื้นที่ เป็นองค์ประกอบสำคัญที่กำหนดความครอบคลุมและประสิทธิภาพของทีมหมอเดินเท้า โดยเฉพาะในบริบทเมืองที่มีโครงสร้างชุมชนซับซ้อนและมีข้อจำกัดด้านการสื่อสารในภาวะวิกฤต หากกลไกนี้เข้มแข็งจะช่วยลดการทำงานซ้ำ เพิ่มความแม่นยำในการเข้าถึงกลุ่มเป้าหมาย และทำให้การจัดบริการสุขภาพเชิงรุกหลังน้ำลดเชื่อมโยงกับความต้องการจริงของประชาชนได้มากขึ้น

7. การจัดการเวชภัณฑ์และยา

การจัดเตรียมเวชภัณฑ์สำหรับทีมหมอเดินเท้าในระยะแรกอาศัยชุดเวชภัณฑ์มาตรฐานที่ออกแบบตามกรอบการตอบสนองเหตุฉุกเฉินทั่วไป ซึ่งมุ่งรองรับการบาดเจ็บและภาวะเฉียบพลันเป็นหลัก อย่างไรก็ตาม ผลจากการปฏิบัติงานภาคสนามในระยะหลังน้ำลดพบว่า ปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นส่วนใหญ่เป็นปัญหาระดับปฐมภูมิและการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ส่งผลให้ทีมหมอเดินเท้าจำเป็นต้องปรับการใช้ยาและการจัดสรรเวชภัณฑ์ให้สอดคล้องกับสถานการณ์จริงในพื้นที่ ในทางปฏิบัติ การปรับการใช้ยาและเวชภัณฑ์ดำเนินการผ่าน 3 กลไกหลัก ได้แก่ (1) การทบทวนปัญหาที่พบจริงรายวัน จากรายงานการปฏิบัติงานและการประชุมถอดบทเรียนหลังปฏิบัติการ (After Action Review: AAR) เพื่อระบุรายการยา/เวชภัณฑ์ที่ขาด หรือใช้มากผิดคาด (2) การจัดทำรายการเบิกเพิ่มเติมแบบเร่งด่วน โดยหัวหน้าทีมหรือผู้รับผิดชอบเวชภัณฑ์ของทีม สรุปความต้องการและประสานต่อศูนย์บัญชาการเหตุการณ์ด้านสาธารณสุขเพื่อจัดหา/กระจายเวชภัณฑ์จากคลังสนับสนุนหรือหน่วยบริการในพื้นที่ และ (3) การเชื่อมต่อการส่งต่อเพื่อรับยาเฉพาะทาง ในกรณีที่ต้องใช้ยาต่อเนื่องของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยประสาน Mini - MERT หรือหน่วยบริการที่เปิดให้บริการได้ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาอย่างเหมาะสมและปลอดภัยมากกว่าการจัดยาทดแทนในภาคสนาม

สำหรับการสนับสนุนเวชภัณฑ์นอกเหนือจากชุดตอบโต้เหตุฉุกเฉินทั่วไป แนวทางที่เกิดขึ้นจริงในภาคสนามคือ การขอสนับสนุนภายใต้ระบบบัญชาการเหตุการณ์ที่มีอยู่ โดยใช้ศูนย์บัญชาการเหตุการณ์ด้านสาธารณสุข เป็นจุดรวมการจัดสรรทรัพยากร ซึ่งสามารถเชื่อมโยงการสนับสนุนจาก (1) หน่วยบริการในพื้นที่ (เช่น โรงพยาบาล/หน่วยปฐมภูมิที่ยังเปิดบริการได้) (2) เครือข่ายสนับสนุนจากจังหวัดที่ระดมกำลัง และ (3) คลังเวชภัณฑ์หรือระบบสนับสนุนของหน่วยงานสาธารณสุขในระดับจังหวัด/เขต กลไกนี้ช่วยให้ทีมปรับทรัพยากรได้โดยไม่ต้องใช้งบประมาณเฉพาะกิจของทีมเอง แต่ยังคงอยู่ภายใต้การควบคุมกำกับและระบบเบิกจ่ายตาม

ระเบียบของหน่วยงานรัฐเพื่อความโปร่งใสและตรวจสอบได้ ช่องว่างระหว่างชุดเวชภัณฑ์มาตรฐานกับลักษณะปัญหาที่พบจริงสะท้อนความจำเป็นในการพัฒนาชุดเวชภัณฑ์แบบยืดหยุ่นสำหรับระยะหลังภัยพิบัติ (Post - disaster flexible medical kits) โดยควรครอบคลุมรายการสำหรับปัญหาสุขภาพระดับปฐมภูมิและการดูแลต่อเนื่องโรคเรื้อรังมากขึ้น เพื่อลดการส่งต่อที่ไม่จำเป็น เพิ่มความต่อเนื่องของการดูแล และทำให้ทีมหมอเดินเท้าตอบสนองต่อความต้องการสุขภาพของชุมชนได้ตรงจุดในระยะหลังน้ำลด ข้อค้นพบนี้สนับสนุนว่าระบบสนับสนุนเวชภัณฑ์ในภัยพิบัติควรออกแบบให้แยกระยะฉุกเฉิน และระยะหลังน้ำลด อย่างชัดเจน เพื่อให้ทรัพยากรสอดรับกับรูปแบบปัญหาสุขภาพที่เปลี่ยนไป

8. ระบบการสื่อสารและการสั่งการ

การวิเคราะห์รายงานผลการปฏิบัติงานและการสื่อสารประจำวันกับศูนย์บัญชาการเหตุการณ์ด้านสาธารณสุขสะท้อนว่า ระบบการสื่อสารและการสั่งการเป็นทั้งกลไกสำคัญในการคงความต่อเนื่องของภารกิจและเป็นความท้าทายในระยะหลังน้ำลด โดยศูนย์บัญชาการใช้ช่องทางสื่อสารอิเล็กทรอนิกส์เพื่อกำหนดพื้นที่และกระจายคำสั่งรายวันให้ทีมหมอเดินเท้าเข้าพื้นที่ได้อย่างรวดเร็ว อย่างไรก็ตาม รายงานภาคสนามพบการเปลี่ยนแผนกระทันหันหรือการแจ้งปรับพื้นที่ในช่วงเวลาจำกัด ส่งผลให้ทีมต้องปรับการจัดทีมย่อย เส้นทางเดินเท้าและการเตรียมยา, เวชภัณฑ์ใหม่อย่างเร่งด่วน เพิ่มภาระด้านโลจิสติกส์และเสี่ยงต่อการเข้าพื้นที่ซ้ำซ้อนหรือไม่ตรงกลุ่มเป้าหมาย บทเรียนเชิงระบบจึงชี้ว่า ควรกำหนดรอบเวลาการปรับแผนให้ชัดเจน และจัดให้มีข้อมูลพื้นที่ขั้นต่ำที่จำเป็นต่อการตัดสินใจ เพื่อคงความยืดหยุ่นของระบบบัญชาการ ขณะเดียวกันลดผลกระทบต่อการปฏิบัติการภาคสนาม เพิ่มความครอบคลุมการเข้าถึงประชาชน และทำให้การทำงานเชิงรุกสอดคล้องกับเป้าหมายของศูนย์บัญชาการมากยิ่งขึ้น

9. ระบบการรายงานข้อมูล

ระบบรายงานผลการปฏิบัติงานในช่วงอุทกภัยเป็นการรายงานหลายมิติ ครอบคลุมข้อมูลการรักษาพยาบาล การคัดแยกระดับสี กลุ่มเปราะบาง และโรคทางระบาด โดยรายงานผ่านช่องทางสื่อสารของศูนย์บัญชาการเหตุการณ์ด้านสาธารณสุขเพื่อใช้ประกอบการสรุปสถานการณ์และจัดสรรทรัพยากร อย่างไรก็ตามในทางปฏิบัติภาระการรายงานที่ละเอียดอาจเพิ่มข้อจำกัดด้านเวลาในการทำงานเชิงรุกภาคสนาม จึงเสนอให้พัฒนารูปแบบรายงานย่อสำหรับภาคสนาม (Field - friendly reporting) ที่เน้นตัวชี้วัดสำคัญ เช่น จำนวนผู้รับบริการตามระดับสี การส่งต่อ และกลุ่มเปราะบาง พร้อมให้ศูนย์บัญชาการช่วยสังเคราะห์ข้อมูลส่วนที่ละเอียดเพื่อลดภาระทีมปฏิบัติการ

10. สมรรถนะและความพร้อมของทีมปฏิบัติการ

รายงานผลการปฏิบัติงานประจำวันและการถอดบทเรียนหลังปฏิบัติงาน ของทีมหมอเดินเท้าสะท้อนว่าสมรรถนะและความพร้อมของทีมมีผลต่อประสิทธิภาพการเข้าถึงประชาชนอย่างชัดเจน โดยเฉพาะทักษะความรู้พื้นที่ การวางแผนเส้นทาง การประเมินปัญหาสุขภาพระดับปฐมภูมิ และการคัดแยกระดับความรุนแรงเบื้องต้น รวมถึงการประสานส่งต่อผู้ป่วยไปยังทีมแพทย์เคลื่อนที่หรือหน่วยบริการที่เหมาะสม ในบางช่วงพบความแตกต่างของผลการปฏิบัติงานระหว่างทีม เนื่องจากบุคลากรบางส่วนไม่คุ้นเคยพื้นที่หรือไม่มั่นใจในแนวทางปฏิบัติ ส่งผลให้เกิดการเข้าพื้นที่ซ้ำหรือการจัดการผู้ป่วยไม่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน บทเรียนเชิงระบบจึงชี้ว่า ควรเตรียมความพร้อมทีมด้วยการกำหนดสมรรถนะหลัก สำหรับการทำงานเชิงรุกในภาวะอุทกภัย จัดทำการปฐมนิเทศก่อน

ลงพื้นที่ และใช้กลไกจับคู่ทีมกับผู้มีความรู้พื้นที่ เพื่อเพิ่มความสม่ำเสมอของการปฏิบัติงานและลดการพึ่งพาความสามารถเฉพาะบุคคล

เพื่อยกระดับการวิเคราะห์เชิงระบบให้เป็นไปตามหลักวิชาการ บทความนี้นำกรอบ WHO Health System Framework: 6 Building Blocks [15] มาใช้เป็นกรอบวิเคราะห์ช่องว่างและโอกาสพัฒนา ได้แก่ (1) การบริการ (Service delivery) (2) กำลังคน (Health workforce) (3) ข้อมูลข่าวสารสุขภาพ (Health information) (4) เวชภัณฑ์ เทคโนโลยีทางการแพทย์ (Medical products and technologies) (5) การเงินการคลัง (Financing) และ (6) ภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล (Leadership and governance) เพื่อสะท้อนภาพรวมของระบบสนับสนุนปฏิบัติการในภาวะวิกฤตอย่างเป็นโครงสร้างเดียวกัน ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 องค์ประกอบเชิงระบบของการดำเนินงานทีมหมอเดินเท้าในระยะหลังน้ำลด

องค์ประกอบเชิงระบบ	สิ่งที่พบจากภาคสนาม	ผลต่อการดำเนินงาน	ประเด็นเชิงพัฒนา
การประสานพื้นที่	ไม่มีผู้นำพื้นที่ชัด	เดินซ้ำ/พลาดพื้นที่	พัฒนากลไกการประสานพื้นที่ระดับชุมชน
เวชภัณฑ์	ชุดยามาตรฐานไม่ตรงความต้องการ	ต้องปรับหน้างาน	การจัดหายา เวชภัณฑ์ที่พร้อมใช้กับสถานการณ์
การสั่งการ	แผนเปลี่ยนฉับพลัน	ภาระโลจิสติกส์	กำหนดกรอบเวลาในการปรับแผนที่ชัดเจน
การรายงาน	รายละเอียดสูงมาก	ลดเวลาหน้างาน	พัฒนาระบบรายงานที่เหมาะกับการทำงานภาคสนาม
สมรรถนะทีม	พึ่งพาคนรู้พื้นที่	ผลไม่สม่ำเสมอ	กำหนดสมรรถนะหลักของทีมหมอเดินเท้า

จากตารางที่ 1 สะท้อนให้เห็นว่า การดำเนินงานของทีมหมอเดินเท้าในระยะหลังน้ำลดมีศักยภาพเชิงปฏิบัติการในการลดช่องว่างของระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ โดยเฉพาะความสามารถในการเข้าถึงประชาชน การจัดการภาระงานจำนวนมากในระยะเวลาจำกัด และการปรับการดำเนินงานให้สอดคล้องกับบริบทพื้นที่ขณะเดียวกัน การวิเคราะห์ยังชี้ให้เห็นช่องว่างเชิงระบบจากแผนสู่การปฏิบัติจริงในภาคสนาม ซึ่งสะท้อนโอกาสในการพัฒนากลไกการประสานงาน การจัดการทรัพยากร และระบบสนับสนุนการตัดสินใจ เพื่อยกระดับประสิทธิภาพและความยืดหยุ่นของการตอบสนองด้านสาธารณสุขต่ออุทกภัยในอนาคต

อีกมิติหนึ่งที่มีความสำคัญคือการเงินการคลัง (Financing) ซึ่งสะท้อนข้อจำกัดด้านค่าใช้จ่ายภาคสนาม เช่น การเดินทาง การสื่อสาร และการจัดหาเวชภัณฑ์เพิ่มเติมในช่วงหลังน้ำลด หากไม่มีกรอบงบปฏิบัติการและช่องทางเบิกจ่ายได้รวดเร็ว อาจทำให้การตอบสนองขาดความต่อเนื่อง จึงควรกำหนดงบฉุกเฉินภายใต้ระบบกำกับตรวจสอบได้เพื่อสนับสนุนการปฏิบัติการเชิงรุกอย่างยั่งยืน

รูปแบบการปฏิบัติงานแพทย์เดินเท้าในภาวะอุทกภัยเขตเมืองที่เสนอ (Proposed Model)

จากการถอดบทเรียน สามารถสังเคราะห์เป็น รูปแบบการปฏิบัติงานที่ปรับปรุงใหม่ เพื่อรองรับภัยพิบัติเขตเมือง โดยมีแกนกลางคือการบูรณาการ การสั่งการ (EOC) เข้ากับการเข้าถึงเชิงรุกระดับปฐมภูมิ และการจัดการทรัพยากรเชิงระบบตาม WHO 6 Building Blocks รูปแบบที่เสนอประกอบด้วย 4 ระยะต่อเนื่อง ดังนี้

ระยะที่ 1 เตรียมความพร้อมก่อนลงพื้นที่ (Preparedness & Target mapping)

(1) จัดตั้ง “ผู้ประสานพื้นที่” เป็นจุดเชื่อมระหว่างศูนย์สั่งการกับชุมชน

(2) ทำบัญชีรายชื่อกลุ่มเปราะบาง/ผู้ป่วยติดบ้าน/ผู้สูงอายุ และกำหนดพื้นที่เป้าหมายแบบเป็นโซน

(3) เตรียมเวชภัณฑ์เป็นชุดตามระยะเหตุการณ์ (เฉียบพลัน/หลังน้ำลด) และกำหนด Minimum dataset สำหรับรายงาน

ระยะที่ 2 ปฏิบัติการเชิงรุกแบบทีมแพทย์เดินเท้า (Field operation & Service continuity)

(1) ลงพื้นที่แบบ “เข้าถึงถึงบ้าน” พร้อมคัดกรองความเร่งด่วน

(2) เน้นการดูแลต่อเนื่องโรคเรื้อรัง/การป้องกันภาวะแทรกซ้อน/การจัดการสุขาภิบาลหลังน้ำลด

(3) เชื่อมการส่งต่อผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงเข้าสู่ระบบบริการที่เหมาะสม

ระยะที่ 3 ระบบข้อมูลสั้น กระชับ ใช้งานได้จริง (Rapid reporting & Decision support)

(1) รายงานข้อมูลแบบสั้นตามหัวใจข้อมูลขั้นต่ำ (เช่น จำนวนผู้ป่วย/กลุ่มเสี่ยง/ปัญหาเร่งด่วน/เวชภัณฑ์ขาดแคลน)

(2) มีทางเลือกสำรองเมื่อระบบออนไลน์ใช้ไม่ได้ (Offline - first)

(3) ใช้ข้อมูลภาคสนามเป็นฐานปรับแผนรายวัน

ระยะที่ 4 เรียนรู้และปรับตัวเชิงระบบ (AAR & System improvement loop)

(1) ทำ AAR แบบสั้นทุกวัน/หรือทุกภารกิจ เพื่อระบุสิ่งที่ทำได้ดี – ช่องว่าง - แนวทางปรับปรุง

(2) ปรับการจัดคน ยา ข้อมูล และงบปฏิบัติการให้สอดคล้องสถานการณ์

(3) สังเคราะห์เป็นมาตรฐานปฏิบัติงาน (SOP) สำหรับเหตุการณ์ในอนาคต

รูปแบบดังกล่าวช่วยให้บทเรียนจากสถานการณ์จริงถูกเปลี่ยนเป็นแนวทางปฏิบัติที่ทำซ้ำได้ ลดการพึ่งพาความสามารถเฉพาะบุคคล และเพิ่มความพร้อมของระบบบริการปฐมภูมิในการรองรับภัยพิบัติเขตเมืองอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอเชิงนโยบายและการประยุกต์ใช้

จากบทเรียนเชิงระบบของการดำเนินงานทีมหมอเดินเท้าในระยะหลังน้ำลด ข้อเสนอเชิงนโยบายควรถูกนำเสนอต่อสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และศูนย์บัญชาการเหตุการณ์ด้านสาธารณสุขระดับจังหวัด ในฐานะหน่วยงานกำกับการปฏิบัติการภาคสนาม รวมถึง สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และหน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่เมืองเสี่ยงอุทกภัย เพื่อใช้เป็นกลไกเตรียมความพร้อมและยกระดับการตอบสนองในระยะหลังภัยพิบัติให้มีความต่อเนื่องมากขึ้น ทั้งนี้ ข้อเสนอสำคัญสามารถสรุปได้ 3 ประเด็น ดังนี้

1. พัฒนากลไกผู้ประสานพื้นที่ด้านสุขภาพในระดับชุมชนเมือง ควรกำหนดบทบาทผู้ประสานพื้นที่อย่างเป็นรูปธรรมภายใต้ระบบบัญชาการเหตุการณ์ระดับจังหวัด เพื่อเชื่อมข้อมูลระหว่างศูนย์บัญชาการ ทีมภาคสนาม และผู้นำชุมชน ลดการเข้าพื้นที่ซ้ำซ้อน เพิ่มความครอบคลุมของกลุ่มเป้าหมาย และทำให้การกระจายทีมเชิงรุกมีความแม่นยำมากขึ้น

2. จัดทำชุดเวชภัณฑ์และแนวทางสนับสนุนทางคลินิกเฉพาะระยะหลังน้ำลด ควรพัฒนาชุดยาและเวชภัณฑ์แบบยืดหยุ่นที่รองรับปัญหาระดับปฐมภูมิและความต่อเนื่องของการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เพื่อลดภาระการปรับทรัพยากรหน้างาน ลดการส่งต่อที่ไม่จำเป็น และเพิ่มความต่อเนื่องของการดูแลในชุมชน

3. ปรับระบบรายงานให้เหมาะกับภาคสนามและเชื่อมโยงการตัดสินใจระดับบัญชาการ ควรพัฒนารูปแบบรายงานสั้นที่เน้นข้อมูลจำเป็นต่อการสั่งการและจัดสรรทรัพยากร ลดความซับซ้อนของการรายงานจากทีมภาคสนาม และให้มีทีมสรุปข้อมูลในระดับบัญชาการ เพื่อรักษาสมดุลระหว่างการใช้ข้อมูลเชิงระบบ กับความเป็นไปได้ในการปฏิบัติจริง

ในเชิงการประยุกต์ใช้ ข้อเสนอข้างต้นสามารถนำไปบรรจุในแผนเตรียมความพร้อมด้านสาธารณสุขระดับจังหวัด/อำเภอสำหรับพื้นที่เมืองเสี่ยงอุทกภัย และพัฒนาเป็น แนวปฏิบัติ (SOP) รวมถึง การฝึกซ้อมระบบบัญชาการเหตุการณ์ เพื่อให้ทีมหมอเดินเท้าสามารถเปลี่ยนผ่านจากช่วงตอบสนองฉุกเฉินสู่ระยะหลังน้ำลดได้อย่างมีประสิทธิภาพและต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะสำหรับการนำไปใช้ประโยชน์

1. ระดับพื้นที่ (สาธารณสุข/ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล / องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น) ควรทำฐานข้อมูลกลุ่มเปราะบางและทำแผนที่ GIS ล่วงหน้า เพื่อให้ทีมหมอเดินเท้า เข้าถึงเป้าหมายได้ทันที พร้อมปรับชุดเวชภัณฑ์สนามเขตเมือง ให้สอดคล้องปัญหาหลังน้ำลด โดยเน้น ทำแผล – ติดเชื้อผิวหนัง/น้ำกัดเท้า – ทางเดินหายใจ/ไข้ – ยากลุ่มโรคเรื้อรังที่ขาดยา – อุปกรณ์ป้องกันทีม (PPE)

2. การวางแผนและบัญชาการเหตุการณ์ ควรฝึกซ้อม ICS ระดับชุมชน ลดขั้นตอนรายงานซ้ำซ้อน และจัดระบบสื่อสารสำรองในพื้นที่อับสัญญาณ เพื่อให้การสั่งการและประสานงานไม่สะดุด

3. ระบบรายงานแบบย่อ (Rapid reporting) ควรกำหนดข้อมูลขั้นต่ำ ได้แก่ พื้นที่/ เวลา จำนวนผู้รับบริการ กลุ่มเปราะบาง อาการสำคัญ/ความเร่งด่วน ปัญหาเวชภัณฑ์ สัญญาณระบาดวิทยา และใช้แพลตฟอร์มที่เชื่อมแดชบอร์ดได้ทันที

4. การต่อยอดวิชาการและนโยบาย ใช้บทความเป็นกรณีศึกษาเพื่อพัฒนาสมรรถนะ Adaptive Leadership และใช้เป็นหลักฐานสนับสนุนงบ/ทรัพยากร เพื่อเพิ่ม ความยืดหยุ่น ของระบบสุขภาพปฐมภูมิในภาวะวิกฤต

ข้อจำกัดของบทความ

บทความนี้เป็นการถอดบทเรียนจากรายงานภาคสนามของทีมแพทย์เดินเท้าและการทบทวนหลังปฏิบัติการ จึงมีข้อจำกัดด้านความครบถ้วนและความสม่ำเสมอของข้อมูล เนื่องจากรูปแบบการบันทึกอาจแตกต่างกันระหว่างทีม และบางพื้นที่มีข้อจำกัดด้านการสื่อสาร อาจทำให้ข้อมูลไม่สมบูรณ์ นอกจากนี้การสังเคราะห์บทเรียนเป็นรูปแบบปฏิบัติงานอาจต้องปรับให้เหมาะสมกับบริบททรัพยากร โครงสร้างบริการปฐมภูมิและระบบบัญชาการเหตุการณ์ของแต่ละพื้นที่ ดังนั้นการนำไปใช้ในพื้นที่อื่นควรดำเนินการแบบปรับประยุกต์และประเมินผลร่วมกับผู้เกี่ยวข้องในพื้นที่

อีกทั้งการสรุปบทเรียนและจัดทำบทความภายในระยะเวลาจำกัดหลังเหตุการณ์สิ้นสุด อาจทำให้การวิเคราะห์ยังไม่ลึกเท่าที่ควร และข้อมูลบางส่วนอาจยังไม่ผ่านการตรวจสอบความถูกต้องอย่างเป็นทางการ จึงควรตีความผลการสังเคราะห์ในฐานะข้อเสนอเชิงปฏิบัติการเบื้องต้นที่สามารถพัฒนาและทดสอบเพิ่มเติมได้

สรุป

บทความนี้สังเคราะห์นวัตกรรมเชิงกระบวนการ จากการปฏิบัติการแพทย์เดินเท้าในภาวะอุทกภัยเขตเมือง โดยนำเสนอเป็นรูปแบบการปฏิบัติงาน ที่ประกอบด้วยการสั่งการแบบศูนย์บัญชาการ การเข้าถึงเชิงรุกระดับครัวเรือน ระบบรายงานภาคสนามแบบสั้นและใช้ได้จริง และวงจรการเรียนรู้หลังปฏิบัติการ (AAR) เพื่อปรับแผนอย่างรวดเร็ว รูปแบบดังกล่าวสามารถประยุกต์ใช้กับพื้นที่เมืองอื่นที่เผชิญภัยพิบัติได้ทันที โดยปรับตามบริบททรัพยากรและโครงสร้างบริการปฐมภูมิของพื้นที่ ในเชิงผลลัพธ์ด้านสุขภาพ โมเดลหมอเดินเท้าช่วยลดความเสี่ยงจากการขาดความต่อเนื่องของการรักษาในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และเพิ่มการเข้าถึงบริการจำเป็นในระยะหลังน้ำลด ซึ่งมีแนวโน้มลดภาวะแทรกซ้อนและการส่งต่อที่ไม่จำเป็น ขณะเดียวกันในมุมความคุ้มค่า โมเดลดังกล่าวเป็นการใช้ทรัพยากรเชิงรุกเพื่อลดต้นทุนที่อาจเกิดขึ้นภายหลัง จากการป่วยรุนแรงและการเข้ารับรักษาในโรงพยาบาล โดยสามารถประเมินผลได้จากตัวชี้วัดง่าย ๆ เช่น อัตราการขาดยา การกลับมารักษาซ้ำ และอัตราการส่งต่อในช่วงหลังเหตุการณ์ นอกจากนี้ การพัฒนาให้เป็นมาตรฐานปฏิบัติงานและบูรณาการเข้าสู่ระบบบริการปฐมภูมิ จะช่วยเพิ่ม ความยืดหยุ่น ของระบบสุขภาพ ทำให้การตอบสนองต่อเหตุการณ์ฉุกเฉินมีความต่อเนื่อง มีประสิทธิภาพ และยั่งยืนมากขึ้นในระยะยาว

การอ้างอิง

วีระศักดิ์ เดชอรัญ. บทเรียนเชิงระบบจากการดำเนินงานทีมหมอเดินเท้าในระยะหลังน้ำลด: การเสริมความเข้มแข็งระบบสุขภาพปฐมภูมิเมืองหาดใหญ่. วารสารการศึกษาและวิจัยการสาธารณสุข. 2569; 4(2): 189 - 203.
DechAran V. System Lessons from Walking Doctor Team Operations in the Post-Flood Phase: Strengthening Primary Health Care in Hat Yai City, Thailand. Journal of Education and Research in Public Health. 2026; 4(2): 189 - 203.

เอกสารอ้างอิง

[1] World Health Organization. Flooding and communicable diseases: risk assessment and preventive measures. Geneva: World Health Organization; 2017.

[2] ชาญชัย เจริญสุข และกาญจนา นาถะพินธุ. ผลกระทบต่อสุขภาพจากภัยน้ำท่วมและการปรับตัวของประชาชนในพื้นที่น้ำท่วมซ้ำซาก อำเภอเกษตรสมบูรณ์ จังหวัดชัยภูมิ. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2555; 5(3): 1 - 10. สืบค้นเมื่อ 5 ธันวาคม 2568 จาก https://he01.tci-thaijo.org/index.php/kkujphr/article/view/118239.

[3] Acosta-España JD, Romero-Alvarez D, Luna C, and Rodriguez-Morales AJ. Infectious disease outbreaks in the wake of natural flood disasters: global patterns and local implications. Le Infezioni in Medicina. 2024; 32(4): 451 - 62. DOI: 10.53854/liim-3204-4.

[4] ดวงตา พันธะมา และสุจิตรา จำปาหวาย. ผลกระทบและปัญหาสุขภาพจิตภายหลังอุทกภัยของประชาชนบ้านผักกะต่ายา ตำบลมะอึ อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพและสาธารณสุขชุมชน. 2562; 3(2): 50 - 9.

[5] Lowe D, Ebi KL, and Forsberg B. Factors increasing vulnerability to health effects before, during and after floods. International Journal of Environmental Research and Public Health. 2013; 10(12): 7015 - 67. DOI: 10.3390/ijerph10127015.

[6] United Nations Office for Disaster Risk Reduction. Public health system resilience in disasters. Geneva: UNDRR; 2020.

[7] จิตรา ศิริโยธิพันธุ์. การพัฒนารูปแบบบริการสุขภาพเพื่อช่วยเหลือผู้ได้รับผลกระทบจากภัยพิบัติอุทกภัย โรงพยาบาลบางสะพาน อำเภอบางสะพาน จังหวัดประจวบคีรีขันธ์. วารสารแพทย์เขต 4 - 5. 2561; 37(2): 120 - 35. สืบค้นเมื่อ 6 ธันวาคม 2568 จาก https://he02.tci-thaijo.org/index.php/reg45/article/view/134864.

[8] กระทรวงสาธารณสุข. ส่งทีมแพทย์เดินเท้า 145 คน ค้นหาช่วยผู้ป่วยตามบ้านน้ำท่วมหาดใหญ่. Hfocus เจาะลึกระบบสุขภาพ. สืบค้นเมื่อ 5 ธันวาคม 2568 จาก https://www.hfocus.org/content/2025/11/36213.

[9] Furin M. Incident Command System. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing. 2024. Accessed 17 January 2026 from https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK441863/.

[10] Rose DA, Murthy S, Brooks J, and Bryant J. The evolution of public health emergency management and the Emergency Operations Center. American Journal of Public Health. 2017; 107(S2): S126 - 9. Accessed 17 January 2026 from https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5594384/.

[11] World Health Organization. Primary health care. Geneva: World Health Organization. 2023. Accessed 17 January 2026 from https://www.who.int/health-topics/primary-health-care.

[12] World Health Organization. Declaration of Alma-Ata: International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6–12 September 1978 [Internet]. Geneva: World Health Organization. 1978. Accessed 17 January 2026 from https://www.who.int/publications-detail-redirect/declaration-of-alma-ata.

[13] กรมการแพทย์. คู่มือแนวทางการคัดแยกและจัดลำดับการบริการ ณ ห้องฉุกเฉิน (MOPH ED Triage). กรุงเทพฯ: กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. 2562. สืบค้นเมื่อ 5 ธันวาคม 2568 จาก https://www.dms.go.th/backend/Content/Content_File/Population_Health/Attach/25621021104459AM_44.pdf.

[14] Centers for Disease Control and Prevention. Leptospirosis: About. Accessed 17 Jan 2026 from https://www.cdc.gov/leptospirosis/about/index.html.

[15] World Health Organization. Everybody’s business: strengthening health systems to improve health outcomes: WHO’s framework for action. Geneva: World Health Organization. 2007.

ผลของโปรแกรมการพัฒนาสถานประกอบการเพื่อสุขภาพต่อการปฏิบัติตามมาตรฐานทางกฎหมายในเขตกรุงเทพมหานคร

Effects of a Health Establishment Development Program on Legal Standard Compliance in Bangkok Metropolitan Area

ณัฐฐิญา นาคหลง [1] และสุชาญวัชร สมสอน [2*]

Natthaya Naklong [1], and Suchanwat Somsorn [2*]

[1] กองสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000

[2] วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000

[1] The Burau of Health Establishments, Mueang District, Nonthaburi Province. 11000

[2] Boromarajonani College of Nursing Changwat Nonthaburi, Mueang District, Nonthaburi Province. 11000

[*] Corresponding Author: สุชาญวัชร สมสอน E-mail: suchanwat.somsorn@bcnnon.ac.th

Received : 4 September 2025 Revised : 2 February 2026 Accepted : 5 February 2026

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการศึกษากึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการพัฒนาสถานประกอบการเพื่อสุขภาพต่อความรู้ ทัศนคติ พฤติกรรมของผู้ประกอบการ และการปฏิบัติตามมาตรฐานทางกฎหมายของสถานประกอบการในเขตกรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ประกอบการสถานประกอบการเพื่อสุขภาพที่ได้รับใบอนุญาตในพื้นที่กรุงเทพมหานคร จำนวน 143 แห่ง คัดเลือกแบบเจาะจง เครื่องมือวิจัย ประกอบด้วย โปรแกรมการพัฒนาสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ ได้แก่ ระบบพี่เลี้ยง เครือข่ายที่ปรึกษา และการใช้เทคโนโลยี ระยะเวลา 12 สัปดาห์ แบบสอบถามความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมของผู้ประกอบกิจการ และแบบตรวจประเมินสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และ Paired t-test ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมโปรแกรมมีความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001) และภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมสถานประกอบการผ่านการตรวจประเมินเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 88.1 เป็นร้อยละ 100.0 ผลการศึกษาครั้งนี้ยืนยันว่า โปรแกรมการพัฒนาสถานประกอบการเพื่อสุขภาพสามารถเพิ่มความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมของผู้ประกอบกิจการ และมาตรฐานสถานประกอบการเพื่อสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้นเพื่อให้สถานบริการเพื่อสุขภาพเป็นไปตามมาตรฐานอยู่เสมอควรมีการทบทวนและประเมินตนเองอย่างสม่ำเสมอ จัดให้มีระบบพี่เลี้ยงหรือเครือข่ายที่ปรึกษาเชิงวิชาชีพ และใช้เทคโนโลยีช่วยให้การสื่อสาร การอบรม และการติดตามมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

คำสำคัญ: โปรแกรม สถานประกอบการเพื่อสุขภาพ มาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนด กรุงเทพมหานคร

Abstract

This quasi-experimental study aimed to examine the effects of a healthy workplace development program on entrepreneurs' knowledge, attitudes, and practices, as well as on compliance with legal standards among health - related establishments in Bangkok. The sample consisted of 143 licensed health establishments in Bangkok, selected through purposive sampling. The research instruments included a healthy workplace development program comprising a mentoring system, a consultant network, and the use of technology over

12 weeks period; a questionnaire assessing entrepreneurs' knowledge, attitudes, and practices; and a health establishment inspection checklist. Data were analyzed using descriptive statistics and paired t-tests. The results indicated that, after participation in the program, the sample demonstrated significantly higher levels of knowledge, attitudes, and practices compared with baseline (p-value < 0.001). In addition, the proportion of establishments meeting regulatory standards increased from 88.1% to 100% following program implementation. These findings confirm that the healthy workplace development program effectively enhanced entrepreneurs' knowledge, attitudes, and practices, as well as compliance with health establishment standards. Therefore, to ensure continuous adherence to standards, health service establishments should regularly conduct self-assessments, establish mentoring systems or professional advisory networks, and utilize technology to improve communication, training, and follow - up processes.

Keywords: Program, Health Establishment Development, Legal Standard Compliance, Bangkok

บทนำ

กระทรวงสาธารณสุขได้รับมอบหมายให้เป็นหน่วยงานหลักในการบริหารขับเคลื่อนยุทธศาสตร์การพัฒนาประเทศไทยให้เป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ (นโยบาย Medical Hub) มาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2547 จนถึงปัจจุบัน ยุทธศาสตร์การพัฒนาประเทศไทยให้เป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ (พ.ศ. 2560 – 2569) ประกอบด้วย 4 ผลผลิตหลัก ได้แก่ ศูนย์กลางบริการเพื่อส่งเสริมสุขภาพ (Wellness Hub) ศูนย์กลางบริการสุขภาพ (Medical Service Hub) ศูนย์กลางบริการวิชาการและงานวิจัย (Academic Hub) และศูนย์กลางยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ (Product Hub) [1] ด้วยเหตุนี้จึงต้องมีการเตรียมความพร้อมสู่การพัฒนาให้ไทยเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ ที่สามารถแข่งขันกับนานาประเทศ โดยใช้ศักยภาพความแข็งแกร่งด้านระบบบริการสุขภาพของประเทศดึงดูดนักท่องเที่ยวให้เดินทางเข้ามาเพื่อรับบริการ จนสามารถสร้างรายได้เข้าสู่ประเทศ [2] อย่างไรก็ตาม ผู้ประกอบการด้านสุขภาพในประเทศไทยส่วนใหญ่ยังขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับกฎหมายที่เกี่ยวข้อง และมีความต้องการเข้ารับการอบรมเพิ่มเติมเกี่ยวกับมาตรฐานบริการ เพื่อให้สามารถแข่งขันในตลาดสากลได้ [3]

ยุทธศาสตร์ Medical Hub ในผลผลิต "ศูนย์กลางบริการเพื่อส่งเสริมสุขภาพ (Wellness Hub)" ได้รับการขับเคลื่อนโดยกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ซึ่งส่งเสริมการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพให้เป็นแหล่งรายได้หลักของประเทศ โดยเน้นการยกระดับมาตรฐานธุรกิจบริการสุขภาพและเสริมความงามผ่านการกำกับคุณภาพด้วยกฎหมายและนวัตกรรม [2] ซึ่งการที่สถานประกอบการเพื่อสุขภาพจะสามารถยกระดับคุณภาพได้นั้นจำเป็นต้องอาศัยความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมของผู้ประกอบการที่มีความเข้าใจในหลักเกณฑ์ของกฎหมายเป็นสำคัญ [4] ในด้านการประเมินคุณภาพตามมาตรฐาน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพได้มีการดำเนินการตรวจประเมินสถานประกอบการประเภทกิจการสปา นวดเพื่อสุขภาพ และนวดเพื่อเสริมความงาม ภายหลังที่ได้รับอนุญาตแล้ว โดยใช้เกณฑ์ตามพระราชบัญญัติสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ. 2559 [5] และกฎกระทรวง ปี พ.ศ. 2560 [6] ซึ่งกำหนดมาตรฐานด้านสถานที่ ความปลอดภัย และการให้บริการอย่างละเอียด นอกจากนี้ในบริบทของการประเมินคุณภาพบริการนวดไทย พบว่าการมีมาตรฐานที่ชัดเจนและการมีส่วนร่วมของผู้ประกอบการสามารถส่งผลต่อความมั่นใจของผู้บริโภคและการขยายตัวของตลาดสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ [7, 8]

จากการดำเนินงานที่ผ่านมาพบว่า ภายหลังที่ผู้ประกอบการได้รับใบประกอบกิจการเพื่อสุขภาพ ผู้ประกอบการบางส่วนยังมีการดำเนินการภายหลังได้รับใบอนุญาตไม่เป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนด [2, 3] ผู้วิจัยได้เล็งเห็นความสำคัญของการประกอบกิจการตามพระราชบัญญัติดังกล่าว จึงได้กำหนดกรอบการประเมินผลการปฏิบัติราชการตามคำรับรองการปฏิบัติราชการประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 ในองค์ประกอบการประเมินประสิทธิผลการดำเนินงาน (Performance - Based) ของตัวชี้วัด “ร้อยละของสถานประกอบการเพื่อสุขภาพกลุ่มเป้าหมายผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามกำหนด” โดยมีการดำเนินการตรวจประเมินมาตรฐานสถานประกอบการเพื่อสุขภาพภายหลังได้รับอนุญาต [9] การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการพัฒนาสถานประกอบการเพื่อสุขภาพต่อความรู้ ทัศนคติ พฤติกรรมของผู้ประกอบการ และต่อการปฏิบัติตามมาตรฐานทางกฎหมายของสถานประกอบการในเขตกรุงเทพมหานคร ซึ่งจะนำไปสู่การพัฒนาแนวทางให้สถานประกอบการเหล่านี้มีมาตรฐานตามกฎหมายอย่างมีประสิทธิภาพ และสามารถสนับสนุนการขับเคลื่อนนโยบายเศรษฐกิจและสังคมของประเทศได้อย่างยั่งยืนต่อไป

ยุทธศาสตร์ Medical Hub ในผลผลิต “ศูนย์กลางบริการเพื่อส่งเสริมสุขภาพ (Wellness Hub)” ได้รับการขับเคลื่อนโดยกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ซึ่งส่งเสริมการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพให้เป็นแหล่งรายได้หลักของประเทศ โดยเน้นการยกระดับมาตรฐานธุรกิจบริการสุขภาพและเสริมความงามผ่านการกำกับคุณภาพด้วยกฎหมายและนวัตกรรม [2] ซึ่งการที่สถานประกอบการเพื่อสุขภาพจะสามารถยกระดับคุณภาพได้นั้น จำเป็นต้องอาศัยความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมของผู้ประกอบการที่มีความเข้าใจในหลักเกณฑ์ของกฎหมายเป็นสำคัญ [4] ในด้านการประเมินคุณภาพตามมาตรฐาน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพได้มีการดำเนินการตรวจประเมินสถานประกอบการประเภทกิจการสปา นวดเพื่อสุขภาพ และนวดเพื่อเสริมความงาม ภายหลังที่ได้รับอนุญาตแล้ว โดยใช้เกณฑ์ตามพระราชบัญญัติสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ. 2559 [5] และกฎกระทรวงปี พ.ศ. 2560 [6] ซึ่งกำหนดมาตรฐานด้านสถานที่ ความปลอดภัย และการให้บริการอย่างละเอียด นอกจากนี้ในบริบทของการประเมินคุณภาพบริการนวดไทย พบว่าการมีมาตรฐานที่ชัดเจนและการมีส่วนร่วมของผู้ประกอบการสามารถส่งผลต่อความมั่นใจของผู้บริโภคและการขยายตัวของตลาดสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ [7, 8]

จากการดำเนินงานที่ผ่านมาพบว่า ภายหลังที่ผู้ประกอบการได้รับใบประกอบกิจการเพื่อสุขภาพ ผู้ประกอบการบางส่วนยังมีการดำเนินการภายหลังได้รับใบอนุญาตไม่เป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนด [2,3] ผู้วิจัยได้เล็งเห็นความสำคัญของการประกอบกิจการตามพระราชบัญญัติดังกล่าว จึงได้กำหนดกรอบการประเมินผลการปฏิบัติราชการตามคำรับรองการปฏิบัติราชการประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 ในองค์ประกอบการประเมินประสิทธิผลการดำเนินงาน (Performance - Based) ของตัวชี้วัด “ร้อยละของสถานประกอบการเพื่อสุขภาพกลุ่มเป้าหมายผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามกำหนด” โดยมีการดำเนินการตรวจประเมินมาตรฐานสถานประกอบการเพื่อสุขภาพภายหลังได้รับอนุญาต [9] การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการพัฒนาสถานประกอบการเพื่อสุขภาพต่อความรู้ ทัศนคติ พฤติกรรมของผู้ประกอบการ และต่อการปฏิบัติตามมาตรฐานทางกฎหมายของสถานประกอบการในเขตกรุงเทพมหานคร ซึ่งจะนำไปสู่การพัฒนาแนวทางให้สถานประกอบการเหล่านี้มีมาตรฐานตามกฎหมายอย่างมีประสิทธิภาพ และสามารถสนับสนุนการขับเคลื่อนนโยบายเศรษฐกิจและสังคมของประเทศได้อย่างยั่งยืนต่อไป

วิธีดำเนินการวิจัย

1. รูปแบบการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ชนิดกลุ่มเดียว แบบวัดก่อน - หลังการทดลอง ผ่านการดำเนินการตรวจประเมินมาตรฐานสถานประกอบการเพื่อสุขภาพภายหลังได้รับอนุญาตในพื้นที่กรุงเทพมหานคร ระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2567 - กรกฎาคม 2568

2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ประกอบการสถานประกอบการเพื่อสุขภาพที่ได้รับใบอนุญาตประกอบการสถานประกอบการเพื่อสุขภาพในพื้นที่กรุงเทพมหานคร จำนวน 1,347 แห่ง [10]

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ประกอบการสถานประกอบการเพื่อสุขภาพที่ได้รับใบอนุญาตประกอบการสถานประกอบการเพื่อสุขภาพในพื้นที่กรุงเทพมหานคร ที่เปิดให้บริการในปี พ.ศ. 2567 ที่ต้องได้รับการตรวจประเมินมาตรฐานสถานประกอบการเพื่อสุขภาพภายหลังได้รับอนุญาตในปี พ.ศ. 2568 จำนวน 143 แห่ง ประกอบด้วย กิจการนวดเพื่อสุขภาพ จำนวน 101 แห่ง กิจการนวดเพื่อเสริมความงาม จำนวน 5 แห่ง และกิจการสปา จำนวน 37 แห่ง คัดเลือกจากกลุ่มตัวอย่างโดยใช้การสุ่มแบบเจาะจง (Purposive sampling) ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์เกณฑ์คัดเข้า

เกณฑ์การคัดเข้า

1) เป็นสถานประกอบการเพื่อสุขภาพในเขตกรุงเทพมหานครที่ได้รับอนุญาตให้ดำเนินกิจการอย่างถูกต้องตามพระราชบัญญัติสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ. 2559

2) เป็นสถานประกอบการในพื้นที่กรุงเทพมหานคร

3) มีผู้ประกอบกิจการหรือผู้มีหน้าที่รับผิดชอบ ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยและการพัฒนาในโปรแกรม

4) เป็นสถานประกอบการเพื่อสุขภาพที่เริ่มเปิดบริการในปี พ.ศ. 2567 ที่ต้องได้รับการตรวจประเมินมาตรฐานสถานประกอบการเพื่อสุขภาพภายหลังได้รับอนุญาตในปี พ.ศ. 2568

5) มีการให้ข้อมูลโดยสมัครใจ พร้อมทั้งยินยอมให้ใช้ข้อมูลเพื่อการวิจัยโดยไม่เปิดเผยชื่อ

เกณฑ์การคัดออก

1) เป็นสถานประกอบการที่ปิดกิจการหรือไม่ได้ดำเนินกิจการในช่วงเวลาที่ทำการวิจัย

2) เป็นสถานประกอบการที่ไม่สามารถติดต่อได้

3) เป็นสถานประกอบการที่ปฏิเสธการเข้าร่วมโปรแกรมหรือไม่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามหรือรับการตรวจประเมิน

4) เป็นสถานประกอบการที่มีประวัติการละเมิดกฎหมาย หรืออยู่ในระหว่างกระบวนการพิจารณาคดี

3. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้เครื่องมือในการวิจัย 2 ส่วน ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและเอกสารที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

1) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มี 2 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมของผู้ประกอบกิจการ ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง แบ่งออกเป็น 4 ส่วนย่อย ได้แก่ ส่วนย่อยที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป: ข้อมูลพื้นฐานของผู้ประกอบการ เช่น สถานภาพ ประสบการณ์ในการบริหารสถานประกอบการ ประเภทของสถานประกอบการ และจำนวนผู้ให้บริการ ส่วนย่อยที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับกฎหมาย: ข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ เกี่ยวกับพระราชบัญญัติสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ. 2559 และกฎกระทรวง พ.ศ. 2560 เป็นคำถามแบบปรนัยที่มีคำตอบถูกต้องเพียงข้อเดียว ส่วนย่อยที่ 3 แบบสอบถามทัศนคติ ข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ เกี่ยวกับทัศนคติต่อการประกอบกิจการสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ (สปา นวดเพื่อสุขภาพ นวดเพื่อเสริมความงาม) ใช้มาตราส่วนประเมินค่าแบบไลเคิร์ต (Likert scale) 5 ระดับ ได้แก่ ระดับ 1 = ไม่เห็น

ด้วยอย่างยิ่ง จนถึง ระดับ 5 = เห็นด้วยอย่างยิ่ง และส่วนย่อยที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรมการบริหารจัดการ ข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ เป็นคำถามเกี่ยวกับความถี่ในการปฏิบัติหรือพฤติกรรมการบริหารจัดการของผู้ประกอบการในสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ ใช้มาตราส่วนประเมินค่าแบบไลเคิร์ต (Likert scale) 5 ระดับ ได้แก่ ระดับ 1 = ไม่เคยเลย จนถึง ระดับ 5 = ปฏิบัติเป็นประจำ

ส่วนที่ 2 แบบตรวจประเมินสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ เป็นแบบฟอร์มมาตรฐานที่ใช้สำหรับการประเมินสถานประกอบการตามข้อกำหนดในพระราชบัญญัติสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ. 2559 และกฎกระทรวง พ.ศ. 2560 [11] โดยแบ่งเกณฑ์การประเมินออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ด้านสถานที่ ด้านความปลอดภัย และด้านการให้บริการ จำนวน 34 ข้อ เป็นลักษณะของแบบประเมินเป็น แบบตรวจสอบรายการ (Checklist) มีคำอธิบายประกอบเพื่อสร้างความเข้าใจที่ตรงกัน โดยกำหนดเกณฑ์การประเมินเป็น 2 ระดับ ได้แก่ “ผ่านเกณฑ์” และ “ไม่ผ่านเกณฑ์” โดยต้องผ่านเกณฑ์ ไม่น้อยกว่า 28 ข้อ จึงถือว่า ผ่านการประเมิน

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัยที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ก่อนนำเครื่องมือไปใช้เก็บข้อมูลจริง ผู้วิจัยได้ดำเนินการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามส่วนที่ 1 เสนอให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ซึ่งมีความเชี่ยวชาญด้านกฎหมายและการจัดการสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ ทำการประเมินความสอดคล้องระหว่างคำถามกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย โดยใช้ดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Index of Item - Objective Congruence: IOC) ผลการประเมินพบว่า ส่วนย่อยที่ 2 3 และ 4 มีค่าดัชนี IOC เท่ากับ 1 และ 0.97 ตามลำดับ จากนั้นการตรวจสอบความเชื่อมั่น โดยผู้วิจัยได้ทดสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถามกับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน โดยใช้สถิติหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach’s alpha coefficient) ผลการวิเคราะห์พบว่า ส่วนย่อยที่ 3 และ 4 มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.88 และ 0.93 ตามลำดับ ส่วนแบบสอบถามส่วนย่อยที่ 2 มีค่า KR - 20 เท่ากับ 0.98

2) เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย เป็นโปรแกรมการพัฒนาสถานประกอบการเพื่อสุขภาพที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา จากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน แล้วนำมาทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน จากนั้นนำมาปรับปรุงก่อนำไปใช้ในการทดลอง โดยโปรแกรมการพัฒนาสถานประกอบการเพื่อสุขภาพเป็นการจัดกิจกรรมกลุ่มและกิจกรรมเฉพาะราย ระยะเวลา 12 สัปดาห์ ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 เป็นกิจกรรมกลุ่ม โดยผู้วิจัยทำการการประเมินความรู้ ทัศนคติ พฤติกรรมของผู้ประกอบการและการปฏิบัติตามมาตรฐานทางกฎหมายของสถานประกอบการผ่าน Google forms จากนั้น อบรมให้ทบทวนความรู้ตามพระราชบัญญัติสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ. 2559 และกฎกระทรวง พ.ศ. 2560 [5, 6] จากนั้นมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กันระหว่างเครือข่ายผู้ประกอบการเพื่อสุขภาพ

สัปดาห์ที่ 2 - 8 เป็นกิจกรรมเฉพาะราย โดยให้คำปรึกษาเชิงลึกรายสถานประกอบการตามข้อกำหนดในพระราชบัญญัติสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ. 2559 และกฎกระทรวง พ.ศ. 2560 แก่กลุ่มตัวอย่าง โดยหลังจากประเมินตนเองแล้วสถานประกอบการไม่ผ่านในหัวข้อใด ผู้วิจัยดำเนินการการให้คำปรึกษาและข้อเสนอแนะอย่างละเอียดและเหมาะสมกับบริบท ผ่านการติดต่อในแอปพลิเคชัน Line official ในวันและเวลาราชการ

สัปดาห์ที่ 9 - 11 เป็นกิจกรรมเฉพาะราย โดยผู้วิจัยดำเนินการดำเนินการลงพื้นที่ตรวจประเมินมาตรฐานสถานประกอบการเพื่อสุขภาพภายหลังได้รับอนุญาตในพื้นที่กรุงเทพมหานคร ใช้แบบตรวจประเมินสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ

สัปดาห์ที่ 12 เป็นกิจกรรมกลุ่ม โดยผู้วิจัยทำการการประเมินความรู้ ทัศนคติ พฤติกรรมของผู้ประกอบการและการปฏิบัติตามมาตรฐานทางกฎหมายของสถานประกอบการ ผ่าน Google forms จากนั้นผู้วิจัยดำเนินการสรุปผลการประเมินมาตรฐานสถานประกอบการเพื่อสุขภาพภายหลังได้รับอนุญาตในพื้นที่กรุงเทพมหานคร

4. การรวบรวมข้อมูล

การศึกษานี้ได้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2567 - กรกฎาคม 2568 มีระยะดำเนินการวิจัย 12 สัปดาห์ โดยโปรแกรมการพัฒนาสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ และทำการเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนเริ่มกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 1 (ระยะก่อนเข้าร่วมโปรแกรม) และเมื่อสิ้นสุดกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 12 (ระยะหลังเข้าร่วมโปรแกรม)

5. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS for window version 21 โดยวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ แจกแจงความถี่ ร้อยละ และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมของผู้ประกอบกิจการ ก่อน - หลังเข้าร่วมโปรแกรม ด้วยสถิติ Paired t-test

ผลการศึกษา

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 81.8 มีอายุระหว่าง 50 - 59 ปี ร้อยละ 35.7 ระดับการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี ร้อยละ 46.8 มีตำแหน่งผู้ประกอบการ ร้อยละ 67.1 ประสบการณ์ 10 ปีขึ้นไป ร้อยละ 36.4 เป็นกิจการนวดเพื่อสุขภาพ ร้อยละ 70.6 ส่วนใหญ่มีพนักงาน 1 - 5 คน ร้อยละ 56.6 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไป (n = 143)

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	26	18.2
หญิง	117	81.8
อายุ		
20 - 29 ปี	2	1.5
30 - 39 ปี	25	17.4
40 - 49 ปี	45	31.5
50 - 59 ปี	51	35.7
60 ปี ขึ้นไป	20	13.9
ระดับการศึกษา		
ต่ำกว่าปริญญาตรี	67	46.8
ปริญญาตรี	56	39.2
ปริญญาโท	18	12.6
ปริญญาเอก	2	1.4
ตำแหน่ง		
ผู้ดำเนินการ	46	32.2
ผู้ประกอบกิจการ	96	67.1
พนักงาน	1	0.7
ประสบการณ์		
น้อยกว่า 1 ปี	1	0.7
1 - 3 ปี	30	20.9

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
4 - 6 ปี	31	21.7
7 - 9 ปี	29	20.3
10 ขึ้นไป	52	36.4
ประเภทสถานประกอบการ		
กิจการนวดเพื่อสุขภาพ	101	70.6
กิจการนวดเพื่อเสริมความงาม	5	3.5
กิจการสปา	37	25.9
จำนวนพนักงาน		
1 - 5 คน	81	56.6
6 - 10 คน	41	28.7
11 - 15 คน	8	5.6
16 - 20 คน	4	2.8
มากกว่า 20 คน	9	6.3

นอกจากนี้พบว่า ภายหลังกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมโปรแกรมมีความรู้สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001) ภายหลังกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมโปรแกรมมีทัศนคติสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001) และภายหลังกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมโปรแกรมมีพฤติกรรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมของผู้ประกอบกิจการ (n = 143)

ตัวแปร	$\bar{x}$	S.D.	t	p-value
ความรู้				
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	7.78	2.13	8.12	< 0.001*
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	9.32	1.03		
ทัศนคติ				
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	3.85	0.97	8.19	< 0.001*
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	4.57	0.67		
พฤติกรรม				
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	4.27	0.49	6.45	< 0.001*
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	4.53	0.51		

*p-value < 0.05

นอกจากนี้ผลการตรวจประเมินสถานประกอบการเพื่อสุขภาพหลังจากได้รับใบอนุญาตประกอบกิจการพบว่า ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมสถานประกอบการผ่านการตรวจประเมิน ร้อยละ 100 เมื่อจำแนกรายด้านพบว่า ด้านการได้รับอนุญาต ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 100 ด้านสถานที่ ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 100 ด้านความปลอดภัย ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 100 และด้านการให้บริการ ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 100

ตารางที่ 3 ผลการตรวจประเมินสถานประกอบการเพื่อสุขภาพหลังจากได้รับใบอนุญาตประกอบกิจการ (n = 143)

ผลการตรวจประเมิน	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม จำนวน (ร้อยละ)		หลังเข้าร่วมโปรแกรม จำนวน (ร้อยละ)	
	ผ่าน	ไม่ผ่าน	ผ่าน	ไม่ผ่าน
1. ด้านการได้รับอนุญาต	126 (88.1)	17 (11.9)	143 (100)	0 (0.0)
2. ด้านสถานที่	124 (86.7)	19 (13.3)	143 (100)	0 (0.0)
3. ด้านความปลอดภัย	135 (94.4)	8 (5.6)	143 (100)	0 (0.0)
4. ด้านการให้บริการ	132 (92.3)	11 (7.7)	143 (100)	0 (0.0)
สรุปผลประเมิน	126 (88.1)	17 (11.9)	143 (100)	0 (0.0)

อภิปราย

ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมโปรแกรมมีความรู้สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001) เนื่องมาจากโปรแกรมมีการให้ความรู้ผ่านการอบรมร่วมกับการให้คำปรึกษาเชิงลึกรายสถานประกอบการตามข้อกำหนดในพระราชบัญญัติสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ. 2559 และกฎกระทรวง พ.ศ. 2560 ผ่านการใช้เทคโนโลยีเข้ามามีส่วนร่วมในการสื่อสารเครือข่ายที่มีประสิทธิภาพ [5, 6] ทำให้ผู้ประกอบการมีความรู้ที่เพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน สอดคล้องกับการศึกษาของ มยุเรศ ฤทธิ์ทรงเมือง [12] ที่พบว่า ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมความรู้ในการจำหน่ายยาอย่างปลอดภัยสำหรับผู้ประกอบการร้านชำมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการจำหน่ายยาอย่างปลอดภัยมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001) เป็นไปตามการศึกษาของ เชาวลิต อุปฐาก และคณะ [13] พบว่า การให้ความรู้สามารถทำให้ศักยภาพของผู้ประกอบการอุตสาหกรรมอาหารสำหรับผู้สูงอายุเพื่อสุขภาพในยุคดิจิทัลได้ดียิ่งขึ้น นอกจากนี้ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมโปรแกรมมีทัศนคติสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001) เนื่องมาจากโปรแกรมมีการให้คำปรึกษาเชิงลึกรายสถานประกอบการตามข้อกำหนดในพระราชบัญญัติสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ. 2559 และกฎกระทรวง พ.ศ. 2560 [5, 6] รวมถึงให้ข้อเสนอแนะอย่างละเอียดให้เหมาะสมกับบริบท ผ่านการติดต่อในแอปพลิเคชัน Line Official ซึ่งเมื่อผู้ประกอบการเกิดความรู้เข้าใจในข้อกำหนดต่าง ๆ ได้ดีขึ้นส่งผลให้ทัศนคติของผู้ประกอบการที่เพิ่มขึ้นตามไปด้วย [14] สอดคล้องกับการศึกษาของสุนิสา จันทร์แสงและคณะ [15] ที่พบว่า คะแนนทัศนคติของกลุ่มตัวอย่างหลังการเข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาผู้ดูแลทันตสุขภาพสูงกว่าก่อนเข้าโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.05) นอกจากนี้ผลการศึกษา พบว่า ภายหลังกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมโปรแกรมมีพฤติกรรมการบริหารจัดการสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001) เนื่องมาจากเนื่องมากจากโปรแกรมมีการให้คำปรึกษาเชิงลึกรายสถานประกอบการและให้ข้อเสนอแนะอย่างละเอียดให้เหมาะสมกับบริบท ผ่านการติดต่อในแอปพลิเคชัน Line Official อย่างต่อเนื่องทำให้ผู้ประกอบการสามารถบริหารจัดการสถานประกอบการให้ได้ตามข้อกำหนดได้ดียิ่งขึ้น ทั้งนี้การเพิ่มขึ้นของการบริหารจัดการสถานประกอบการเกิดจากการส่งเสริมความเข้าใจในมาตรฐาน และการจัดการทรัพยากรที่เหมาะสม [8] สอดคล้องกับการศึกษาของ อัจศรา ประเสริฐสิน และคณะ [16] ที่พบว่า ภายหลังดำเนินการแนวทางการบริหารจัดการการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพตามการรับรู้และพฤติกรรมของผู้เกี่ยวข้องในจังหวัดพระนครศรีอยุธยาดีขึ้น

นอกจากนี้ผลการตรวจประเมินสถานประกอบการเพื่อสุขภาพหลังจากได้รับใบอนุญาตประกอบกิจการพบว่า ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมสถานประกอบการผ่านการตรวจประเมินเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 88.1 เป็นร้อยละ 100.0 เนื่องมากจากโปรแกรมมีการให้คำปรึกษาเชิงลึกรายสถานประกอบการตามข้อกำหนด และให้ข้อเสนอแนะอย่างละเอียดให้เหมาะสมกับบริบท ผ่านการติดต่อในแอปพลิเคชัน Line Official รวมถึงการติดตามอย่างต่อเนื่องทำให้สถานบริการสามารถผ่านประเมินมาตรฐานสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ

ภายหลังได้รับอนุญาตได้ทุกแห่ง สอดคล้องกับการศึกษาของ รติยา อินทเกษ และคณะ [17] ที่พบว่า สถานประกอบการเพื่อสุขภาพ จังหวัดอุดรธานี ผ่านมาตรฐาน ร้อยละ 5.8 ภายหลังดำเนินการพัฒนาสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ ผ่านมาตรฐาน ร้อยละ 91.7 อย่างไรก็ตามผลการศึกษานี้ทำให้ให้เห็นว่า การให้ความรู้ควบคู่กับการให้คำปรึกษาเชิงบริบทจะช่วยเสริมสร้างศักยภาพของผู้ประกอบการในภาคสุขภาพและบริการได้อย่างยั่งยืน อีกทั้งการมีระบบติดตามและประเมินผลที่ต่อเนื่อง ทำให้เกิดการปรับปรุงคุณภาพบริการสถานประกอบการเพื่อสุขภาพที่สอดคล้องกับมาตรฐานทางกฎหมายที่กำหนดได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป [5, 6]

อย่างไรก็ตามการพัฒนาสถานประกอบการเพื่อสุขภาพผ่านโปรแกรมที่เน้นการให้ความรู้ การให้คำปรึกษาเชิงลึก และการติดตามอย่างต่อเนื่อง สามารถยกระดับการปฏิบัติตามมาตรฐานทางกฎหมายได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยหน่วยงานภาครัฐบูรณาการรูปแบบการพัฒนาลักษณะนี้เข้าเป็นกลไกถาวรของระบบกำกับดูแลสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ โดยเฉพาะในบริบทของการขับเคลื่อนนโยบาย Medical Hub [1, 2] ซึ่งจำเป็นต้องอาศัยมาตรฐานคุณภาพ ความปลอดภัย และความเชื่อมั่นของผู้รับบริการ การมีระบบพี่เลี้ยงการให้คำปรึกษาเชิงวิชาชีพ และการใช้เทคโนโลยีสนับสนุนการติดตามประเมินผล จะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการกำกับดูแล ลดภาระการตรวจสอบภาคสนาม และส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพอย่างยั่งยืนต่อไป [7, 8]

สรุป

การวิจัยนี้ศึกษาผลของโปรแกรมการพัฒนาสถานประกอบการเพื่อสุขภาพต่อความรู้ ทัศนคติ พฤติกรรมของผู้ประกอบการ และการปฏิบัติตามมาตรฐานทางกฎหมายของสถานประกอบการในเขตกรุงเทพมหานคร โดยดำเนินการตามโปรแกรมการพัฒนาสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ ระยะเวลา 12 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมโปรแกรมมีความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมสถานประกอบการผ่านการตรวจประเมินเพิ่มขึ้น ดังนั้นเพื่อให้สถานบริการเพื่อสุขภาพเป็นไปตามมาตรฐานอยู่เสมอควรมีการทบทวนและประเมินตนเองอย่างสม่ำเสมอ จัดให้มีระบบพี่เลี้ยงหรือเครือข่ายที่ปรึกษาเชิงวิชาชีพ และใช้เทคโนโลยีช่วยให้การสื่อสาร การอบรม และการติดตามมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะเชิงวิชาการ

ในการศึกษาครั้งต่อไปควรมีการศึกษาวิจัยต่อยอดเพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ระหว่างการพัฒนาสถานประกอบการในเขตเมืองกับต่างจังหวัด รวมถึงควรดำเนินการวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อศึกษาปัจจัยเชิงลึก เช่น แรงจูงใจ ความท้าทาย และข้อจำกัดของผู้ประกอบการในการปรับใช้มาตรการตามกฎหมาย

2. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

หน่วยงานสาธารณสุขควรบูรณาการโปรแกรมลักษณะนี้เข้าในแผนยุทธศาสตร์การกำกับดูแลสถานประกอบการเพื่อสุขภาพอย่างถาวร รวมถึงควรมีการกำหนดนโยบายสนับสนุนการอบรมผู้ประกอบการเป็นระยะ เช่น การอบรมต่ออายุใบอนุญาต เพื่อรักษามาตรฐานคุณภาพบริการในระยะยาว และควรพัฒนาระบบติดตามผลออนไลน์ เพื่อช่วยลดภาระการลงพื้นที่และเพิ่มความสะดวกในการกำกับดูแล

3. ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติงาน

ผู้ประกอบการควรมีการทบทวนและประเมินตนเองอย่างสม่ำเสมอ โดยใช้แบบตรวจประเมินมาตรฐานที่หน่วยงานรัฐกำหนด รวมถึงควรจัดให้มีระบบพี่เลี้ยงหรือเครือข่ายที่ปรึกษาเชิงวิชาชีพ เพื่อให้ผู้ประกอบการสามารถขอคำแนะนำและแก้ไขปัญหาได้ทันท่วงที และนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาใช้ เช่น แอปพลิเคชัน หรือระบบ E-Learning สามารถช่วยให้การสื่อสาร การอบรม และการติดตามมีประสิทธิภาพและเข้าถึงได้ง่ายขึ้น

การอ้างอิง

ณัฐฐิญา นาคหลง, และ สุชาญวัชร สมสอน. ผลของโปรแกรมการพัฒนาสถานประกอบการเพื่อสุขภาพต่อการปฏิบัติตามมาตรฐานทางกฎหมายในเขตกรุงเทพมหานคร. วารสารการศึกษาและวิจัยการสาธารณสุข. 2569; 4(2): 204 - 14.

Naklong N, and Somsorn S. Effects of a Health Establishment Development Program on Legal Standard Compliance in Bangkok Metropolitan Area. Journal of Education and Research in Public Health. 2026; 4(2): 204 - 14.

เอกสารอ้างอิง

[1] สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. ยุทธศาสตร์การพัฒนาประเทศไทยให้เป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ (พ.ศ. 2560 – 2569). กรุงเทพฯ, สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. 2559.

[2] กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. แนวทางการพัฒนาศูนย์กลางบริการเพื่อส่งเสริมสุขภาพ (Wellness Hub). นนทบุรี, กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. 2560.

[3] ศิรวีย์ ครองศีล. มาตรการทางกฎหมายในการกำกับดูแลธุรกิจการให้บริการสุขภาพโดยโทรกรรมในประเทศไทย. [วิทยานิพนธ์]. ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต, คณะนิติศาตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 2564.

[4] พินิจ ทิพย์มณ. ปัญหาทางกฎหมายในการบังคับใช้ตามพระราชบัญญัติสถานบริการเพื่อสุขภาพ พ.ศ. 2559. วารสารนิติศาสตร์และสังคมท้องถิ่น. 2564; 5(1): 197 - 233.

[5] ราชกิจจานุเบกษา. พระราชบัญญัติสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ. 2559. เล่ม 133 ตอนที่ 30 ก. 2559.

[6] ราชกิจจานุเบกษา. กฎกระทรวง กำหนดมาตรฐานด้านสถานที่ ความปลอดภัย และการให้บริการในสถานประกอบการเพื่อสุขภาพประเภทกิจการสปา และกิจการนวดเพื่อสุขภาพหรือเพื่อเสริมความงาม พ.ศ. 2560. เล่ม 134 ตอนที่ 61 ก. 2560.

[7] Janchai N, Baxter G, and Srisaeng P. Study of Thai massage service quality effect on international tourist confidence. Academica Turistica. 2023; 16(3): 345 - 55.

[8] ชนิดา ศิริสวัสดิ์. การยกระดับมาตรฐานสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ ประเภทกิจการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง: การศึกษาเชิงคุณภาพจากมุมมองผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในเขตสุขภาพที่ 6. วารสารสาธารณสุขมูลฐาน. 2568; 39(2): 28 - 39.

[9] กระทรวงสาธารณสุข. ระบบการะวัดผลตัวชี้วัด กระทรวงสาธารณสุข : ร้อยละของสถานพยาบาลและสถานประกอบการเพื่อสุขภาพได้รับการตรวจสอบมาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด. สืบค้นเมื่อ 4 กันยายน 2568 จาก https://healthkpi.moph.go.th/kpi2/kpi-list/view/?id=27.

[10] กองสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. ข้อมูลสถานประกอบการเพื่อสุขภาพหลังจากได้รับใบอนุญาตประกอบกิจการประเภทกิจการสปา นวดเพื่อสุขภาพหรือนวดเพื่อเสริมความงาม. นนทบุรี, กองสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. 2567.

[11] กองสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. บันทึกการตรวจประเมินสถานประกอบการเพื่อสุขภาพหลังจากได้รับใบอนุญาตประกอบกิจการประเภทกิจการสปา นวดเพื่อสุขภาพหรือนวดเพื่อเสริมความงาม (Post Audit). นนทบุรี, กองสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. 2564.

[12] มยุเรศ ฤทธิ์ทรงเมือง. ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ในการจำหน่ายยาอย่างปลอดภัยสำหรับผู้ประกอบการร้านชำในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหัวนาคำ อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน. 2567; 9(6): 412 - 20.

[13] เชาวลิต อุปฐาก, สุภัททา ปิณฑะแพทย์, ธีรวุฒิ บุณยโสภณ, และ สุชาติ เชี่ยงฉิน. การพัฒนารูปแบบศักยภาพของผู้ประกอบการอุตสาหกรรมอาหารสำหรับผู้สูงอายุเพื่อสุขภาพในยุคดิจิทัล. วารสารพัฒนาเทคนิคศึกษา. 2567; 36(131): 68 - 78.

[14] กมลวรรณ วรรณขำ, กฤษณ์ ประสิทธิโชค, โรม บัวทอง, ธนรักษ์ ผลิพัฒน์, และ บุษบา ศุภวัฒน์ธนบดี. การศึกษาความรู้ ทัศนคติและการปฏิบัติในการป้องกันโรคฝีดาษวานร (Mpox) ของผู้ประกอบอาชีพประเภทผู้ให้บริการนวดเพื่อสุขภาพในกรุงเทพมหานคร. วารสารสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง. 2566; 8(1): 242 - 58.

[15] สุนิสา จันทร์แสง, มารุต ภู่พะเนียด, และ กนกวรรณ แสงจันทร์. ประสิทธิผลของโปรแกรมพัฒนาผู้ดูแลทันตสุขภาพต่อความรู้ ทัศนคติ และทักษะการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยติดเตียง. วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน. 2568; 31(3): 30 - 40.

[16] อัจศรา ประเสริฐสิน, และ วิจิตรตา โป๊ะฮง. แนวทางการบริหารจัดการการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพตามการรับรู้และพฤติกรรมของผู้เกี่ยวข้องในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา. วารสารรัชต์ภาคย์. 2565; 16(48): 136 - 51.

[17] รติยา อินทเกษ, และ เอกรัฐ เหาะเหิน. ประสิทธิผลมาตรฐานสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ จังหวัดอุดรธานี. วารสารวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา. 2565; 8(2): 104 - 12.

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท้ายหาด อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรสงคราม

Development of Nursing Practice Guidelines for the Prevention of Pressure ulcers at Thai Hat Subdistrict Health Promoting Hospital, Mueang District, Samut Songkhram Province, Thailand

ปิ่นรัตน์ พูลละม้าย[1*]
Pinrut Poonlamy[1*]

[1] โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท้ายหาด อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรสงคราม 75000
[1]Thai Hat Subdistrict Health Promoting Hospital, Mueang District, Samut Songkhram Province 75000
[*] Corresponding author: ปิ่นรัตน์ พูลละม้าย Email: pinrutpoolamy2514@gmail.com
Received : 30 November 2025 Revised : 7 February 2026 Accepted : 11 February 2026

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนา ตรวจสอบคุณภาพ ประเมินความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ และศึกษานำร่องผลของแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยนอนติดเตียงในชุมชน การดำเนินการวิจัยแบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ 1) การศึกษาข้อมูลสถานการณ์และทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ (Research phase) 2) การพัฒนาและตรวจสอบคุณภาพแนวปฏิบัติ และ 3) การศึกษานำร่องการนำแนวปฏิบัติไปใช้ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยนอนติดเตียงในความดูแลของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท้ายหาด จำนวน 10 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง จากเวชระเบียนและทะเบียนผู้ป่วยตามเกณฑ์คัดเข้าและคัดออก การเก็บข้อมูลใช้แบบประเมินมาตรฐาน ได้แก่ Braden Scale และ Mini Nutritional Assessment (MNA) ก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติเป็นระยะเวลา 3 เดือน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และเปรียบเทียบคะแนนก่อน–หลังด้วยสถิติ Wilcoxon matched-pairs signed-rank test ผลการศึกษาพบว่าหลังการใช้แนวปฏิบัติ คะแนนความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับตาม Braden scale เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.05) โดยเฉพาะด้านการเคลื่อนไหว การลดแรงกดทับ และภาวะโภชนาการ ขณะที่ไม่พบการเกิดแผลกดทับใหม่ในกลุ่มตัวอย่าง แนวปฏิบัติได้รับการประเมินว่ามีความชัดเจน เหมาะสม และสามารถปฏิบัติได้จริงในบริบทชุมชน สรุปได้ว่า แนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นมีศักยภาพในการใช้ป้องกันแผลกดทับอย่างยั่งยืน เหมาะสำหรับผู้สูงอายุและผู้ป่วยเรื้อรังที่นอนติดเตียงในระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ โดยควรขยายการใช้ควบคู่กับการอบรมบุคลากรและการติดตามผลในระยะยาวเพื่อเพิ่มประสิทธิผลของการดูแล

คำสำคัญ: แนวปฏิบัติการพยาบาล แผลกดทับ ผู้ป่วยนอนติดเตียง

Abstract

This study employed a research and development (R&D) design to develop, validate, assess feasibility, and pilot test nursing practice guidelines for the prevention of pressure injuries among bedridden patients in a primary healthcare setting. The study was conducted at a sub-district health-promoting hospital in Thailand and consisted of three phases: 1) situation

analysis and evidence review, 2) guideline development and quality evaluation, and 3) a pilot implementation study. Participants were ten bedridden patients selected through purposive sampling based on medical records and predefined inclusion criteria. The data were collected from October to December 2025. Standardized instruments were used, including the Braden Scale for pressure injury risk assessment and the Mini Nutritional Assessment (MNA). Quantitative data were analyzed using descriptive statistics (frequency, percentage, mean, and standard deviation). Changes in pressure injury risk scores before and after guideline implementation were examined using the Wilcoxon matched-pairs signed-rank test. The results demonstrated a statistically significant improvement in overall Braden Scale scores after implementation of the nursing practice guidelines (p-value < 0.05), particularly in mobility, pressure reduction, and nutritional status domains. No new pressure injuries were observed among participants during the three-month follow-up period. The guidelines were evaluated by healthcare providers as clear, appropriate, comprehensive, and feasible for routine use in the community setting. In conclusion, the developed nursing practice guidelines are evidence-based, practical, and sustainable for preventing pressure injuries among bedridden older adults and patients with chronic conditions in primary healthcare services. The findings support broader implementation of the guidelines, accompanied by staff training and long-term monitoring, to enhance the quality and continuity of community-based nursing care.

Keywords: Nursing practice guidelines; Pressure injuries; Bedridden patients

บทนำ

แผลกดทับ (Pressure ulcer/Pressure injury) เป็นภาวะที่ผิวหนัง และเนื้อเยื่อใต้ผิวหนังได้รับความเสียหายจากแรงกดทับ แรงเฉือน หรือแรงเสียดทานที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้การไหลเวียนเลือด และการนำออกซิเจนไปยังเนื้อเยื่อลดลง จนเกิดภาวะเนื้อตายหรือแผลเปิด แผลกดทับมักเกิดบริเวณปุ่มกระดูก เช่น ก้นกบ ส้นเท้า สะโพก และข้อศอก และสามารถพัฒนาได้อย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีภาวะเปราะบางทางสุขภาพ [1, 2] ภาวะดังกล่าวพบได้บ่อยในผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดด้านการเคลื่อนไหวหรือผู้ป่วยที่ต้องนอนติดเตียงเป็นเวลานาน เช่น ผู้ป่วยในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และผู้ป่วยที่มีภาวะอัมพฤกษ์หรืออัมพาต [2] ข้อมูลระดับโลกจากการศึกษาภาระโรค (Global burden of disease study 2021) รายงานว่าจำนวนผู้ป่วยแผลกดทับเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากประมาณ 676,000 รายในปี 1990 เป็นมากกว่า 1.7 ล้านรายในปี 2021 แม้ว่าอัตราการเกิดแบบปรับตามอายุจะลดลงเล็กน้อย แต่หลายประเทศยังมีอัตราการเกิดสูงกว่าค่าเฉลี่ยโลกอย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะในประเทศที่มีสัดส่วนผู้สูงอายุและผู้ป่วยเรื้อรังเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว [3] สถานการณ์ดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่าแผลกดทับยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญในระบบบริการสุขภาพทั่วโลก

สำหรับประเทศไทย รายงานจากหน่วยงานด้านสาธารณสุข และงานวิจัยในช่วง 3 – 5 ปีที่ผ่านมาพบว่าอุบัติการณ์แผลกดทับในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอยู่ในช่วงร้อยละ 5 – 10 และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในกลุ่มผู้สูงอายุ และผู้ป่วยนอนติดเตียงที่ได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน โดยเฉพาะในบริบทชุมชนที่มีข้อจำกัดด้านทรัพยากร และบุคลากรทางการพยาบาล [4, 5] ผลกระทบของแผลกดทับส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในลักษณะองค์รวม ครอบคลุมมิติด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ผู้ป่วยมักเผชิญกับความเจ็บปวดเรื้อรัง การติดเชื้อซ้ำ การฟื้นฟูสมรรถภาพที่ล่าช้า และการสูญเสียความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน นอกจากนี้ ยังพบภาวะวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า และการรับรู้คุณค่าในตนเองที่ลดลงอย่างมี

นัยสำคัญ [6] ผลกระทบไม่ได้จำกัดอยู่เฉพาะตัวผู้ป่วยเท่านั้น แต่ยังขยายไปถึงครอบครัว และผู้ดูแล ซึ่งต้องรับภาระการดูแลระยะยาว ความเครียดทางอารมณ์ ความเหนื่อยล้า และภาระค่าใช้จ่ายด้านการรักษา วัสดุอุปกรณ์ และการสูญเสียรายได้ งานวิจัยในประเทศไทยรายงานว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่มีแผลกดทับมีภาระการดูแล และความเครียดสูงกว่าผู้ดูแลผู้ป่วยที่ไม่มีแผลกดทับอย่างมีนัยสำคัญ [5, 6]

ในมุมมองของระบบบริการสุขภาพ แผลกดทับเป็นตัวชี้วัดคุณภาพการดูแลที่สำคัญ และเป็นสาเหตุของระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลที่ยาวขึ้น ต้นทุนการรักษาที่เพิ่มสูงขึ้น และภาระงานด้านการพยาบาล โดยเฉพาะในระดับปฐมภูมิที่มีข้อจำกัดด้านบุคลากร และทรัพยากร งานวิจัยต่างประเทศชี้ให้เห็นว่า แผลกดทับสามารถเพิ่มค่าใช้จ่ายในการรักษาได้หลายเท่าตัวเมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่ไม่มีแผลกดทับ [7] ปัจจุบันมีการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-based practice: EBP) เพื่อป้องกัน และลดความเสี่ยงการเกิดแผลกดทับ โดยเน้นการประเมินความเสี่ยงอย่างเป็นระบบ การจัดท่าทางผู้ป่วย การดูแลผิวหนัง และการมีส่วนร่วมของผู้ดูแล อย่างไรก็ตาม การนำแนวปฏิบัติเหล่านี้ไปใช้จริงในประเทศไทยยังพบข้อจำกัดหลายประการ เช่น ความไม่เพียงพอของบุคลากร ความแตกต่างด้านสมรรถนะของพยาบาล ทรัพยากรที่จำกัด และบริบทเฉพาะของการดูแลผู้ป่วยนอนติดเตียงที่บ้าน ซึ่งแตกต่างจากบริบทโรงพยาบาล [8, 9]

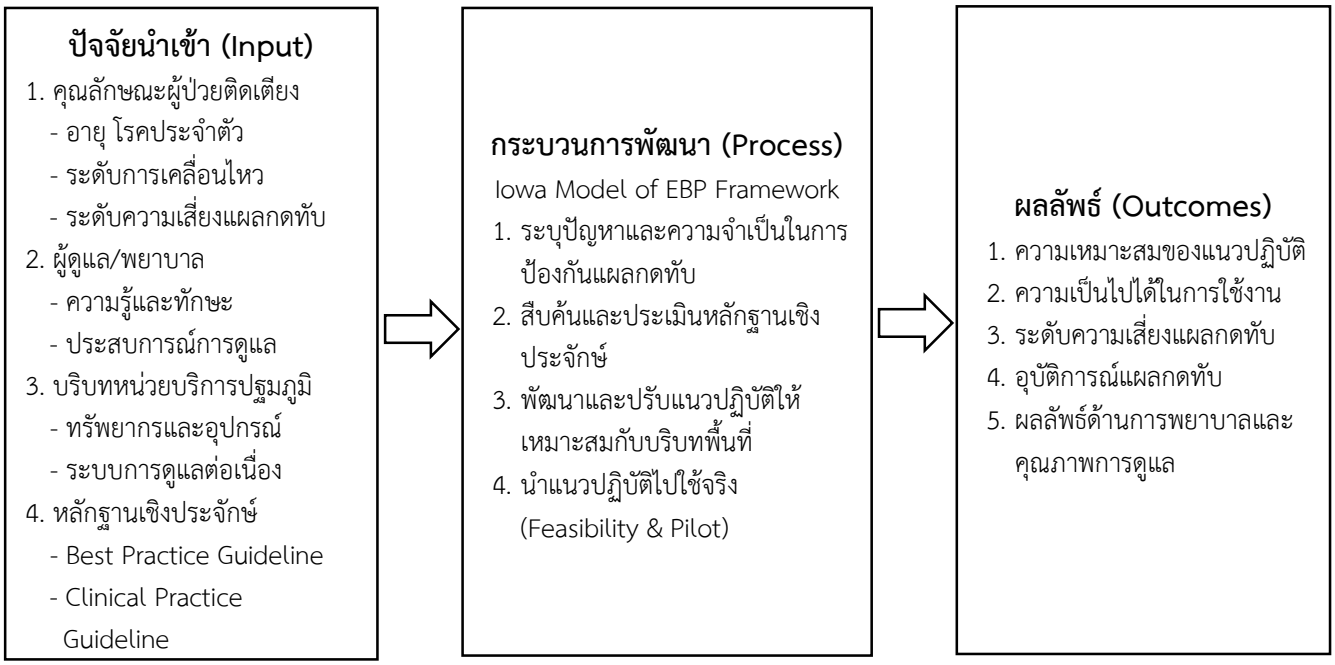
ในระดับปฐมภูมิ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท้ายหาด ได้พัฒนาวิธีปฏิบัติงานด้านการป้องกันและดูแลแผลกดทับ จำนวน 6 ขั้นตอน ได้แก่ การประเมิน การป้องกัน การทำแผล การดูแลต่อเนื่อง การบันทึกข้อมูล และการดูแลผิวหนัง อย่างไรก็ตาม แนวทางดังกล่าวยังไม่ได้ผ่านกระบวนการพัฒนาอย่างเป็นระบบตามหลักฐานเชิงประจักษ์ และยังขาดการประเมินผลลัพธ์เชิงประสิทธิผล และความเหมาะสมกับบริบทชุมชน ดังนั้น การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันแผลกดทับสำหรับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท้ายหาด อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรสงคราม จึงมีความจำเป็น และมีความสำคัญอย่างยิ่ง การศึกษานี้อาศัยกรอบแนวคิดการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกของ National health and medical research council (NHMRC) ซึ่งเป็นกรอบที่เน้นกระบวนการพัฒนาแนวปฏิบัติอย่างเป็นระบบ ตั้งแต่การทบทวนหลักฐาน การมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ไปจนถึงการปรับใช้ให้เหมาะสมกับบริบทจริง โดยมีรายงานว่าสามารถเพิ่มคุณภาพการดูแล และลดอุบัติการณ์แผลกดทับในบริบทชุมชนได้อย่างมีประสิทธิผล [10]

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาปัจจัยด้านผู้ป่วยติดเตียง ผู้ดูแล บุคลากรพยาบาล และบริบทของบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ที่เกี่ยวข้องกับความเสี่ยง และการป้องกันการเกิดแผลกดทับ ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท้ายหาด อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรสงคราม
2. เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันแผลกดทับตามหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สอดคล้องกับบริบทของบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ โดยบูรณาการหลักฐานทางวิชาการร่วมกับข้อมูลเชิงบริบท และประสบการณ์ของผู้ปฏิบัติงาน
3. เพื่อประเมินความเหมาะสม ความเป็นไปได้ และผลของการนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นไปใช้ในระยะนำร่อง ต่อระดับความเสี่ยง และอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยติดเตียง

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยมีความสนใจในการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยติดเตียง โดยประยุกต์ใช้ Lowa model of evidence-based practice เป็นกรอบแนวคิดหลักในการดำเนินการศึกษา และยึดแนวปฏิบัติทางคลินิกที่เป็นเลิศ (Best practice guidelines) สำหรับการป้องกัน และดูแลแผลกดทับเป็นฐานความรู้ในการพัฒนาแนวปฏิบัติใหม่ และกรอบแนวคิดการวิจัยนี้ออกแบบในลักษณะ Conceptual framework โดยแสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำเข้า กระบวนการพัฒนา และผลลัพธ์จากการนำแนวปฏิบัติไปใช้ ซึ่งสามารถอธิบายได้ดังนี้



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

1. รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัย และพัฒนา (Research and development: R&D) ร่วมกับการศึกษาความเป็นไปได้ และการทดลองนำร่อง (Feasibility and pilot study)

การออกแบบการวิจัยมีลักษณะเป็น การศึกษาแบบหลายระยะ (Multiphase study) ซึ่งประกอบด้วยทั้งการศึกษาภาคตัดขวาง (Cross-sectional) ในระยะการวิเคราะห์สถานการณ์ และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง และการศึกษานำร่องเพื่อประเมินผลของการนำแนวปฏิบัติไปใช้ในสถานการณ์จริง โดยการดำเนินการวิจัยอาศัย Lowa model of evidence-based practice เป็นกรอบแนวคิดหลักในการพัฒนาแนวปฏิบัติ และยึดแนวปฏิบัติทางคลินิกที่เป็นเลิศ (Best practice guidelines) เป็นฐานความรู้ในการสังเคราะห์และปรับใช้ให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ศึกษา การศึกษาวิจัยระหว่างเดือนกันยายน ถึงเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2568

2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร (Population) ได้แก่ ผู้ป่วยที่นอนพักฟื้นหรือผู้ป่วยที่ต้องพักรักษาตัวบนเตียงเป็นเวลานาน หรือเป็นผู้ป่วยนอนติดเตียง (Status bed ridden) ในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท้ายหาด อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรสงคราม จำนวน 21 คน

กลุ่มตัวอย่าง (Sample) กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกโดยใช้วิธี การคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) จากประชากรทั้งหมด โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ได้กลุ่มผู้ป่วยที่มีลักษณะสอดคล้องกับเป้าหมายของการศึกษานำร่อง (Pilot study) และมีความเหมาะสมต่อการประเมินความเป็นไปได้ และผลเบื้องต้นของแนวปฏิบัติทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น (การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยนี้ไม่ได้มุ่งเน้นการทดสอบสมมติฐานเชิงเปรียบเทียบ แต่เป็นการศึกษานำร่อง และความเป็นไปได้ (Feasibility and pilot study) ซึ่งตาม

แนวทางการออกแบบงานวิจัยนำร่อง แนะนำให้ใช้กลุ่มตัวอย่างประมาณ 10 – 15 คน เพื่อประเมินความเหมาะสมของกระบวนการ เครื่องมือ และแนวปฏิบัติ ก่อนการขยายผลในงานวิจัยขนาดใหญ่)

เกณฑ์คัดเข้า กลุ่มตัวอย่างในศึกษานี้ต้องเป็นผู้ป่วยที่นอนพักรักษาตัวบนเตียงเป็นเวลานานหรือเป็นผู้ป่วยนอนติดเตียง (Status bed ridden) และมีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ โดยมีคะแนน Braden scale น้อยกว่าหรือเท่ากับ 18 คะแนน ผู้ป่วยต้องไม่มีแผลกดทับก่อนเริ่มการดูแล มีอุณหภูมิร่างกายอยู่ในช่วง 36.0 – 38.0 องศาเซลเซียส และมีความดันโลหิตมากกว่าหรือเท่ากับ 90/60 มิลลิเมตรปรอท หรือมีค่าความดันเฉลี่ยของหลอดเลือดแดง (Mean arterial pressure: MAP) มากกว่าหรือเท่ากับ 65 มิลลิเมตรปรอท รวมทั้งไม่มีอาการผื่นแดงบริเวณผิวหนังที่ก้นก่อนเข้ารับการดูแล โดยมีคะแนนเท่ากับศูนย์

เกณฑ์คัดออก กลุ่มตัวอย่างที่ถูกคัดออกจากการศึกษา ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพอยู่ในภาวะวิกฤตหรือคุกคามต่อชีวิต

3. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยได้พัฒนา และคัดเลือกเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยอย่างเป็นระบบโดยอาศัยการทบทวนวรรณกรรม แนวทางเวชปฏิบัติทางคลินิก และเครื่องมือมาตรฐานที่ได้รับการยอมรับในระดับสากล เพื่อให้เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยติดเตียงในชุมชน และสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยแบ่งออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล และข้อมูลทางคลินิกเป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนเอกสาร แนวทางเวชปฏิบัติมาตรฐาน และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ใช้สำหรับรวบรวมข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย

1. ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ เพศ โรคประจำตัว และระยะเวลาการเจ็บป่วย
2. ข้อมูลทางคลินิก ได้แก่ สัญญาณชีพแรกรับ โดยเฉพาะค่าความดันโลหิต

การบันทึกค่าความดันโลหิตยึดตามเกณฑ์มาตรฐานขององค์การอนามัยโลก และแนวทางเวชปฏิบัติสากล โดยกำหนดให้ค่าความดันโลหิตตั้งแต่ 140/90 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไป จัดเป็นภาวะความดันโลหิตสูง และค่าความดันโลหิตต่ำกว่า 90/60 มิลลิเมตรปรอท จัดเป็นภาวะความดันโลหิตต่ำ [11]

ข้อมูลส่วนนี้ใช้ในการเก็บข้อมูลระยะก่อนการทดลอง (Baseline) เพื่ออธิบายลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง และใช้ประกอบการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา โดยมิได้นำค่าความดันโลหิตมาใช้เป็นตัวแปรอิสระหรือผลลัพธ์หลักของการศึกษา ทั้งนี้ ผู้วิจัยได้ปรับปรุงการนำเสนอผลโดยรายงานค่าความดันโลหิตตัวบน และตัวล่างเป็นตัวเลข พร้อมจัดกลุ่มตามเกณฑ์มาตรฐาน แทนการรายงานเชิงพรรณนาเพียงว่า “สูง” หรือ “ต่ำ” เพื่อเพิ่มความชัดเจน และความถูกต้องเชิงวิชาการ [12]

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความเสี่ยงการเกิดแผลกดทับ (Braden scale) เป็นเครื่องมือมาตรฐานสากลพัฒนาโดย Bergstrom, Braden, Laguzza และ Holman [13] ใช้สำหรับประเมินความเสี่ยงการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยทั้งในโรงพยาบาล และชุมชน และประยุกต์จากแบบประเมินของบราเดน ฉบับแปลภาษาไทยของโรงพยาบาลศิริราช [14] ประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่ การรับรู้ความรู้สึก ความชื้นของผิวหนัง กิจกรรม การเคลื่อนไหว ภาวะโภชนาการ และแรงเสียดทาน/แรงเฉือน แต่ละด้านมีการให้คะแนนตั้งแต่ 1 – 4 คะแนน คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 6 – 23 คะแนน โดยคะแนนที่ต่ำสะท้อนถึงความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับในระดับสูง เครื่องมือนี้ใช้ในการประเมินกลุ่มตัวอย่างทั้งก่อน และหลังการนำแนวปฏิบัติไปใช้ เพื่อเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงระดับความเสี่ยงการเกิดแผลกดทับ

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า Braden scale มีค่าความเชื่อมั่นอยู่ในช่วง 0.83 – 0.99 และมีความตรงเชิงพยากรณ์ และความตรงตามเนื้อหาอยู่ในระดับดีถึงดีมาก [6] ผู้วิจัยได้เพิ่มเติมแหล่งอ้างอิงต้นกำเนิดของ

เครื่องมือ และงานทบทวนเชิงระบบ เพื่อยืนยันความเป็นเครื่องมือมาตรฐาน และเพิ่มความเข้มแข็งด้านระเบียบวิธีวิจัย

ส่วนที่ 3 แบบประเมินภาวะโภชนาการผู้สูงอายุ (Mini nutritional assessment: MNA) เป็นแบบสอบถามมาตรฐานสากล พัฒนาโดย Guigoz, Vellas และ Garry [15] ใช้สำหรับประเมินภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุทั้งในสถานพยาบาลและชุมชน [16] ประกอบด้วยคำถามจำนวน 18 ข้อ ครอบคลุม 4 ด้าน ได้แก่ การวัดทางกายภาพ ภาวะสุขภาพทั่วไป พฤติกรรมการบริโภคอาหาร และการประเมินตนเองด้านโภชนาการ ผลการประเมินแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ภาวะโภชนาการปกติ ภาวะเสี่ยงต่อการเกิดทุพโภชนาการ และภาวะทุพโภชนาการ เครื่องมือนี้ถูกนำมาใช้ทั้งในระยะก่อน และหลังการทดลอง เพื่อประเมินการเปลี่ยนแปลงภาวะโภชนาการของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาหลายฉบับรายงานว่า MNA มีค่าความเชื่อมั่น (Cronbach's alpha) อยู่ในช่วง 0.70 – 0.92 และมีความตรงเชิงโครงสร้าง และความตรงเชิงเกณฑ์อยู่ในระดับดี [16] ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แบบประเมิน MNA ฉบับมาตรฐานโดยไม่ปรับเปลี่ยนโครงสร้างหรือเกณฑ์การให้คะแนน

ส่วนที่ 4 เครื่องมือเชิงคุณภาพ การวิจัยครั้งนี้มีการเก็บ และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยจึงใช้แนวคำถามสำหรับการสนทนากลุ่ม และการสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง (Semi-structured interview guide) ซึ่งพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม และกรอบแนวคิดการวิจัย ประเด็นคำถามครอบคลุมความคิดเห็นของพยาบาล และผู้เกี่ยวข้องต่อแนวปฏิบัติที่พัฒนา ความเหมาะสม ความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ ปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุงแนวปฏิบัติ

ข้อมูลเชิงคุณภาพถูกรวบรวมในระยะการพัฒนาและประเมินแนวปฏิบัติ และนำมาวิเคราะห์ด้วยวิธีการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) ตามแนวคิดของการวิจัยเชิงคุณภาพด้านการพยาบาล [17]

ขั้นตอนการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลดำเนินการโดยผู้วิจัยร่วมกับพยาบาลวิชาชีพในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ โดยอาศัยกรอบแนวคิดการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกของ National health and medical research council (NHMRC) [10] ประกอบด้วยขั้นตอนสำคัญ ได้แก่

1. การทบทวนวรรณกรรมและแนวทางปฏิบัติที่เกี่ยวข้อง
2. การคัดเลือกและสังเคราะห์องค์ความรู้
3. การจัดทำร่างแนวปฏิบัติการพยาบาล
4. การตรวจสอบความเหมาะสมของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ
5. การทดลองใช้แนวปฏิบัติในกลุ่มตัวอย่าง
6. การประเมินผลลัพธ์เชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ

เครื่องมือที่ใช้ในขั้นตอนการพัฒนา ได้แก่ แบบประเมินมาตรฐาน แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง และแบบบันทึกการนำแนวปฏิบัติไปใช้

การตรวจสอบสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้ดำเนินการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือตามขั้นตอนดังนี้

1. การตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content validity) แบบสอบถาม และแบบประเมินแนวปฏิบัติการพยาบาลถูกส่งให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ใหญ่ และผู้สูงอายุ อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลอนามัยชุมชน และผู้เชี่ยวชาญทำการประเมินความเหมาะสม และความสอดคล้องของเนื้อหาในแต่ละข้อ (Validity) จากนั้นคำนวณ ดัชนีความสอดคล้องของข้อกับวัตถุประสงค์ (Item-objective congruence: IOC) ข้อคำถามที่มีค่า IOC ≥ 0.5 ถูกเลือกใช้งาน เพื่อให้มั่นใจว่าแบบสอบถามมีความเที่ยงตรงตามเนื้อหา

2. การตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) แบบสอบถามและแบบประเมินแนวปฏิบัติถูกทดลองใช้กับผู้ป่วยนอนพักฟื้นหรือผู้ป่วยนอนติดเตียง (Status bed ridden) จำนวน 20 คน ในพื้นที่ใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจริง หลังจากเก็บข้อมูลแล้วนำมาคำนวณ ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาค (Cronbach's Coefficient Alpha) ผลการทดสอบพบว่าค่า Cronbach's Alpha = 0.87 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ยอมรับได้ แสดงว่าเครื่องมือมีความเชื่อถือได้

4. การรวบรวมข้อมูล

การรวบรวมข้อมูลดำเนินการเป็นระยะเวลา 3 เดือน โดยใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับที่พัฒนาขึ้นเป็นกรอบการดูแลผู้ป่วยนอนติดเตียงในชุมชน กระบวนการเก็บข้อมูลประกอบด้วยขั้นตอนสำคัญดังนี้

1. การเตรียมความพร้อมของแนวปฏิบัติและผู้เก็บข้อมูล ผู้วิจัยพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลจากหลักฐานเชิงประจักษ์ตาม Lowa model of evidence-based practice และผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน จากนั้นอบรมพยาบาลวิชาชีพผู้เก็บข้อมูลเกี่ยวกับแนวปฏิบัติ และการใช้เครื่องมือวิจัย เพื่อให้การประเมินเป็นไปในทิศทางเดียวกัน

2. การคัดกรองและการประเมินก่อนการใช้แนวปฏิบัติ (Pretest) พยาบาลวิชาชีพคัดกรองผู้ป่วยนอนติดเตียงตามเกณฑ์ที่กำหนด และประเมินภาวะเริ่มต้นภายในสัปดาห์แรก ได้แก่ ความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับด้วย Braden scale สภาพผิวหนังและการมีแผลกดทับ และภาวะโภชนาการด้วย Mini nutritional assessment (MNA) เพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐาน

3. การดำเนินการตามแนวปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลวิชาชีพให้การดูแลผู้ป่วยตามแนวปฏิบัติการพยาบาลอย่างต่อเนื่องตลอดระยะเวลา 3 เดือน ครอบคลุมการประเมินความเสี่ยง การลดแรงกดทับ การจัดท่าทาง การดูแลผิวหนัง การจัดการด้านโภชนาการ และการให้ความรู้แก่ผู้ดูแล โดยผู้วิจัยทำหน้าที่ติดตามและกำกับการดำเนินงานอย่างใกล้ชิด

4. การประเมินหลังการใช้แนวปฏิบัติ (Posttest) เมื่อสิ้นสุดการศึกษา พยาบาลวิชาชีพประเมินผลลัพธ์ซ้ำโดยใช้เครื่องมือชุดเดียวกับก่อนการทดลอง เพื่อเปรียบเทียบผลก่อน และหลังการใช้แนวปฏิบัติ

5. การจัดการข้อมูลและการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย ผู้ป่วยที่ไม่ได้เข้าร่วมการวิจัยยังคงได้รับการดูแลตามมาตรฐานบริการปกติของหน่วยบริการสุขภาพ ข้อมูลที่ได้ถูกตรวจสอบความครบถ้วนและนำไปวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติ Wilcoxon matched-pairs signed-ranks test

5. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลแบ่งออกเป็น 2 ระยะ ดังนี้

1. ระยะการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับที่พัฒนาขึ้น ได้รับการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) และประเมินความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha)

2. ระยะการศึกษานำร่อง (Pilot study) ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

การเปรียบเทียบคะแนนความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ (Braden scale) ก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล วิเคราะห์ด้วยสถิติ Wilcoxon matched-pairs signed-ranks test

ผลการศึกษา

แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท้ายหาด ประกอบด้วย 7 กิจกรรมหลัก สามารถนำไปใช้ได้จริง และควรปรับปรุงเพื่อให้การปฏิบัติเป็นมาตรฐาน ใช้งานสะดวก และประเมินผลได้ถูกต้องตรงกันระหว่างผู้ปฏิบัติ การปรับปรุงดังกล่าวช่วยเพิ่มความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติ ข้อเสนอแนะสำคัญจากผู้ทรงคุณวุฒิ ได้แก่ การจัดทำคู่มือประกอบการประเมินสภาพผิวหนังเพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือ การจัดตารางพลิกตะแคงตัวผู้ป่วยให้สอดคล้องกับเวลาปฏิบัติจริง และการปรับปริมาณสารน้ำตามภาวะสุขภาพเฉพาะบุคคล

ในการศึกษาความเป็นไปได้ของแนวปฏิบัติ ผู้วิจัยได้ทดลองใช้กับผู้ป่วยนอนพักฟื้นและผู้ป่วยนอนติดเตียง (Status bed ridden) จำนวน 10 คน หลังปรับปรุงตามข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิ ผลการทดลองปฏิบัติจริงโดยพยาบาลวิชาชีพพบว่า แนวปฏิบัติมีความครบถ้วน ชัดเจน เหมาะสมกับสภาพผู้ป่วย และสามารถนำไปใช้ได้จริง โดยคะแนนประเมินอยู่ระหว่างร้อยละ 90 – 100 ดังแสดงใน ตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละการปฏิบัติแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ (n = 10)

แนวปฏิบัติการพยาบาล	จำนวน (คน)	ปฏิบัติได้ (ร้อยละ)	จำนวน (คน)	ปฏิบัติไม่ได้ (ร้อยละ)
1. การประเมินสภาพผู้ป่วย (Braden scale)	10	100	0	0
2. การประเมินผิวหนังและสภาพแผล	10	100	0	0
3. ประเมินประวัติการเจ็บป่วย/การใช้ยา	10	100	0	0
4. ประเมินภาวะโภชนาการด้วย MNA	9	90	1	10
5. การพยาบาลเพื่อลดแรงกดทับ	9	90	1	10
6. งดจัดท่าศีรษะสูงเกิน 30° เกิน 30 นาที	9	90	1	10
7. ดูแลสารน้ำและอาหารโปรตีนสูง	10	100	0	0
8. ลดแรงเสียดสีและบาดเจ็บผิวหนัง	10	100	0	0
9. ดูแลความสะอาดและลดความเปียกชื้น	10	100	0	0
10. ให้ความชุ่มชื้นแก่ผิวหนัง	10	100	0	0
11. ให้ความรู้การป้องกันแผลกดทับ	10	100	0	0
12. ฝึกทักษะการป้องกันแผลกดทับ	10	100	0	0
13. ปรึกษาสหวิชาชีพและส่งต่อ	10	100	0	0
14. วางแผนจำหน่ายและติดตาม	10	100	0	0

ในการศึกษานำร่อง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 60.0 และเพศหญิงร้อยละ 40.0 ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับตาม Braden scale พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีคะแนน ≤18 คะแนน และภาวะโภชนาการตาม Mini nutritional assessment (MNA) ต่ำกว่า 17 คะแนน ไม่มีผู้ป่วยรายใดมีประวัติการเกิดแผลกดทับมาก่อน ร้อยละ 90.0 ของผู้ป่วยใช้ยาที่ส่งผลต่อระบบประสาท และหลอดเลือด ขณะที่ไม่มีผู้ป่วยมีค่าความดันตัวล่างสูงกว่ามาตรฐาน นอกจากนี้ ผู้ป่วยทั้งหมดมีผู้ดูแลหลักระหว่างรับบริการ และอยู่ที่บ้าน โดยร้อยละ 20.0 มีผู้ดูแลตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป และร้อยละ 30.0 ของผู้ป่วยมีสมาชิกในครอบครัวที่เจ็บป่วยเรื้อรังร่วมด้วย ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างตามข้อมูลส่วนบุคคล (n = 10)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ ชาย	6	60
เพศ หญิง	4	40
คะแนน Braden Scale ≤18	10	100
MNA < 17	10	100
ไม่มีประวัติแผลกดทับ	10	100
โรคเสี่ยงต่อแผลกดทับ	9	90
ใช้ยาที่ส่งผลต่อระบบประสาท/หลอดเลือด	9	90
ความดันโลหิตตัวบนและตัวล่าง ปกติ	10	100
ผู้ดูแลหลักในโรงพยาบาล	10	100
ผู้ดูแลหลักที่บ้าน	10	100
มีผู้ดูแล ≥ 2 คน	2	20
มีผู้ป่วยเรื้อรังอื่นในบ้าน	3	30

คะแนนความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับของผู้ป่วยนอนติดเตียงหลังการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการใช้แนวปฏิบัติ โดยคะแนนมัธยฐาน (Median) ของ Braden scale เพิ่มจาก 14.0 คะแนน (IQR = 13.0 – 15.0) ซึ่งอยู่ในระดับเสี่ยงปานกลาง เป็น 18.0 คะแนน (IQR = 17.0 – 19.0) ซึ่งอยู่ในระดับเสี่ยงต่ำ

ผลการวิเคราะห์ด้วยสถิติ Wilcoxon matched-pairs signed-rank test พบว่า ค่าคะแนนหลังการใช้แนวปฏิบัติแตกต่างจากก่อนการใช้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -2.803$, p-value < 0.05) แสดงให้เห็นว่าแนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นสามารถลดความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยนอนติดเตียงได้อย่างมีประสิทธิผล ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบคะแนนความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติ (n = 10)

คะแนน Braden Scale	Median	IQR	Z	*p*-value
ก่อนใช้แนวปฏิบัติ	14.0	13.0 – 15.0	-	-
หลังใช้แนวปฏิบัติ	18.0	17.0 – 19.0	-2.803	< 0.05*

* มีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

อภิปราย

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล ตรวจสอบคุณภาพ และความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ และศึกษานำร่องผลของแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยนอนติดเตียงในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผลการวิจัยสามารถอภิปรายตามวัตถุประสงค์ดังนี้

วัตถุประสงค์ข้อที่ 1 การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล ผลการศึกษาพบว่า แนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นมีโครงสร้างชัดเจน ครอบคลุมการประเมินสภาพผู้ป่วย 4 ด้าน ได้แก่ ความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ สภาพผิวหนัง ภาวะโภชนาการ และข้อจำกัดด้านการเคลื่อนไหว และประกอบด้วยกิจกรรมการพยาบาลหลัก 14 กิจกรรม ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม และแนวทางปฏิบัติสากลด้านการป้องกันแผลกดทับของ European Pressure Ulcer Advisory Panel และคณะ [2] โครงสร้างดังกล่าวสอดคล้องกับงานวิจัย

ของ Beeckman และคณะ [6] ที่เสนอว่า การป้องกันแผลกดทับที่มีประสิทธิภาพจำเป็นต้องดำเนินการแบบครบวงจร ตั้งแต่การประเมินความเสี่ยง การลดแรงกดทับ การดูแลผิวหนัง และการจัดการโภชนาการร่วมกัน มากกว่าการดำเนินการเป็นกิจกรรมเดี่ยว อย่างไรก็ตาม มีรายงานบางการศึกษาที่พบว่า แม้จะมีการใช้แนวปฏิบัติมาตรฐาน แต่ยังไม่สามารถลดอุบัติการณ์แผลกดทับได้อย่างชัดเจน เนื่องจากข้อจำกัดด้านบุคลากรและการปฏิบัติไม่สม่ำเสมอในสถานพยาบาล [18] ซึ่งแตกต่างจากผลการศึกษาครั้งนี้ที่เน้นการปรับแนวปฏิบัติให้เหมาะสมกับบริบทจริงของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จึงช่วยเพิ่มความเป็นไปได้ในการนำไปใช้จริง จุดเด่นของแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้น คือ การบูรณาการการประเมินสภาพผู้ป่วยอย่างเป็นระบบเข้ากับกิจกรรมการพยาบาลที่ชัดเจน และปฏิบัติได้จริง ซึ่งช่วยลดความแปรปรวนในการดูแล และเสริมสร้างมาตรฐานการพยาบาลในระดับปฐมภูมิ

วัตถุประสงค์ข้อที่ 2 การตรวจสอบคุณภาพ และความเป็นไปได้ของการนำแนวปฏิบัติไปใช้ ผลการประเมินความเป็นไปได้พบว่า แนวปฏิบัติการพยาบาลมีระดับความชัดเจน ความเหมาะสม ความสะดวกในการปฏิบัติ และความครอบคลุมของขั้นตอนการพยาบาลอยู่ในระดับดี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ณิชาภา ยนจอหอ และคณะ [19] ที่รายงานว่าแนวปฏิบัติที่มีโครงสร้างชัดเจนและสอดคล้องกับบริบทการทำงานช่วยเพิ่มการยอมรับและการนำไปใช้ของพยาบาล และสอดคล้องงานวิจัยของ รุจาภา เจียมธโนปจัย และสุวิมล แสนเวียงจันทร์ (2561) [20] ในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ เช่น ภาระงานสูง ขาดอุปกรณ์หรือการสนับสนุนจากผู้บริหารไม่เพียงพอ ซึ่งอาจส่งผลให้การปฏิบัติไม่ต่อเนื่อง แตกต่างจากการศึกษาครั้งนี้ที่ได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหารหน่วยบริการ และมีการเตรียมความพร้อมของพยาบาลก่อนการใช้แนวปฏิบัติ จึงเอื้อต่อความต่อเนื่องและความยั่งยืนในการดำเนินงาน และในประเด็นความเชื่อมั่นของเครื่องมือ พบว่าค่า Cronbach's alpha จากการทดสอบเบื้องต้นในกลุ่มตัวอย่าง 20 คนอยู่ในระดับดี (0.87) สอดคล้องกับเกณฑ์ที่ยอมรับได้ตามหลักการวิจัย อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาขนาดตัวอย่างในศึกษานำร่องที่มีเพียง 10 คน อาจทำให้ความเชื่อมั่นของเครื่องมือแตกต่างจากการทดสอบเบื้องต้นได้ ดังนั้นผลการประเมินควรตีความอย่างระมัดระวัง และควรมีการศึกษาต่อเนื่องด้วยกลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่ขึ้นเพื่อยืนยันคุณภาพของเครื่องมือ ซึ่งสอดคล้องกับข้อเสนอแนะของ Moore และคณะ [8]

วัตถุประสงค์ข้อที่ 3 การศึกษานำร่องผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล ผลการศึกษานำร่องพบว่าคะแนนความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับของผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญหลังการใช้แนวปฏิบัติ สะท้อนถึงการลดระดับความเสี่ยง ซึ่งอาจเกิดจากหลายปัจจัยร่วมกัน ได้แก่ การประเมินความเสี่ยงอย่างสม่ำเสมอ การจัดท่าลดแรงกดทับอย่างถูกต้อง การดูแลผิวหนังและความชุ่มชื้นอย่างต่อเนื่อง และการจัดการด้านโภชนาการที่เหมาะสม ผลลัพธ์ดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของ Mäki-Turja-Rostedt และคณะ [21] ที่พบว่า การใช้แนวปฏิบัติที่เน้นการประเมินความเสี่ยงร่วมกับการติดตามผลอย่างใกล้ชิดช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับได้อย่างมีนัยสำคัญ อย่างไรก็ตาม มีบางการศึกษาที่รายงานว่าการลดความเสี่ยงไม่ชัดเจนในระยะสั้น เนื่องจากต้องอาศัยระยะเวลาและความต่อเนื่องในการปฏิบัติ [22] ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาครั้งนี้ที่มีการกำกับติดตามอย่างใกล้ชิดตลอดระยะเวลานำร่อง จุดแข็งของการศึกษานี้ คือ การดำเนินการในบริบทชุมชนจริง และการมีส่วนร่วมของพยาบาลประจำหน่วยบริการ ทำให้แนวปฏิบัติสามารถปรับให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย และสะท้อนความเป็นไปได้ในการขยายผลไปสู่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอื่น ๆ

สรุป

แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับที่พัฒนาขึ้นในการศึกษาครั้งนี้มีความเหมาะสมและสามารถนำไปใช้ได้จริงในบริบทของการดูแลผู้ป่วยนอนติดเตียงในระดับปฐมภูมิ ผลการศึกษาพบว่า หลังการนำแนวปฏิบัติไปใช้ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนน Braden scale เพิ่มขึ้น สะท้อนถึงแนวโน้มการลดความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ โดยเฉพาะด้านการประเมินความเสี่ยง การลดแรงกดทับ การดูแลผิวหนัง และการจัดการด้านโภชนาการ แนวปฏิบัติดังกล่าวสามารถดำเนินการได้ภายใต้ทรัพยากรที่มีอยู่ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

อย่างไรก็ตาม การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเบื้องต้นในกลุ่มตัวอย่างขนาดเล็ก จึงควรมีการศึกษาต่อเนื่องในกลุ่มตัวอย่างที่ใหญ่ขึ้นและหลากหลายบริบท เพื่อยืนยันประสิทธิผลและเพิ่มความทั่วไปของผลการศึกษา

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติ

1. แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับที่พัฒนาขึ้น ควรได้รับการขยายผลไปยังสถานบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ โดยเฉพาะโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ภายใต้การกำกับของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอและจังหวัด เพื่อสร้างมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยนอนติดเตียงในชุมชนอย่างเป็นระบบ

2. ควรจัดทำคู่มือและแบบฟอร์มการปฏิบัติที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน สอดคล้องกับหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ทันสมัย ครอบคลุมการประเมินความเสี่ยงด้วย Braden scale การดูแลผิวหนัง การพลิกตะแคง การลดแรงกดทับ และการใช้อุปกรณ์ช่วย เพื่อลดความคลาดเคลื่อนและเอื้อต่อการนำไปใช้ในทางปฏิบัติ

3. ควรพัฒนาศักยภาพบุคลากรที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และผู้ดูแลในครอบครัว ผ่านการอบรมเชิงปฏิบัติการ โดยเชื่อมโยงการนำแนวปฏิบัติไปใช้กับการเก็บข้อมูลเชิงวิจัยอย่างเป็นระบบ เพื่อสนับสนุนการพัฒนาและปรับปรุงแนวปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. ควรผลักดันให้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับได้รับการบรรจุเป็นแนวทางมาตรฐานในระดับจังหวัดหรือเขตสุขภาพ โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมีบทบาทในการกำหนดนโยบายและสนับสนุนการใช้แนวปฏิบัติเดียวกันในพื้นที่

2. ควรมีการจัดสรรทรัพยากรและอุปกรณ์ลดแรงกดทับอย่างเพียงพอ รวมถึงสนับสนุนการนำนวัตกรรมและเทคโนโลยีที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้ในบริบทชุมชน เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการป้องกันแผลกดทับและลดภาระของระบบบริการสุขภาพในระยะยาว

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1. การวิจัยในอนาคตควรมุ่งประเมินประสิทธิผลของแนวปฏิบัติการพยาบาลในระยะยาว โดยติดตามผลอย่างน้อย 3 – 6 เดือน หรือ 1 ปี เพื่อประเมินความยั่งยืนของผลลัพธ์ด้านอัตราการเกิดแผลกดทับ คุณภาพการดูแล และภาระของผู้ดูแล

2. ควรออกแบบการวิจัยเชิงเปรียบเทียบระหว่างแนวปฏิบัติหรือบริบทการดูแลที่แตกต่างกัน รวมถึงบูรณาการหลักฐานเชิงประจักษ์และนวัตกรรมใหม่อย่างต่อเนื่อง เพื่อเพิ่มความทันสมัย ความเหมาะสมเชิงบริบท และความทั่วไปของผลการศึกษา

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การวิจัยนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสงคราม เลขที่รับรอง 17/2568 วันที่ 27 สิงหาคม 2568

การอ้างอิง

ปิ่นรัตน์ พูลละม้าย. การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท้ายหาด อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรสงคราม. วารสารการศึกษาและวิจัยการสาธารณสุข. 2569; 4(2): 215 - 27.

Poonlamy P. Development of Nursing Practice Guidelines for the Prevention of Pressure ulcers at Thai Hat Subdistrict Health Promoting Hospital, Mueang District, Samut Songkhram Province, Thailand. Journal of Education and Research in Public Health. 2026; 4(2): 215 - 27.

เอกสารอ้างอิง

[1] Zaidi SRH, and Sharma S. Pressure ulcer. Accessed 5 February 2026 from https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK553107/.

[2] European Pressure Ulcer Advisory Panel, National Pressure Injury Advisory Panel, Pan Pacific Pressure Injury Alliance. Prevention and treatment of pressure ulcers/injuries: clinical practice guideline; 2019 update. Osborne Park (AU): Cambridge Media. 2019.

[3] Zhang Y, Wei J, Zhong H, Lu X, and Niu H. Global, regional, and national burden of decubitus ulcers from 1990 to 2021: a systematic analysis for the GBD 2021 study. BioMed Central Public Health. 2025; 25: 114.

[4] กรมการแพทย์. แนวทางการป้องกันและดูแลแผลกดทับในสถานพยาบาล. นนทบุรี, กระทรวงสาธารณสุข. 2566.

[5] อรุณศรี วรรณาลัย, และจารุวัฒน์ สุขเกษม. ภาระการดูแลและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่มีแผลกดทับในชุมชน. วารสารพยาบาลศาสตร์. 2567; 42(3): 85 - 98.

[6] Beeckman D, McInnes E, Nahrgang S, and et al. Pressure injuries: impact on patients, caregivers and health systems. Journal of Clinical Nursing. 2022; 31(17–18): 2431 – 445.

[7] Padula WV, and Delarmente BA. The economic burden of pressure injuries in healthcare systems. International Wound Journal. 2021; 18(2): 141 – 51.

[8] Moore Z, Avsar P, Conaty L, Moore DH, Patton D, and O'Connor T. The prevalence of pressure ulcers in Europe, what does the European data tell us: a systematic review. Accessed 5 February 2026 from https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31721669/.

[9] พิมพ์ชนก ล่วงอรุณ และสุภาวดี โชติกสถิตย์. การนำแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันแผลกดทับไปใช้ในบริบทโรงพยาบาลชุมชน. วารสารการพยาบาล. 2565; 41(2): 60 – 73.

[10] National Health and Medical Research Council. Guidelines for guidelines: clinical practice guideline development. Canberra: NHMRC; 2024.

[11] World Health Organization. Hypertension. Geneva: WHO. 2023.

[12] Williams B, Mancia G, Spiering W, Agabiti Rosei E, Azizi M, Burnier M, and et al. 2018 ESC/ESH guidelines for the management of arterial hypertension. European Heart Journal. 2018; 39(33): 3021 – 104.

[13] Bergstrom N, Braden BJ, Laguzza A, and Holman V. The Braden Scale for predicting pressure sore risk. Nursing Research. 1987; 36(4): 205 – 10.

[14] โรงพยาบาลศิริราช. แบบประเมินของบราเดน ฉบับแปลภาษาไทย (The Braden Scale for Predicting Pressure Sore Risk). สืบค้นเมื่อ 21 ธันวาคม 2568 จาก https://www.si.mahidol.ac.th/Th/division/nursing/NDivision/N_qd/admin/news_files/51_72_2.pdf.

[15] Guigoz Y, Vellas B, and Garry PJ. Assessing the nutritional status of the elderly: the Mini Nutritional Assessment. Nutrition Reviews. 1996; 54(1 Pt 2): 59 – 65.

[16] Vellas B, Guigoz Y, Garry PJ, Nourhashemi F, Bennahum D, Lauque S, and et al. The Mini Nutritional Assessment (MNA) and its use in grading the nutritional state of elderly patients. Nutrition. 1999; 15(2): 116 – 22.

[17] Polit DF, and Beck CT. Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice. 11th ed. Wolters Kluwer. 2021.

[18] มณีนุช สุทธสนธิ์, และกาญจนา ปัญญาธร. ประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติการป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยอาการหนัก โรงพยาบาลค่ายประจักษ์ศิลปาคม จังหวัดอุดรธานี. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ. 2562; 37(4): 80 – 9.

[19] ณิชาภา ยนจอหอ, ประภัสสร ดาราทิพย์, และพิมพ์ชนก ช่วงนาค. การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับของหอผู้ป่วยอายุรกรรม 5 สถาบันบำราศนราดูร. นนทบุรี, กลุ่มการพยาบาล สถาบันบำราศนราดูร. 2560.

[20] รุจาภา เจียมธโนปจัย, และสุวิมล แสนเวียงจันทร์. แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการป้องกันแผลกดทับ. วารสารพยาบาล. 2561; 67(4): 53 – 61.

[21] Mäki-Turja-Rostedt S, Leino-Kilpi H, Koivunen M, Vahlberg T, and Haavisto E. Consistent pressure ulcer prevention practice: the effect on PU prevalence and PU stages, and impact on PU prevention—a quasi-experimental intervention study. Journal of Clinical Nursing. 2023; 32(13–14): 5604 – 618.

[22] คู่ขวัญ มาลีวงษ์. การพัฒนาและประเมินผลของการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อการป้องกันการเกิดแผลกดทับสำหรับผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลวชิรพยาบาล. วชิรสารการพยาบาล. 2564; 23(1): 15 – 30.

ประสิทธิผลของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและปัจจัยที่มีผลต่อการเข้าสู่เบาหวานระยะสงบในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลลิพัง อำเภอปะเหลียน จังหวัดตรัง

Effectiveness of Lifestyle Behavior Modification and Factors Affecting to Diabetic Remission in Type 2 Diabetic Patients at Lipang Sub-District Health Promotion Hospital, Palian District, Trang Province

จุฑารัตน์ เสียมไหม [1*] และธัญญารัตน์ พรหมปลัด [2]

Chutharat Siammai [1*], and Tanyarat Prompalad [2]

[1] โรงพยาบาลปะเหลียน อำเภอปะเหลียน จังหวัดตรัง 92120

[2] โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลลิพัง อำเภอปะเหลียน จังหวัดตรัง 92180

[1] Palian Hospital, Palian District, Trang Province 92120

[2] Lipang Subdistrict Health Promoting Hospital, Palian District, Trang Province 92180

[*] Corresponding Author: จุฑารัตน์ เสียมไหม E-mail: mariem_py@hotmail.com

Received : 15 January 2026 Revised : 05 March 2026 Accepted : 21 March 2026

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองเพื่อศึกษาประสิทธิผลของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและปัจจัยที่มีผลต่อการเข้าสู่เบาหวานระยะสงบในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลลิพัง อำเภอปะเหลียน จังหวัดตรัง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 50 รายที่รับยาต่อเนื่องที่ รพ.สต. ลิพัง เข้าสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและติดตามผลเมื่อครบ 6 เดือน วิเคราะห์ข้อมูลสถิติเชิงพรรณนา ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย สถิติ Wilcoxon Signed-Rank Test และสถิติ Fisher's Exact Test เพื่อหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าสู่เบาหวานระยะสงบในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยสามารถเข้าสู่เบาหวานระยะสงบได้ร้อยละ 6.0 หยุดยาได้ร้อยละ 8.0 และลดยาเบาหวานได้ร้อยละ 28.0 ผู้ป่วยมีความรู้เรื่องเบาหวานมากขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.05) มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ดีขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.05) และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าสู่เบาหวานระยะสงบในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 หลังเข้าร่วมโครงการ ได้แก่ ค่า FBS <130 mg/dL (p-value = 0.042) และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพมากที่สุด (p-value = 0.048) ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความพึงพอใจต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในภาพรวมระดับดีมาก สรุป: การกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ดีขึ้น เป็นสิ่งที่สำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีขึ้นจนเข้าสู่เบาหวานระยะสงบได้

คำสำคัญ: การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เบาหวานชนิดที่ 2 เบาหวานระยะสงบ

Abstract

This research was quasi-experimental research to study the effectiveness of lifestyle behavior modification and factors affecting diabetic remission in type 2 diabetic patients at Lipang Sub-district Health Promotion Hospital, Palian District, Trang Province. The samples were 50 type 2 diabetic patients who have been treated at Lipang Sub-district Health Promotion

Hospital. The intervention was a program of lifestyle behavior modification and follow-up after 6 months. Data was analyzed by descriptive statistics, the Wilcoxon Signed-Rank Test, and Fisher's Exact Test. Result: The results after the intervention showed that diabetic patients had diabetes remission at 6.0%, stopped medication at 8.0%, and reduced their diabetes medications at 28.0%, with a significant increase in knowledge about diabetes (p-value < 0.05) and significant improvements in lifestyle behavior modification (p-value < 0.05). Factors associated with diabetes remission were fasting blood sugar < 130 mg/dL (p-value = 0.042) and lifestyle behavior modification (p-value = 0.048). However, most diabetes patients were satisfied with lifestyle modification at a high level. Conclusion: Encouraging type 2 diabetic patients to adopt better lifestyle behavior modification is crucial for better blood sugar control and ultimately achieving diabetic remission.

Keywords: Lifestyle behavior modification, Type2 diabetes, Diabetes remission

บทนำ

เบาหวานเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-Communicable Diseases; NCD) ที่สำคัญระดับประเทศและเป็นหนึ่งในปัญหาสุขภาพที่สำคัญของประเทศไทยและทั่วโลก เป็นภาระโรคสำคัญของระบบสาธารณสุขในแต่ละประเทศทั่วโลกรวมถึงประเทศไทย ซึ่งคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2588 จะมีจำนวนผู้ป่วยเบาหวานทั่วโลกเพิ่มขึ้นเป็น 783 ล้านคน และมีผู้เสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อนของโรค 3.2 ล้านคนต่อปี [1] จากรายงานของสหพันธ์เบาหวานโลกปี พ.ศ. 2564 พบผู้ป่วยโรคเบาหวานทั่วโลกทั้งหมด 537 ล้านคน เป็นประชากรช่วงอายุ 20 - 79 ปี ที่จะเสียชีวิตจากสาเหตุเบาหวานประมาณกว่า 6.7 ล้านคน [2] สำหรับประเทศไทยโรคเบาหวานเป็น 1 ใน 5 โรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิต ร้อยละ 75.0 ของการเสียชีวิตทั้งหมดหรือประมาณ 320,000 คนต่อปีและทุก 1 ชั่วโมงมีผู้เสียชีวิต 37 ราย ซึ่งการเสียชีวิตมักเกิดจากการเกิดภาวะแทรกซ้อนโดยเฉพาะโรคไตวาย [3] ในปี พ.ศ. 2565 มี ผู้ป่วยโรคเบาหวานสะสมจำนวน 3.3 ล้านคนเพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2564 มากถึง 1.5 แสนคน และพบอุบัติการณ์โรคเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในปี 2566 มีผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้น 3 แสนคนต่อปี สำหรับการคัดกรองผู้ป่วยรายใหม่ในปี 2566 พบว่า การคัดกรองผู้ป่วยโรคเบาหวานในประชาชนอายุ 35 ปีขึ้น ไป ยังไม่ได้รับการคัดกรองโรคเบาหวานมากถึง 5 ล้านคนจากเป้าหมายทั่วประเทศ 22 ล้านคน [4] โรคเบาหวานมีหลายชนิด ที่พบบ่อยคือเบาหวานชนิดที่ 2 พบได้ในคนไทยร้อยละ 95.0 ของผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมด เป็นผลจากการดื้อต่ออินซูลิน (Insulin resistance) ร่วมกับการบกพร่องของการผลิตอินซูลินที่เหมาะสม มักพบในคนที่อายุ 30 ปีขึ้นไป รูปร่างท้วมหรืออ้วน (ดัชนีมวลกายสำหรับคนเอเชียคือ มากกว่า 23 กก./ตร.ม.) [5] และเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สัมพันธ์กับการใช้ชีวิตสาเหตุเกิดจากการดำเนินชีวิตและปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนไป ได้แก่ การรับประทานอาหาร การมีพฤติกรรมเนือยนิ่ง ขาดการออกกำลังกาย ความเครียด การสูบบุหรี่ ดื่มเหล้าและแอลกอฮอล์ [6] เป็นต้น

การป่วยเป็นโรคเบาหวานของคนไทยนับเป็นปัญหาด้านสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศ เป้าหมายของการควบคุมเบาหวานคือการควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1C) ให้น้อยกว่า 7 mg% [5, 6] เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่จะเกิดขึ้นจากการควบคุมไม่ได้ตามเป้าหมาย หากผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลรักษาอย่างถูกต้องและต่อเนื่องตามแนวทางมาตรฐาน จะก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนในระบบต่างๆของร่างกาย ทั้งภาวะแทรกซ้อนแบบเฉียบพลันและแบบเรื้อรัง อันนำไปสู่ความพิการและเสียชีวิตก่อนวัยอันควร [1, 5] นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยทั้งในด้านสุขภาพจิตที่ทรุดลง ความเครียดจากภาระ

ค่าใช้จ่ายในการรักษา ส่งผลโดยตรงต่อผู้ดูแลที่เกิดภาวะความเหนื่อยล้าทางกายและใจ (Caregiver burden) อีกทั้งยังสร้างภาระค่าใช้จ่ายเชิงโครงสร้างต่อระบบสังคมและเศรษฐกิจของประเทศอีกด้วย

จังหวัดตรังมีประชากรที่เป็นเบาหวานประมาณ 36,433 ราย โดยในเขตอำเภอปะเหลียน มีผู้ป่วยเบาหวานที่ขึ้นทะเบียน 3,767 จัดเป็นอำเภอที่มีผู้ป่วยเบาหวานมากเป็นอันดับ 5 ของจังหวัดตรัง [7] ซึ่งตำบลลิพังได้ถูกจัดให้เป็น 1 ใน 4 ของเครือข่ายหน่วยปฐมภูมิ (Network of primary care unit) ของอำเภอปะเหลียน ในการนำร่องคลินิกเบาหวานระยะสงบ (Diabetes mellitus remission clinic) และคลินิกห่างไกล NCD ตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข โดยผู้วิจัยได้ดูแลในเขตรับผิดชอบ จากประวัติแฟ้มข้อมูลเวชระเบียน พบว่าจำนวนผู้ป่วย NCD ทั้งโรคเบาหวาน ความดัน และไขมันในเลือดสูงรวมทั้งสิ้น 327 คน แบ่งเป็นโรคความดันโลหิตสูงอย่างเดียว 248 คน และเบาหวานจำนวน 79 คน [8] HbA1C ส่วนใหญ่จะอยู่ในระดับ 8 – 9 mg% และผู้ป่วยที่รับยารักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ส่วนใหญ่จะไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากเบาหวาน การดูแลผู้ป่วยให้สามารถควบคุมเบาหวานให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสมเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจึงเป็นสิ่งสำคัญ และเพื่อขยายไปยัง รพ.สต. อื่นๆ ต่อไป จากการงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่าสาเหตุของการควบคุมน้ำตาลไม่ดีนั้นเกิดจากพฤติกรรมการดำรงชีวิตที่ไม่เหมาะสม เช่น การบริโภค การออกกำลังกาย การดื่มเหล้า การสูบบุหรี่ พฤติกรรมเนือยนิ่ง โดยอาชีพส่วนใหญ่ของผู้ป่วยในตำบลลิพังจะประกอบอาชีพเกษตรกรรมเป็นส่วนใหญ่ ทำสวนยางและสวนผลไม้ เช่น ทุเรียน ลองกอง เงาะ มักจะกินขนมหวานและแป้งพร้อมน้ำชา กาแฟเป็นส่วนใหญ่ จากวิถีการดำรงชีวิตดังกล่าว ทำให้มีความเสี่ยงต่อการเกิดเบาหวานได้ง่ายขึ้น สำหรับผู้ป่วยเบาหวานนั้นการรับประทานอาหารที่มีคาร์โบไฮเดรตและน้ำตาลสูง ได้แก่ ข้าวสวย ข้าวเหนียว ข้าวโพด ขนมปัง เผือก มัน ผลไม้ที่มีรสหวาน น้ำผลไม้ที่มีรสหวาน ปัจจัยต่าง ๆ เหล่านี้กระตุ้นให้คนในพื้นที่เป็นโรค NCD [9] กันมากขึ้น การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการใช้ชีวิตจึงเป็นเรื่องสำคัญ เพื่อวางแผนทั้งปริมาณและชนิดของอาหารที่คนในท้องถิ่นรับประทานอยู่เป็นประจำ เพื่อความยั่งยืนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

ปัจจุบันมีการรักษาที่สามารถช่วยให้ผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ควบคุมน้ำตาลในเลือดให้อยู่ต่ำกว่าเกณฑ์วินิจฉัยโรคเบาหวานโดยไม่ต้องใช้ยาเพื่อลดระดับน้ำตาล และยังคงรักษาระดับน้ำตาลคงไว้อย่างน้อย 3 เดือน เรียกภาวะนี้ว่า Diabetes remission หรือโรคเบาหวานระยะสงบ ซึ่งจะช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ลดโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อน ลดค่าใช้จ่ายในการรักษา และลดภาระทางเศรษฐกิจได้ [6, 10] จากงานวิจัยที่ทบทวน พบว่าแต่ละพื้นที่จะมีความจำเพาะของแต่ละบริบทของพื้นที่ เช่น การรับประทานอาหาร การทำงานและพื้นฐานทางเศรษฐฐานะของพื้นที่นั้นๆ ตลอดจนสถานที่บริการที่มีบุคลากรและทรัพยากรอย่างจำกัด ดังนั้นจึงมีงานวิจัยนี้ขึ้นเพื่อต้องการศึกษา ประสิทธิผลของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและปัจจัยที่มีผลต่อการเข้าสู่เบาหวานระยะสงบในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลลิพัง อำเภอปะเหลียน จังหวัดตรัง โดยใช้หลัก SMART goal [11] ที่เหมาะสมกับคนไข้ในพื้นที่ มีความเฉพาะเจาะจงในเรื่องของการรับประทานอาหารกินข้าวกล้องแทนข้าวขาวสูตร 2 1 1 เพิ่มการออกกำลังกาย อย่างน้อย 3 วัน/สัปดาห์ นานครั้งละ 30 นาที หรือเดินออกกำลังกายเท่าที่ไหวไม่บาดเจ็บของข้อเข่าในช่วงแรก จนเพิ่มการเดินที่มากขึ้น มีขอบเขตเวลาที่ชัดเจนใน 6 เดือนของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยใช้การแก้ปัญหารายบุคคลมีเป้าหมายที่สามารถทำได้จริงสำหรับผู้ป่วยบนพื้นฐานของความจริง ตลอดจนมีการใช้เทคโนโลยี Telehealth/Telemedicine เข้ามาช่วยเพื่อให้ได้ผลลัพธ์และประโยชน์ต่อผู้ป่วยได้ดีขึ้น เพื่อเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในระยะสงบต่อไป

วัตถุประสงค์

1) เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ให้เข้าสู่เบาหวานระยะสงบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลลิพัง อำเภอปะเหลียน จังหวัดตรัง

2) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการเข้าสู่เบาหวานระยะสงบในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลลิพัง อำเภอปะเหลียน จังหวัดตรัง

วิธีดำเนินการวิจัย

1. รูปแบบการวิจัย

รูปแบบการวิจัย วิจัยกึ่งทดลอง (Quasi – experimental research) แบบหนึ่งกลุ่ม วัด ก่อน – หลัง (One group pretest - posttest design)

2. ประชากรศึกษา กลุ่มตัวอย่าง

การคัดเลือกแบบเจาะจงตามคุณสมบัติจากผู้ป่วยทั้งหมด (Purposive sampling of total population) โดยนำเวชระเบียนรายชื่อของผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมดของ รพ.สต.ลิพัง มาทำการตรวจสอบคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกรายบุคคล ได้มาทั้งสิ้น 50 คน

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria)

- อายุมากกว่าหรือเท่ากับ 18 ปี ขึ้นไป เป็นเบาหวานชนิดที่ 2
- ดัชนีมวลกาย ≥ 23
- สามารถใช้โทรศัพท์มือถือได้เป็นอย่างดี หรือมีญาติที่ใช้โทรศัพท์เพื่อการติดต่อได้
- สมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก(exclusion criteria)

- มีโรคแทรกซ้อนของเบาหวานระยะที่ 2 โรคเลือดสมอง ผู้ป่วยที่มีภาวะไตเรื้อรังระยะที่ 3 ขึ้นไป (Chronic kidney disease stage ≥ 3) ภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตา (Diabetic retinopathy) ภาวะแผลที่เท้าในผู้ป่วยเบาหวาน (Diabetic foot ulcer) และผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช (Psychiatric disorder)
- ใช้ยาเบาหวานแบบยาฉีด หรือใช้ยาเบาหวานแบบกินร่วมกับยาแบบฉีด
- ไม่สมัครใจเข้าร่วม

เกณฑ์การยกเลิก/ถอนอาสาสมัครจากการศึกษา (Withdrawal criteria)

- ขาดการติดต่อกับเจ้าหน้าที่อย่างน้อย 1 เดือน

3. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

3.1 เครื่องมือที่ใช้ในการสัมภาษณ์จากการทบทวนวรรณกรรมประกอบไปด้วย 1) ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ประกอบด้วย ชื่อ เพศ อายุ อาชีพ รายได้ ระยะเวลาที่เป็นเบาหวาน และมีผู้ดูแลหรือไม่ เป็นแบบคำถามปลายเปิดหรือให้เติมคำตอบ 2) แบบสอบถามความเข้าใจเรื่องโรคเบาหวานของผู้ป่วย โดยมีคำตอบแบ่งเป็น 2 แบบ คือ มีความเข้าใจเรื่องเบาหวาน (1 คะแนน) และไม่มีความเข้าใจเรื่องเบาหวาน (0 คะแนน) 3) แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ จำนวน 7 ข้อ แบบวัดมีลักษณะเป็นแบบลิเคอร์ต (Likert scale) มีคำตอบให้เลือกคือ ระดับมากที่สุด (5 คะแนน) ระดับมาก (4 คะแนน) ระดับปานกลาง (3 คะแนน) ระดับน้อย (2 คะแนน)

และระดับน้อยที่สุด (1 คะแนน) 4) แบบสอบถามความพึงพอใจหลังการเข้าร่วมกิจกรรม จำนวน 5 ข้อ แบบวัดมีลักษณะเป็นแบบลิเคอร์ต (Likert Scale) มีคำตอบให้เลือกคือ พึงพอใจมากที่สุด (5 คะแนน) พึงพอใจมาก (4 คะแนน) พึงพอใจปานกลาง (3 คะแนน) พึงพอใจน้อย (2 คะแนน) และพึงพอใจน้อยที่สุด (1 คะแนน) นำแบบสอบถามความรู้เรื่องโรคเบาหวาน แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ และแบบสอบถามความพึงพอใจหลังการเข้าร่วมกิจกรรม ได้รับการตรวจสอบคุณภาพเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน และมีค่าความตรงเชิงเนื้อหาแบบสอบถามทั้ง 3 ฉบับได้ค่า (Index of Item-Objective Congruence: IOC) อยู่ระหว่าง 0.7–1.0 นำมาทดลองคุณภาพของเครื่องมือ (Try out) โดยไปทดลองกับกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ใช่กลุ่มเป้าหมาย จำนวน 20 คน ตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) นำแบบสอบถามที่ได้ผ่าน IOC จากผู้ทรงคุณวุฒิมาวัดค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ดังนี้: ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ มีค่าเท่ากับ 0.7 และค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามแบบประเมินความพอใจหลังเข้าร่วมกิจกรรม มีค่าเท่ากับ 0.7 และค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามความรู้เรื่องเบาหวาน ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาโดยใช้สูตร Kuder-Richardson 20 (KR-20) มีค่าเท่ากับ 0.6

3.2 เครื่องมือบันทึกการรักษาดัดแปลงจากสมุดบันทึกประจำตัวผู้ป่วยโรคเบาหวานของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ประกอบไปด้วย ยาที่ใช้ปัจจุบัน ภาวะสุขภาพ แบบบันทึกผลน้ำตาลในเลือดเป็นรายเดือน บันทึกการรับประทานอาหาร และบันทึกการออกกำลังกายและการนอนหลับ

***4.* การรวบรวมข้อมูล**

เมื่อได้รับการอนุญาตและผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ดำเนินการตั้งแต่พฤษภาคม – ธันวาคม 2568 ข้อมูลดังนี้

4.1. การเตรียมการ

4.1.1 จัดทำโครงร่างวิจัย เครื่องมือการวิจัยเพื่อเสนอขอจริยธรรมวิจัย วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา

4.1.2 จัดเตรียมทีมและประชุมเพื่อแจ้งวัตถุประสงค์ โดยชี้แจงรายละเอียดบทบาทหน้าที่การให้ความรู้แก่ทีมสหวิชาชีพ (แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักโภชนาการ นักกายภาพบำบัด นักวิชาการสาธารณสุข นักจิตบำบัด) โดยชี้แจงรายละเอียดการวิจัย บทบาทหน้าที่และการให้ความรู้ของแต่ละคนโดยเฉพาะการดูแลเรื่องโภชนาการและการออกกำลังกายอย่างเข้มงวด ตลอดจนการติดตามผล

4.1.3 นำเวชระเบียนรายชื่อของผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมดของ รพ.สต.ลิพัง มาทำการตรวจสอบคุณสมบัติตามเกณฑ์สอบถามรายบุคคล การคัดเลือกเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่าง ได้จำนวนทั้งสิ้น 50 คน

4.1.4 อบรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ด้านโภชนบำบัด การคำนวณคาร์โบไฮเดรตของอาหารที่รับประทาน การติดตามเจาะเลือดเพื่อติดตามค่าน้ำตาลในเลือดและแบ่งหน้าที่ในการรับผิดชอบผู้ป่วย

4.2. ขั้นดำเนินการ

สหวิชาชีพให้ความรู้เรื่องคำแนะนำในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมก่อนจะเข้าสู่ฐานต่างๆโดยแต่ละฐานประมาณ 10 คน ใช้เวลา 20 นาทีและวนกันไป

4.2.1 ทดสอบความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเบาหวาน และพฤติกรรมสุขภาพก่อนเข้าร่วมโครงการ ให้ความรู้โดยแพทย์ในหัวข้อเกี่ยวกับโรคเบาหวาน เบาหวานระยะสงบ ปัจจัยเสี่ยง อันตรายของเบาหวาน

ความอ้วน การออกกำลังกายและภาวะความเครียดต่อการเป็นเบาหวาน ภาวะแทรกซ้อนของเบาหวานถ้าควบคุมน้ำตาลได้ไม่ดี การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเคร่งครัดอย่างไร เพื่อการลดยาหรือหยุดยา

4.2.2 สหวิชาชีพให้ความรู้เรื่องคำแนะนำในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสู่ฐานต่างๆโดยแต่ละฐานประกอบด้วย ฐานประเมินสุขภาพร่างกาย โดยนักวิชาการสาธารณสุข “รู้ตัวเอง ก่อนปรับเปลี่ยน” ประเมินภาวะสุขภาพ น้ำหนัก ส่วนสูง เส้นรอบเอว และระดับน้ำตาลสะสม (HbA1C) ระดับไขมัน LDL ก่อนดำเนินการลงข้อมูลลงในสมุดบันทึกประจำตัวเบาหวานไว้เปรียบเทียบถึงผลลัพธ์ที่เปลี่ยนแปลงหลังจบโครงการ ฐานโภชนาการ เรื่อง “กินเป็นอยู่เป็น ชีวิตมีความสุข”นักโภชนาการแนะนำเกี่ยวกับการรับประทานอาหารสูตร 2.1.1. การรับประทานอาหารผักใบ ข้าวกล้องแทนข้าวขาว (มีดัชนีน้ำตาลต่ำ) การอ่านฉลากอาหารลดหวาน โดยเป็นการพูดคุยผู้ป่วยในการปรับเปลี่ยนการรับประทานอาหารในแบบของตนเองอาหารที่กินประจำและจดบันทึกรายการอาหารในสมุดเบาหวานจะพิจารณาร่วมกับผู้ป่วยโดยผู้ป่วยจะเป็นผู้ตัดสินใจและตกลงกับแพทย์ ฐาน เรื่องการใช้ยาและผลข้างเคียงของยา โดยเภสัชกรให้คำแนะนำให้ความรู้เกี่ยวกับข้อมูลยาเบื้องต้น เช่น กลไกและระยะเวลาการออกฤทธิ์เพื่อให้เข้าใจถึงการรับประทานยาที่สัมพันธ์กับมื้ออาหารเพื่อให้เกิดประสิทธิผลของยาสูงสุด การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อน การปฏิบัติตัวเมื่อเกิดปัญหาจากการใช้ยา เช่น กรณีมีอาการน้ำตาลต่ำ หรือเมื่อลืมรับประทานยา เป็นต้น แนะนำช่องทางที่ผู้เป็นเบาหวานสามารถติดต่อเภสัชกร เพื่อรับคำปรึกษากรณีเกิดความไม่มั่นใจในการใช้ยา ฐาน “ขยับวันละนิด เพื่อสุขภาพที่ดีขึ้น” โดยนักกายภาพ ประเมินภาวะร่างกายของแต่ละคนเพื่อให้เหมาะสมกับวิธีการออกกำลังกาย เช่น เดินวิ่ง อย่างน้อย 3 วัน/สัปดาห์ นานครั้งละ 30 นาที หรือ เดิน โดยไม่มีการบาดเจ็บของกล้ามเนื้อ โดยใช้นาฬิกานับก้าวหรือถ้าไม่มีก็ให้รู้สึกหัวใจเต้นเร็วขึ้นกว่าปกติ เพื่อใช้ประเมินการเดินในแต่ละวันและจดลงในสมุดบันทึก ฐานประเมิน “สุขภาพจิตดี กายเป็นสุข สู่เบาหวานระยะสงบ” ให้ทำแบบประเมินความเครียด (ST- 5) ด้วยตัวเองและวิธีการจัดการกับความเครียดเบื้องต้น หากผู้ป่วยมีภาวะความเครียดขั้นรุนแรงจะพิจารณาในการรักษาต่อไป แนะนำสุขภาพการนอนหลับที่เหมาะสมและการจัดสถานที่ให้เหมาะสมต่อการนอน และฐาน “อยู่ไกลกันแค่ไหนก็อุ่นใจได้” พยาบาลพูดคุยทำความเข้าใจเรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแบบไหนที่เหมาะสมและถูกต้อง และสอนวิธีการเจาะเลือดปลายนิ้วด้วยตัวเองและลงทะเบียนเพื่อติดตามผู้ป่วยผ่านการใช้ Line ติดตามผลและตลอดจนการลงบันทึก สอบถามประเด็นข้อสงสัยเพิ่มเติมเป็นรายบุคคล

4.3 การติดตามผล

4.3.1 เดือนแรก ให้ผู้ป่วยส่งค่าน้ำตาลปลายนิ้ว สัปดาห์ละ 2 วัน วันละ 4 ครั้งก่อนและหลังรับประทานอาหาร 2 ชั่วโมงเช้า - เย็น โดยทำในผู้ป่วยที่ปรับลดยาใช้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแทน เพื่อให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยตนเองและเฝ้าระวังภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ทางรพ.สต จะเป็นผู้สนับสนุนเครื่องเจาะน้ำตาลปลายนิ้วและแผ่นตรวจน้ำตาล (Test strips) เข็ม ให้ผู้ป่วยทุกรายที่สามารถเจาะเลือดปลายนิ้วด้วยตนเองได้ ส่วนในผู้ป่วยที่ไม่สามารถทำได้/กลัวเข็ม จะให้ผู้ป่วยไปเจาะเลือดกับเจ้าหน้าที่ รพ.สต./อสม.ในพื้นที่นั้นๆ ส่งข้อมูลเรื่องอาหารและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร่วมกันใน Line กลุ่มเพื่อกระตุ้นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ตลอดจนการจดบันทึกการรับประทานอาหารและการออกกำลังกายในแต่ละวันตามสมุดที่แจกให้ผู้ป่วยไป นัดติดตามอาการ 1 เดือนเพื่อดูความเปลี่ยนแปลงและปรับยาโดยแพทย์ ตลอดจนสอบถามอาการและประเมินถึงสิ่งที่ได้แนะนำในการปฏิบัติตัวผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้หรือมีปัญหาอะไรหรือไม่ จะได้นำกลับมาปรับและแก้ปัญหาร่วมกันหรือถ้าหากไม่สะดวกจะมีการติดต่อทางไกลโดยใช้ Telemedicine/Line application อสม.ในเขตโดยดูตามความเหมาะสม

4.3.2 เดือนที่ 2 - 3 ให้ผู้ป่วยส่งค่าเจาะน้ำตาลปลายนิ้ว สัปดาห์ละ 1 วัน วันละ 4 ครั้งก่อนและหลังอาหาร 2 ชั่วโมง เช้า - เย็น ส่งมาใน Line มีการกระตุ้นทำกิจกรรมร่วมกันในทาง Line หากมีปัญหารายบุคคลก็จะใช้การติดต่อปรึกษาผ่านทางไกลโดยใช้ Telemedicine/Line application หากผู้ป่วยรายใดขาดการติดต่อจะประสาน อสม.ในเขตรับผิดชอบช่วยติดต่อส่งพื้นที่ ติดตามให้

4.3.3 นัดติดตามอาการครั้งที่ 2 หลังครบ 3 เดือน ประเมินภาวะสุขภาพอีกครั้งหลังเข้าโครงการครบ 3 เดือน ประเมินภาวะสุขภาพ คือ รอบเอว BMI น้ำตาลในเลือดและน้ำตาลสะสม และปรับยา/ลดยาโดยแพทย์ในคนที่สามารถควบคุมน้ำตาลได้ดีขึ้น ส่วนผู้ที่ยังไม่ถึงเป้าหมายก็ให้กำลังใจและแก้ปัญหารายบุคคลต่อไป

4.3.4 นัดติดตามอาการในเดือนที่ 4 - 6 ตามค่าน้ำตาลและค่าน้ำตาลสะสม HbA1C พร้อมทั้งมีการกระตุ้นและทำกิจกรรมร่วมกันในทาง line หากมีปัญหารายบุคคลก็จะใช้การติดต่อปรึกษาผ่านทางไกลโดยใช้ Telemedicine/Line applicationหากผู้ป่วยรายใดขาดการติดต่อจะประสาน อสม.ในเขตรับผิดชอบช่วยติดตาม

4.3.5 ครบ 6 เดือน ประเมินภาวะสุขภาพ ทำแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับเบาหวาน และพฤติกรรมทางสุขภาพ ประเมินภาวะสุขภาพ คือ รอบเอว BMI น้ำตาล และน้ำตาลสะสม ระดับไขมัน LDL หลังเริ่มโครงการหากผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่ถูกต้องสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดสะสมได้น้อยกว่า 6.5 mg% ก็จะปรับลดยารักษาเบาหวานลงหรือหยุดยาโดยแพทย์ผู้ทำการรักษาตามแนวทางการดูแลรักษาโรคเบาหวาน

***5.* สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล**

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย เป็นโปรแกรม IBM SPSS Statistics 23 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เช่น ความรู้ พฤติกรรม ความพึงพอใจ เป็นแบบสอบถามและบันทึกข้อมูลลงในโปรแกรม Excel สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ Wilcoxon Signed-Rank Test แสดงเป็นค่า Median (IQR) และวิเคราะห์สถิติ Fisher's Exact Test เพื่อหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าสู่เบาหวานระยะสงบในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

ผลการศึกษา

1) ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการศึกษาข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 50 คน พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 78.0 และเพศชาย ร้อยละ 22.0 มีอายุ 45 – 60 ปี ร้อยละ 70.0 และอายุมากกว่า 60 ปี ร้อยละ 30.0 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเป็นเกษตรกร ร้อยละ 76.0 มีรายได้ต่อเดือนที่ใช้จ่ายเพียงพอ ร้อยละ 56.0 และใช้จ่ายไม่เพียงพอ ร้อยละ 44.0 ระยะเวลาเป็นเบาหวานน้อยกว่า 6 ปี ร้อยละ 70.0 และระยะเวลาเป็นเบาหวานมากกว่า 6 ปี ร้อยละ 30.0 ส่วนใหญ่มีผู้ดูแล ร้อยละ 92.0 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n = 50)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	11	22.0
หญิง	39	78.0

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อายุ		
45 - 60 ปี	35	70.0
> 60 ปี	15	30.0
อาชีพ		
ว่างงาน	3	6.0
เกษตร	38	76.0
ค้าขาย	9	18.0
รายได้ต่อเดือน		
เพียงพอ	28	56.0
ไม่เพียงพอ	22	44.0
ระยะเวลาเป็นเบาหวาน		
6 ปี	35	70.0
> 6 ปี	15	30.0
มีผู้ดูแล		
มี	46	92.0
ไม่มี	4	8.0

2) ผลการเปรียบเทียบความรู้เรื่องเบาหวาน

เนื่องจากข้อมูลมีการแจกแจงแบบไม่ปกติ (Non-normal distribution) จึงใช้ค่ามัธยฐานแทนค่าเฉลี่ย ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความรู้ก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการ ด้วยสถิติ Wilcoxon Signed-Rank Test พบว่า ค่ามัธยฐานของความรู้ก่อนเข้าร่วมโครงการ คือ 6 คะแนน (ค่าพิสัยควอไทล์ 6 - 7 คะแนน) และค่ามัธยฐานของความรู้หลังเข้าร่วมโครงการ คือ 10 คะแนน (ค่าพิสัยควอไทล์ 9 - 10 คะแนน) หลังเข้าร่วมโครงการผู้ป่วยมีความรู้เรื่องเบาหวานมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.05) ยกเว้นข้อคำถามการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ชีวิต การกินอาหาร ออกกำลังกาย ช่วยลดน้ำตาลในเลือด ผู้ป่วยมีความรู้เรื่องเบาหวานในข้อคำถามนี้ก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการไม่แตกต่างกัน (p-value = 0.059) อาจเป็นเพราะผู้ป่วยมีความรู้อยู่ในระดับสูงอยู่แล้ว ผู้ป่วยมีความรู้เรื่องเบาหวานที่ถูกต้องมากที่สุด ได้แก่ หากควบคุมน้ำตาลไม่ดีจะมีผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่ออวัยวะต่างๆ จากโรคเบาหวาน เช่น ตา ไต เท้า และเบาหวานระยะสงบ คือ เบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับการดูแลรักษาจนสามารถควบคุมน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับที่ต่ำกว่าระดับที่ใช้เป็นเกณฑ์การวินิจฉัยโรคเบาหวานและคงอยู่อย่างน้อย 3 เดือน โดยไม่ต้องใช้ยาเพื่อลดระดับน้ำตาลในเลือด ร้อยละ 100.0 เท่ากัน และข้อคำถามที่ผู้ป่วยมีความรู้เรื่องเบาหวานน้อยที่สุด ได้แก่ เบาหวานมักเป็นในคนอ้วนและมีประวัติครอบครัวเป็นเบาหวาน ร้อยละ 14.0 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความรู้เรื่องเบาหวานก่อนเข้าร่วมโครงการและหลังเข้าร่วมโครงการ (n = 50)

ความรู้เรื่องเบาหวาน	ก่อนเข้าร่วมโครงการ		หลังเข้าร่วมโครงการ		Z-test	*p*-value
	ตอบถูก	ตอบผิด	ตอบถูก	ตอบผิด		
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
1. โรคเบาหวานชนิดที่ 2 คือ โรคที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงเกินกว่าปกติอย่างต่อเนื่องและเรื้อรังเกิดจากความผิดปกติของตับอ่อนหลั่งฮอร์โมนอินซูลินได้น้อยกว่าปกติหรือเกิดภาวะดื้อต่ออินซูลินทำให้อินซูลินออกฤทธิ์ได้ไม่เต็มที่	31 (62.0)	19 (38.0)	49 (98.0)	1 (2.0)	-4.24	0.000*
2. เบาหวานเมื่อเป็นอาจจะไม่ต้องกินยาไปตลอดชีวิตถ้าปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้	38 (76.0)	12 (24.0)	49 (98.0)	1 (2.0)	-3.05	0.002*
3. เบาหวานมักเป็นในคนอ้วนและมีประวัติครอบครัวเป็นเบาหวาน	26 (52.0)	24 (48.0)	43 (86.0)	7 (14.0)	-4.12	0.000*
4. เป้าหมายในการควบคุมน้ำตาลขณะอดอาหาร ทั่วไปไม่เกิน 130 มก./ดล.	26 (52.0)	24 (48.0)	47 (94.0)	3 (6.0)	-4.58	0.000*
5. ยาเบาหวานอาจจะละเว้นได้ถ้าไม่ได้กินอาหาร	17 (34.0)	33 (66.0)	45 (90.0)	5 (10.0)	-5.29	0.000*
6. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ชีวิตการกินอาหาร ออกกำลังกาย ช่วยลดน้ำตาลในเลือด	43 (86.0)	7 (14.0)	48 (96.0)	2 (4.0)	-1.89	0.059
7. หากควบคุมน้ำตาลไม่ดีจะมีผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่ออวัยวะต่างๆ จากโรคเบาหวาน เช่น ตา ไต เท้า	42 (84.0)	8 (16.0)	50 (100.0)	0 (0.0)	-2.83	0.005*
8. กินยาเบาหวาน ไม่ได้ทำให้ไตพังควรอยู่ในการดูแลของแพทย์	29 (58.0)	21 (42.0)	48 (96.0)	2 (4.0)	-4.36	0.000*
9. ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำอาการ เหงื่อออกตัวเย็น ใจสั่น เป็นลม	34 (68.0)	16 (32.0)	49 (98.0)	1 (2.0)	-3.87	0.000*
10. เบาหวานระยะสงบ คือเบาหวานที่โรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับการดูแลรักษาจนสามารถควบคุมน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับที่ต่ำกว่า ระดับที่ใช้เป็นเกณฑ์การวินิจฉัยโรคเบาหวานและคงอยู่อย่างน้อย 3 เดือน โดยไม่ต้องใช้ยา เพื่อลดระดับน้ำตาลในเลือด	19 (38.0)	31 (62.0)	50 (100.0)	0 (0.0)	-5.57	0.000*
ความรู้เรื่องเบาหวานโดยรวม	43 (86.0)	7 (14.0)	50 (100.0)	0 (0.0)	-2.65	0.008*
Median (IQR)	6 (5 - 7)		10(9-10)			

Wilcoxon Signed Ranks Test, *p*-value < 0.05

3) ผลการเปรียบเทียบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

หลังเข้าร่วมโครงการ ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพดีขึ้น ในข้อของการควบคุมอาหาร ไม่กิน หวาน มัน เค็ม ไม่กินอาหารจุกจิก ระหว่างมื้อ ออกกำลังกาย สัปดาห์ละ 3 วันหรือมากกว่า 150 นาทีต่อสัปดาห์ ไม่มีพฤติกรรมเนือยนิ่ง นั่งๆนอนๆ ดูทีวี เล่นโทรศัพท์ นอนหลับเพียงพอ และหลับสนิท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.05) ยกเว้นพฤติกรรมไม่สูบบุหรี่ ยาสูบ (p-value = 0.655) และไม่ดื่มเหล้า แอลกอฮอล์ (p-value = 0.109) เนื่องจากผู้ป่วยมีพฤติกรรมอยู่ในระดับมากที่สุดทั้งก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการ และส่วนใหญ่ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพหลังเข้าร่วมโครงการ ระดับมาก ร้อยละ 76.0 รองลงมาอยู่ในระดับมากที่สุด ร้อยละ 14.0 และระดับปานกลาง ร้อยละ 10.0 ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพก่อนเข้าและหลังเข้าร่วมโครงการ (n = 50)

การประเมินพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ	ก่อนเข้าร่วมโครงการ	หลังเข้าร่วมโครงการ	Z-test	p-value
	Median (IQR)	Median (IQR)		
1. ควบคุมอาหาร ไม่กิน หวาน มัน เค็ม	3.0 (3.0 - 4.0)	4.0 (3.0 - 4.0)	-4.96	0.000*
2. ไม่กินอาหารจุกจิก ระหว่างมื้อ	4.0 (3.0 - 4.3)	4.0 (3.0 - 5.0)	-3.62	0.000*
3. ออกกำลังกาย สัปดาห์ละ 3 วันหรือมากกว่า 150 นาทีต่อสัปดาห์	3.0 (2.0 - 4.0)	3.0 (3.0 - 4.0)	-3.66	0.000*
4. ไม่มีพฤติกรรมเนือยนิ่ง นั่งๆนอนๆ ดูทีวี เล่นโทรศัพท์	3.0 (2.0 - 4.0)	3.0 (3.0 - 4.0)	-2.24	0.025*
5. ไม่สูบบุหรี่ ยาสูบ	5.0 (5.0 - 5.0)	5.0 (5.0 - 5.0)	-0.45	0.655
6. ไม่ดื่มเหล้า แอลกอฮอล์	5.0 (5.0 - 5.0)	5.0 (5.0 - 5.0)	-1.60	0.109
7. นอนหลับเพียงพอ และหลับสนิท	3.0 (3.0 - 5.0)	4.0 (3.0 - 5.0)	-2.79	0.005*
การประเมินพฤติกรรมสุขภาพโดยรวม	4.0 (3.0 - 4.0)	4.0 (4.0 - 4.0)	-2.84	0.005*

Wilcoxon Signed Ranks Test, IQR = Interquartile Range, p-value < 0.05

4) ความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคเบาหวานหลังเข้าร่วมโครงการ

ความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคเบาหวานหลังเข้าร่วมโครงการพบว่า ผู้ป่วยได้รับความรู้เรื่องเบาหวานระยะสงบเพิ่มมากขึ้นในด้านของการบริการของเจ้าหน้าที่ตลอดจนการสื่อสารและติดต่อที่สะดวกมีระดับความพึงพอใจมากที่สุด ผู้ป่วยมีการกระตุ้น การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง ผู้เข้าร่วมกิจกรรมอย่างสม่ำเสมอ มีระดับความพึงพอใจมาก ผู้ป่วยมีความมั่นใจในการดูแล และปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และสถานที่ในการจัดกิจกรรม มีความเหมาะสม ตลอดจนอุปกรณ์ในการติดตามผลเพียงพอ มีระดับความพึงพอใจปานกลาง และผู้ป่วยที่เข้าร่วมโครงการมีความพึงพอใจในการเข้าร่วมกิจกรรมในภาพรวมอยู่ในระดับดีมาก ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละความพึงพอใจของผู้ป่วยเบาหวานหลังเข้าร่วมโครงการ (n = 50)

กิจกรรม	ระดับความพึงพอใจ					Mean	S.D.	แปลผล
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด			
	จำนวน (ร้อยละ)							
1. ได้รับความรู้เรื่องเบาหวาน	30 (60.0)	18 (36.0)	2 (4.0)	0	0	4.56	0.58	มากที่สุด
2. การบริการของเจ้าหน้าที่	23 (46.0)	23 (46.0)	4 (8.0)	0	0	4.38	0.64	มากที่สุด
3. ผู้เข้าร่วมกิจกรรมมีความมั่นใจ	6 (12.0)	18 (36.0)	18 (36.0)	6 (12.0)	2 (4.0)	3.40	0.99	ปานกลาง
4. สถานที่ในการจัดกิจกรรม	1 (2.0)	10 (20.0)	18 (36.0)	14 (28.0)	7 (14.0)	2.68	1.02	ปานกลาง
5. มีการกระตุ้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม	11 (22.0)	24 (48.0)	13 (26.0)	1 (2.0)	1 (2.0)	3.86	0.86	มาก
ความพึงพอใจโดยรวม	1 (2.0)	37 (74.0)	11 (22.0)	1 (2.0)	0	3.76	0.52	มาก

5) ภายหลังได้รับโปรแกรมของกลุ่มตัวอย่างหลังติดตามครบ 6 เดือน (n = 50)

การศึกษานี้พบผู้ป่วยเบาหวานเข้าสู่เบาหวานระยะสงบหยุดยาได้ ≥ 3 เดือน ร้อยละ 6.0 (3 คน) และสามารถหยุดยาเบาหวานเพิ่มได้อีกแต่ยังไม่เข้าสู่ระยะสงบเนื่องจากหยุดได้ < 3 เดือน ร้อยละ 8.0 (4 คน) สามารถลดยาเบาหวานได้ร้อยละ 28.0 (14 คน) และมีผู้ป่วยที่ต้องเพิ่มยาเบาหวานร้อยละ 18.0 (9 คน) ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 แสดงภายหลังจากการได้รับโปรแกรมของกลุ่มตัวอย่าง ในการติดตามครบ 6 เดือน (n = 50)

ข้อมูล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ลดยาเบาหวาน	14	28.0
เพิ่มยาเบาหวาน	9	18.0
เท่าเดิม	20	40.0
หยุดยาได้ < 3 เดือน	4	8.0
ผู้ป่วยเบาหวานเข้าสู่ระยะสงบ ≥ 3 เดือน	3	6.0

6) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าสู่เบาหวานระยะสงบ

ผลจากการวิเคราะห์สถิติ Fisher's Exact Test พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าสู่เบาหวานระยะสงบ (Diabetes remission) ซึ่งเป็นผู้เบาหวานชนิดที่ 2 ควบคุมน้ำตาลในเลือดให้อยู่ต่ำกว่าเกณฑ์วินิจฉัยโรคเบาหวาน HbA1C < 6.5 mg% โดยไม่ใช้ยาเพื่อลดระดับน้ำตาล และยังคงรักษาระดับน้ำตาลคงไว้อย่างน้อย 3 เดือน หลังเข้าร่วมโครงการครบ 6 เดือน พบว่า ค่า FBS (p-value = 0.042) และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ (p-value = 0.048) เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าสู่เบาหวานระยะสงบ (Diabetes remission) ส่วนปัจจัยเรื่อง เพศ อายุ รายได้ ระยะการเป็นเบาหวาน ดัชนีมวลกาย รอบเอว HbA1C LDL ไม่มีความแตกต่างกัน

ในส่วนของปัจจัย HbA1C และ BMI พบว่าไม่มีนัยสำคัญ ซึ่งอาจเป็นเพราะขนาดกลุ่มตัวอย่างที่เข้าสู่ระยะสงบมีเพียง 3 ราย (Small sample size in remission group) ดังแสดงในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าสู่เบาหวานระยะสงบ หลังเข้าร่วมโครงการ 6 เดือน (n = 50)

ปัจจัย	เบาหวานระยะไม่สงบ (Non-remission) จำนวน (ร้อยละ)	เบาหวานระยะสงบ (Remission) จำนวน (ร้อยละ)	*p*-value
เพศ			
ชาย	10 (90.91)	1 (9.09)	0.534
หญิง	37 (94.87)	2 (5.13)	
อายุ			
45-60 ปี	32 (91.43)	3 (8.57)	0.545
> 60 ปี	15 (100.00)	0	
รายได้ต่อเดือน			
เพียงพอ	25 (89.29)	3 (10.71)	0.246
ไม่เพียงพอ	22 (100.00)	0	
ระยะเวลาเป็นเบาหวาน			
6 ปี	32 (91.43)	3 (8.57)	0.545
> 6 ปี	15 (100.00)	0	
ดัชนีมวลกาย			
< 25 kg/m^2	18 (100.00)	0	0.544
≥ 25 kg/m^2	29 (90.62)	3 (9.38)	
รอบเอว			
< 80 cm.	2 (100.00)	0	
≥ 80 cm.	45 (93.75)	3 (6.25)	1.000
FBS			
< 130 mg/dL	15 (83.33)	3 (16.67)	0.042*
≥ 130 mg/dL	32 (100.00)	0	
HbA1C			
< 6.5 mg%	17 (85.00)	3 (15.00)	0.111
6.5-7 mg%	12 (100.00)	0	
> 7 mg%	18 (100.00)	0	

Data are presented as number (%), Fisher's Exact Test, *p-value < 0.05

อภิปรายผล

จากการศึกษาประสิทธิผลของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและปัจจัยที่มีผลต่อการเข้าสู่เบาหวานระยะสงบในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลลิพัง อำเภอปะเหลียน จังหวัดตรัง โดยได้จัดโครงการการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและให้คำแนะนำเป็นรายบุคคลแก่ผู้ป่วยที่ต้องการลดยาหรือหยุดยาเบาหวาน มีการติดตามและประเมินพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพ การปฏิบัติตัวให้สอดคล้องกับการดำเนินชีวิต โดยมีสหสาขาวิชาชีพมาให้คำแนะนำ มีการเสริมพลังและให้กำลังใจแก่ผู้ป่วย ติดตามผลอย่างต่อเนื่องเพื่อแนะนำ

สิ่งที่ผู้ป่วยยังปฏิบัติไม่ถูกต้องมาปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสมยิ่งขึ้น โดยประเมินผลลัพธ์หลังจบโครงการ 6 เดือน พบว่า ผู้ป่วยเข้าสู่เบาหวานระยะสงบคือสามารถหยุดยาเบาหวานได้ ≥ 3 เดือนร้อยละ 6.0 โดยค่า HbA1c ยังคงน้อยกว่า 6.5 mg% และผู้ป่วยสามารถหยุดยาเบาหวานได้เพิ่มแต่ < 3 เดือนร้อยละ 8.0 อีกทั้งผู้ป่วยสามารถลดยาเบาหวานได้อีกจำนวนร้อยละ 28.0 ซึ่งหากติดตามต่อไปอาจจะมีผู้ป่วยที่สามารถหยุดยาจนเข้าสู่เบาหวานระยะสงบเพิ่มขึ้น การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดยาเบาหวานจำเป็นต้องใช้เวลาที่มากกว่า 6 เดือน ในผู้ป่วยบางราย นอกจากนี้ยังมีผู้ป่วยบางส่วนที่หลังจากจากเข้าปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแล้วต้องเพิ่มยาเบาหวานอีก ร้อยละ 18.0 จำเป็นต้องหาสาเหตุ ปัญหาที่ยังเป็นอุปสรรคในการลดยาของผู้ป่วยเป็นรายๆไป การวิจัยนี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ อธิบ ลีธีระประเสริฐ [12] ที่พบว่าเมื่อผู้ป่วยเข้าการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวดจะสามารถเข้าสู่เบาหวานระยะสงบได้ร้อยละ 16 และงานวิจัยของ ชณัฏฐา เรืองสุทธิภาพ [13] ผู้ป่วยเบาหวานเมื่อได้เข้ารับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจะสามารถลดยาจนเข้าสู่เบาหวานระยะสงบได้ร้อยละ 13.33 รวมทั้ง คมกริช ฤทธิ์บุรี [14] ที่ศึกษาการขับเคลื่อนงานเพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานเข้าสู่ระยะสงบ ในระยะเวลา 1 ปี พบว่าผู้ป่วยเข้าสู่ภาวะสงบ ร้อยละ 10.6 และงานวิจัยของ อุษนีย์ รามฤทธิ์ [15] ที่ศึกษาจัดการรายกรณีและการกำกับตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน จนสามารถทำให้ผู้ป่วยเข้าสู่เบาหวานภาวะสงบได้เช่นกัน นอกจากนี้หลังจากการเข้าโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยมีความรู้เรื่องเบาหวานมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.05) สอดคล้องกับงานวิจัยของ ชัญญ์นิฏฐ์ วงศ์อุดมกองและคณะ [16] ที่พบว่าระดับความรู้เพิ่มขึ้นเช่นกันหลังจากเข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 4 เดือน โดยการให้ความรู้เรื่องเบาหวาน ช่วยให้ผู้ป่วยมีความตระหนักในเรื่องเบาหวานและการปรับเปลี่ยนทัศนคติเกี่ยวกับเบาหวานและการดูแลตนเองในด้านของพฤติกรรมการรับประทานอาหารและการออกกำลังกายที่เพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้มีผู้ป่วยที่สามารถลดยาหรือจนหยุดยาได้ เมื่อควบคุมน้ำตาลในเลือดได้ ค่า HbA1C อยู่ในเกณฑ์ดี (HbA1C < 7 mg%) ก็จะลดภาวะแทรกซ้อนจากการเป็นโรคเบาหวานได้ [1, 5] อีกทั้งในโครงการได้เพิ่มช่องทางการสื่อสารประชาสัมพันธ์ แอปพลิเคชัน Line และพูดคุยกับผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดำเนินชีวิตให้เหมาะสมกับสภาวะแวดล้อมที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ ให้มีความยั่งยืนของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าสู่เบาหวานระยะสงบในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 หลังเข้าร่วมโครงการ ได้แก่ ค่า FBS <130 mg/dL (p-value = 0.042) และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพมากที่สุด (p-value = 0.048) โดยพบว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพดีขึ้นในเรื่องของการรับประทานอาหารและการควบคุมอาหารมากขึ้น เพิ่มการออกกำลังกายและการนอนหลับที่ดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ มยุรี เที่ยงสกุล [17], อุทัย เจริญจิตต์ [18] และพิชิต สุขสบาย [19] ที่พบว่าหลังจากปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพให้ดีขึ้น จะช่วยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ดี จนสามารถลดยาและหยุดยาเบาหวานได้ในที่สุด ส่วนของปัจจัย เช่น ระยะเวลาที่เป็นเบาหวานน้อยกว่า 6 ปี และ BMI พบว่าไม่ได้เป็นปัจจัยมีความสัมพันธ์กับการเข้าสู่เบาหวานระยะสงบในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 แตกต่างจากการศึกษา DiRECT study พบว่าผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีโอกาสเข้าสู่เบาหวานระยะสงบโดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเคร่งครัด มักจะเป็นกลุ่มที่ระยะเวลาที่เป็นเบาหวานน้อยกว่า 6 ปี และมีน้ำหนักตัวลดลงอย่างน้อยร้อยละ 10 - 15 [20] ทั้งนี้อาจเป็นเพราะงานวิจัยนี้ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่เข้าสู่ระยะสงบมีเพียง 3 ราย ซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดค่อนข้างน้อย วิถีชีวิตของประชาชนในพื้นที่ตำบลลิพังเป็นชุมชนชนบท มีอาชีพด้านการเกษตร ต้องทำงานกลางแจ้งและใช้แรงงานในสภาพอากาศร้อน ส่งผลให้มีพฤติกรรมดื่มเครื่องดื่มรสหวานเพื่อความสดชื่น ผู้ป่วยเบาหวานอาจมีโอกาสพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพถดถอยได้ บุคลากรจึงควรติดตามผลอยู่เสมอเมื่อผู้ป่วยมีการคุมน้ำตาลที่ไม่ได้ตามเกณฑ์ควรหาสาเหตุและแก้ไขร่วมกับผู้ป่วยทันที การมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพอย่างเข้มงวดเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ และส่งผลให้สามารถลดยาได้จนกระทั่งเข้าสู่ภาวะเบาหวานระยะสงบ ด้านระดับ

ความพึงพอใจของผู้ป่วยหลังเข้าร่วมโครงการ พบว่า ผู้ป่วยได้รับความรู้เรื่องเบาหวานระยะสงบเพิ่มมากขึ้น และการบริการของเจ้าหน้าที่ ตลอดจนการสื่อสารและติดต่อที่สะดวกมีระดับความพึงพอใจมากที่สุด การกระตุ้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง และการเข้าร่วมกิจกรรมอย่างสม่ำเสมอ ทำให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในการดูแลตัวเองมากขึ้น ด้านสถานที่ในการจัดกิจกรรมที่ รพ.สต. ซึ่งเดินทางสะดวก และอุปกรณ์ที่ใช้ในการติดตามผลมีระดับความพึงพอใจปานกลาง โดยสรุป ผู้ป่วยที่เข้าร่วมโครงการมีความพึงพอใจต่อการเข้าร่วมกิจกรรมภาพรวมอยู่ในระดับดี ความยั่งยืนของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อให้เบาหวานอยู่ในระยะสงบ ในบริบทสังคมของตำบลลิพังที่มีสิ่งแวดล้อมของอาหารที่เน้นแป้งและน้ำตาลเพื่อใช้พลังงานในการทำงานเกษตรเป็นสิ่งท้าทาย บุคลากรทางการแพทย์ในพื้นที่ควรมีความตระหนักในเรื่องการติดตามและการแก้ไขปัญหาร่วมกับคนไข้โดยคำนึงถึงการใช้ชีวิตของผู้ป่วยเป็นหลัก ควรกระตุ้นการทำกิจกรรมอยู่สม่ำเสมอ การค้นหาบุคคลต้นแบบในการควบคุมเบาหวานได้ดีหรือผู้ป่วยที่สามารถหยุดยาจนอยู่ในระยะเบาหวานสงบได้นั้นเพื่อสร้างแรงบันดาลใจให้กับคนในชุมชนตลอดจนเป็นที่ปรึกษาให้กับคนในชุมชนด้วยกันเองเพื่อสร้างความยั่งยืนในชุมชนต่อไป

สรุป

วิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและปัจจัยที่มีผลต่อการเข้าสู่เบาหวานระยะสงบในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลลิพัง อำเภอปะเหลียน จังหวัดตรัง กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 50 ราย เข้าร่วมโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและติดตามผลเป็นเวลา 6 เดือน ผลลัพธ์หลังครบกำหนด 6 เดือน พบว่า ผู้ป่วยเข้าสู่เบาหวานระยะสงบได้ร้อยละ 6.0 หยุดยาได้ร้อยละ 8.0 และลดยาเบาหวานได้ร้อยละ 28.0 มีความรู้เรื่องเบาหวานมากขึ้น มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ดีขึ้น และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าสู่เบาหวานระยะสงบในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 หลังเข้าร่วมโครงการ ได้แก่ ค่า FBS ที่ต่ำกว่า 130 mg/dL และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพมากที่สุด ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความพึงพอใจต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในภาพรวมระดับดีมาก การมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้นและการควบคุมน้ำตาลให้อยู่ในเกณฑ์ดี ส่งผลต่อการหยุดยาเบาหวานจนเข้าสู่เบาหวานระยะสงบได้ เป็นสิ่งที่ท้าทายสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ เนื่องจากการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตของคนไข้เป็นสิ่งที่ยากในช่วงแรกของการผันเปลี่ยนสู่การปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง การให้คำแนะนำที่สอดคล้อง การให้กำลังใจเสริมพลังและการแก้ปัญหาเฉพาะรายคนเป็นสิ่งที่จำเป็น ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่อยู่ในระยะสงบยังมีโอกาสกลับมาเป็นซ้ำได้ จึงจำเป็นต้องคงไว้ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมอย่างสม่ำเสมอ บุคลากรสาธารณสุขควรกระตุ้นและติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องแม้เข้าสู่ภาวะสงบแล้วก็ตาม รวมถึงการคัดกรองภาวะแทรกซ้อนของเบาหวานทุกปี เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถคงสภาวะสงบได้โดยไม่ต้องใช้ยา ลดภาระต่อผู้ป่วย ครอบครัว และประเทศในระยะยาว

ข้อเสนอแนะ

1) ควรส่งเสริมการนำโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในผู้ป่วยเบาหวานอย่างจริงจังลงสู่งานคลินิกเบาหวาน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อช่วยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ดีอย่างยั่งยืนและสามารถลดยาเบาหวานได้ในระยะยาว

2) ควรมีการนำรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในระยะยาว (มากกว่า 6 เดือน – 1 ปี) เพื่อประเมินผลการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การลดยาเบาหวาน รวมถึงระบุอุปสรรคที่ขัดขวางการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

3) เนื่องจากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลเบาหวานควรเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิดเพื่อป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ การใช้ Telemedicine หรือแอปพลิเคชัน เช่น Line ในการติดตามแทนการนัดพบแพทย์บ่อยครั้ง ซึ่งช่วยเพิ่มความสะดวกให้ผู้ป่วย

4) ควรผลักดันนโยบายการส่งเสริม ป้องกันโรคเบาหวาน โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทั้งในกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วย เพื่อลดโอกาสเป็นโรคและป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน

5) การศึกษาต่อไป ควรมีการศึกษาถึงความคุ้มค่าและคุ้มทุนของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อประเมินประสิทธิภาพของการดำเนินงานที่ช่วยให้ผู้ป่วยเข้าสู่ภาวะเบาหวานระยะสงบ และใช้ผลลัพธ์สนับสนุนนโยบายในอนาคต

ข้อจำกัด

การศึกษานี้ทำการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ใน รพ.สต. ลิพัง ซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะการใช้ชีวิตแบบชนบทและการเกษตร แผนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจึงเหมาะสมกับบริบทของชุมชนที่มีความเฉพาะเจาะจง ผลการวิจัยที่ได้อาจจะยังไม่ครอบคลุมสำหรับการอ้างอิงในบริบทของชุมชนเมืองที่มีสภาพแวดล้อมแตกต่างออกไป

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การวิจัยครั้งนี้ได้รับอนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา เอกสารรับรองเลขที่ SCPHYLIRB-2568/225

การอ้างอิง

จุฑารัตน์ เสียมไหม, และ ธัญญารัตน์ พรหมปลัด. ประสิทธิผลของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและปัจจัยที่มีผลต่อการเข้าสู่เบาหวานระยะสงบในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลลิพัง อำเภอปะเหลียน จังหวัดตรัง. วารสารการศึกษาและวิจัยการสาธารณสุข. 2569; 4(2): 228 – 43.

Siammai C, and Prompalad T. Effectiveness of lifestyle behavior modification and factors affecting to diabetic remission in type 2 diabetic patients at Lipang Subdistric Health Promotion Hospital, Palian District, Trang province. Journal of Education and Research in Public Health. 2026; 4(2): 228 – 43.

เอกสารอ้างอิง

[1] กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. แนวทางการดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยเบาหวานให้เข้าสู่ระยะสงบ (Remission service). นนทบุรี, กระทรวงสาธารณสุข. 2566.

[2] International Diabetes Federation. IDF Diabetes Atlas 10th Edition 2021. Accessed 28 February 2026 from https://diabetesatlas.org/resources/previous-editions.

[3] สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แผนยุทธศาสตร์การป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อระดับชาติ 5 ปี (พ.ศ. 2560 - 2564). พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ, บริษัท อิโมชั่น อาร์ต จำกัด. 2560.

[4] กรมควบคุมโรค. กรมควบคุมโรค รณรงค์วันเบาหวานโลก 2566 มุ่งเน้นให้ความรู้ประชาชนถึงความเสี่ยงโรคเบาหวานและหากตรวจพบก่อนจะลดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงได้. สืบค้นเมื่อ 20 มีนาคม 2568 จาก https://ddc.moph.go.th/brc/news.php?news=38403&deptcode=brc&news_views=2606.

[5] สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย, และสมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับ โรคเบาหวาน 2566. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร, ศรีเมืองการพิมพ์จำกัด. 2567.

[6] คณะทำงานพัฒนาแนวทางการรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 รายใหม่ให้เข้าสู่ระยะสงบของโรคด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ร่วมกับการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเอง. แนวทางการดูแลผู้ป่วยเบาหวานให้เข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่าง เข้มงวดสำหรับ

บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข. สืบค้นเมื่อ 23 กุมภาพันธ์ 2568 จาก https://thaifammed.org/academic_work/ebookdm/.

[7] ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์ (HDC) กระทรวงสาธารณสุข. รายงานตามตัวชี้วัดNCD ClinicPlus ปี 2567. สืบค้นเมื่อ13 มีนาคม 2568 จาก https://hdc.moph.go.th/trg/public/standard-report-detail/e9fb648fe9f1858878714a410222eef1?subcatalogId=b2b59e64c4e6c92d4b1ec16a599d882b.

[8] ฝ่ายเวชระเบียนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลลิพัง. รายงานสถิติเวชระเบียนผู้ป่วยเบาหวาน 2566 - 2567. ตรัง. 2567.

[9] สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทยในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯสยามบรมราชกุมาร, สมาคมนักกำหนดอาหารแห่งประเทศไทย, และสมาคมผู้ให้ความรู้โรคเบาหวาน. รู้จักนับคาร์บ ปรับสมดุล ควบคุมหวาน. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ, คอนเซ็พท์ เมดิคัส จำกัด. 2562.

[10] International Experts Outline Diabetes Remission Diagnosis Criteria. Accessed 12 April 2025 from https://diabetes.org/newsroom/international-experts-outline-diabetes-remission-diagnosis-criteria.

[11] SMART Goals. A How to Guide 2024. Accessed 13 March 2025 from: https://www.ucop.edu/local-human-resources/_files/performance-appraisal/How+to+write+SMART+Goals+v2.pdf.

[12] อธิบ ลีธีระประเสริฐ. ประสิทธิผลและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าสู่ระยะสงบของผู้ป่วยเบาหวานโรงพยาบาลกันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9. 2568; 19(1): 203 - 15.

[13] ชณัฏฐา เรืองสุทธิภาพ. ประสิทธิผลของการดูแลผู้ป่วยเบาหวานให้เข้าสู่ระยะสงบ อำเภอพิบูลมังสาหาร. วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ. 2567; 9(2): 323 - 30.

[14] คมกริช ฤทธิ์บุรี. กลยุทธ์ในการขับเคลื่อนงานเพื่อให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานเข้าสู่ภาวะ “Remission”: กรณีศึกษา กลยุทธ์การขับเคลื่อน อำเภอพิมาย จังหวัดนครราชสีมา. วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น. 2566; 5(1): 123 - 36.

[15] อุษนีย์ รามฤทธิ์. ผลการพัฒนารูปแบบทางการพยาบาลในการจัดการรายกรณีและการกำกับตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ให้เข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบ. วารสารวิชาการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 8 จังหวัดอุดรธานี. 2567; 2(3): 27 - 41.

[16] ชัญญ์นิฏฐ์ วงศ์อุดมกอง, สุภาพร สุวรรณวงษ์, ขวัญกัลยา ปุนนา, และอิศริณ อินทรวิเชียร. ผลการ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดำเนินชีวิตผู้ป่วยเบาหวานมุ่งสู่โรคเบาหวานระยะสงบ ศูนย์สุขภาพชุมชน โรงพยาบาลโพนพิสัย จังหวัดหนองคาย. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน. 2567; 9(4): 595 - 605.

[17] มยุรี เที่ยงสกุล, และสมคิด ปานประเสริฐ. การพัฒนารูปแบบการดูแล ผู้ป่วยโรคเบาหวานโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2562; 28(4): 696 - 710.

[18] อุทัย เจริญจิตต์. ผลของการใช้โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพในผู้ป่วยโรคเบาหวานต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตาม 3อ2ส ของผู้ป่วยเบาหวาน ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง โรงพยาบาลบ้านโป่ง. วารสารหิวหินสุขใจไกลกังวล. 2561; 3(2): 58 - 72.

[19] พิชิต สุขสบาย. ประสิทธิผลการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ให้เข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวด จังหวัดสุราษฎร์ธานี. วารสารวิชาการเขต 11. 2567; 38(1): 27 - 43.

[20] Lean ME, Leslie WS, Barnes AC, Brosnahan N, Thom G, McCombie L, and et al. Durability of a primary care-led weight-management intervention for remission of type 2 diabetes: 2-year results of the DiRECT open-label, cluster-randomised trial. The lancet Diabetes & endocrinology. 2019; 7(5): 344 - 55.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อระดับความสุขของบุคลากรในโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดเชียงใหม่

Factors Associated with Happiness Levels among Personnel in Community Hospitals in Chiang Mai Province

จันจิรา เจริญธรรม [1*] และ พงศ์พิษณุ บุญดา [1]

Janjira Charerntam [1*], and Phongpisanu Boonda [1]

[1] วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก อำเภอวังทอง จังหวัดพิษณุโลก 65130

[1] Sirindhorn College of Public Health Phitsanulok, Faculty of Public Health and Allied Health Sciences, Praboromarajchanok Institute, Wang Thong District, Phitsanulok Province 65130

[*] Corresponding Author: จันจิรา เจริญธรรม E-mail: Ch.janjira06@gmail.com

Received : 11 March 2026 Revised : 6 April 2026 Accepted : 16 April 2026

บทคัดย่อ

การศึกษาแบบภาคตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อระดับความสุขของบุคลากรในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดเชียงใหม่ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 358 คน ทำการสุ่มแบบหลายขั้นตอน เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามระดับความสุขและความคาดหวังระดับความสุข ซึ่งประกอบด้วย 9 มิติ มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.93 ระหว่างเดือนพฤษภาคม - สิงหาคม 2567 อัตราการตอบกลับเท่ากับ 94.7 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ด้วยสถิติเชิงพรรณนา และวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อระดับความสุขด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมนและสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบอีต้า ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความสุขอยู่ในระดับมีความสุข โดยมีคะแนนเฉลี่ยความสุข เท่ากับ 62.88 (±12.68) ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยต่อระดับความสุขพบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ (r = 0.125) อายุ (r = 0.118) ปัจจัยการทำงาน ได้แก่ ระดับการปฏิบัติงาน (r = 0.220) การทำงานเป็นกะ (r = 0.157) ลักษณะงาน (r = 0.150) และปัจจัยด้านความคาดหวังระดับความสุขในภาพรวม (r = 0.220) และรายด้าน จำนวน 8 ใน 9 มิติ มีความสัมพันธ์ทางบวกต่อระดับความสุขอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p – value < 0.05) ผลการศึกษานี้สะท้อนโอกาสในการพัฒนา องค์กรควรส่งเสริมความเป็นอยู่ที่ดีโดยออกแบบลักษณะงานและเส้นทางก้าวหน้าให้สอดคล้องกับระดับปฏิบัติงาน ปรับระบบการจัดตารางเวรให้เหมาะสม และพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความสุขแบบองค์รวมที่ครอบคลุมมิติจิตวิญญาณ ครอบครัว การเรียนรู้ และสัมพันธภาพในองค์กร

คำสำคัญ: ความคาดหวังระดับความสุข ระดับความสุข โรงพยาบาลชุมชน องค์กรแห่งความสุข

Abstract

This cross-sectional study aimed to examine factors associated with the level of happiness among personnel in community hospitals in Chiang Mai Province. The sample consisted of 358 personnel selected using multistage sampling. Data were collected using a self-administered questionnaire measuring happiness and happiness expectations level across nine dimensions, with a reliability coefficient of 0.93. Data collection was conducted between May and August 2024, with a response rate of 94.7%. Data were analyzed using descriptive

statistics, and associations with the level of happiness were examined using Spearman's rank correlation and the Eta correlation coefficient. The findings indicated that the overall level of happiness among participants was at a happy level, with a mean score of 62.88 (±12.68). The correlation analysis revealed that personal factors, including gender (r = 0.125) and age (r = 0.118), were significantly associated with happiness. Regarding work-related factors, performance level (r = 0.220), shift work (r = 0.157), and job characteristics (r = 0.150) showed significant positive correlations. Furthermore, overall happiness expectations (r = 0.220) and eight of the nine dimensions were significantly positively associated with the level of happiness (*p* – value < 0.05). These findings suggest potential areas for organizational improvement. Organizations should promote employee well-being by aligning job design and career pathway with performance levels, optimizing shift scheduling, and developing holistic happiness programs that encompass soul, family, brain, and dimensions within the organization.

Keywords: Happiness expectation, Happiness level, Community hospital, Happy workplace

บทนำ

แนวคิดองค์กรแห่งความสุขเป็นรูปแบบการบริหารที่มุ่งพัฒนาองค์กรอย่างสมดุล โดยให้ความสำคัญต่อการพัฒนาทั้งผลงานและความสุขของบุคลากร รวมถึงนำไปสู่การพัฒนาที่ยั่งยืนของบุคลากร องค์กร และสังคม [1] องค์กรต้องหาวิธีรักษาบุคลากรที่มีศักยภาพให้อยู่กับองค์กร มีหลักการสำคัญคือ การสร้างความผูกพัน การเห็นคุณค่า การมีวัฒนธรรมองค์กรที่ชัดเจน การสื่อสารที่ดี บุคลากรได้รับการปฏิบัติอย่างเท่าเทียม ไม่มีความเหลื่อมล้ำ สถานที่ทำงาน และสภาพแวดล้อมมีความเอื้ออำนวยต่อการปฏิบัติงาน [2] ซึ่งเป็นไปตามทฤษฎีความต้องการของมาสโลว์ (Maslow) คือการจูงใจ/กระตุ้นเพื่อให้เกิดความสุขในตนเองเป็นลำดับความต้องการ 5 ระดับ ที่ตอบสนองความต้องการจากความปรารถนาภายในคือ 1) ความต้องการทางกายภาพ 2) ความต้องการความปลอดภัยมั่นคง 3) ความต้องการทางสังคม 4) ความต้องการได้รับการยกย่องในสังคม 5) ความต้องการได้รับความสำเร็จในชีวิต [3] สามารถแบ่งได้ 2 กลุ่มคือ 1) ความต้องการลำดับต้น เป็นความต้องการตอบสนองภายนอก ประกอบด้วย ความต้องการด้านร่างกาย และความต้องการความปลอดภัย 2) ความต้องการในลำดับที่สูงกว่า เป็นความต้องการตอบสนองภายในหรือจิตใจ ได้แก่ ความต้องการทางสังคม ความต้องการเกียรติยศ ความเคารพนับถือ ความต้องการความสมบูรณ์ในชีวิต [4] รวมถึงสอดคล้องกับทฤษฎีสองปัจจัย (Two - factor theory) ของเฮิร์ซเบิร์ก ซึ่งเป็นทฤษฎีที่เกี่ยวกับคุณภาพชีวิตและแรงจูงใจในการทำงาน ประกอบด้วย ปัจจัยจูงใจ ซึ่งเกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานโดยตรง ก่อให้เกิดความพึงพอใจในการทำงาน และปัจจัยค้ำจุน ไม่เกี่ยวข้องกับงานโดยตรง แต่มีความเกี่ยวโยงกับการปฏิบัติงาน ช่วยสนับสนุนให้เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน ป้องกันการทำให้เกิดความไม่พอใจในการทำงาน [5]

องค์กรที่ดีต้องประกอบด้วยบุคลากรที่ทำงานได้อย่างเต็มที่ และมีประสิทธิภาพ กล่าวได้ว่าตัวชี้วัดต่อความยั่งยืนในกลุ่มบุคลากรขึ้นอยู่กับคุณภาพการจัดสรรคนภายในขององค์กรอย่างมีประสิทธิภาพโดยจะต้องคำนึงถึงสุขภาวะของบุคลากรในองค์กรเป็นหลัก [6] นอกจากจะต้องให้ความสำคัญกับการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรและการบริหารความแตกต่างของบุคลากรภายในองค์กรแล้วควรให้ความสำคัญกับการทำงานอย่างมีความสุขของบุคลากรด้วย ซึ่งความสุขในการทำงานเป็นการแสดงอารมณ์ทางบวก ก่อให้เกิดความสนุกสนาน เกิดความร่วมมือมีการช่วยเหลือกันและกัน เกิดความรักในงาน มีความยึดมั่นในองค์กรสูง ซึ่งจะทำให้องค์กรก้าว

ไปสู่การเป็นองค์กรแห่งความสุขต่อไป [7] ทั้งนี้การที่บุคลากรจะมีความสุขในการทำงานก็ต่อเมื่อสามารถจัดสมดุลชีวิตของโลกความสุข 3 ใบที่ทับซ้อนกันคือ ความสุขของตนเอง ครอบครัว และองค์กร/สังคม โดยการจัดสมดุลชีวิตของแต่ละคนจะแตกต่างกันตามบริบทของแต่ละบุคคล และการมีความสุขต้องไม่ทำให้ตนเอง ครอบครัว องค์กร/ชุมชนเดือดร้อน ดังเช่นองค์ประกอบขององค์กรแห่งความสุขทั้ง 3 องค์ประกอบ ได้แก่คนทำงานมีความสุข ที่ทำงานน่าอยู่ และชุมชนสมานฉันท์ ซึ่งสามารถจำแนกความสุขได้เป็น 8 ความสุข หรือความสุข 8 ประการ หรือ Happy 8 ซึ่งประกอบด้วย 1) การเป็นผู้มีสุขภาพดี (Happy body) 2) การเป็นผู้ที่มีน้ำใจช่วยเหลือผู้อื่น (Happy heart) 3) การเป็นผู้ที่จัดการกับอารมณ์ของตนเอง (Happy relax) 4) การเป็นผู้ที่รักการเรียนรู้และเป็นมืออาชีพในการทำงาน (Happy brain) 5) การเป็นผู้ที่มีคุณธรรมและความกตัญญู (Happy soul) 6) การเป็นผู้ที่ใช้เงินเป็น (Happy money) 7) การเป็นผู้ที่รักและสามารถดูแลครอบครัวได้ (Happy family) 8) การเป็นผู้ที่รักและดูแลองค์กร/สังคมได้ (Happy society) และต่อมาได้เพิ่มอีก 1 มิติ รวมเป็นความสุข 9 มิติ คือ มิติการงานดี (Happy work-life) โดยเป็นมิติที่เน้นการวัดผลความรู้สึกรวมถึงประสบการณ์ของคนทำงานกับองค์กร [1]

กระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดวิสัยทัศน์ในการดำเนินงานด้านสุขภาพ เพื่อขับเคลื่อนภารกิจต่างๆ มีเป้าหมายคือ "ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน โดยได้กำหนดยุทธศาสตร์การขับเคลื่อนจำนวน 4 ยุทธศาสตร์ ได้แก่ 1) การสร้างเสริมสุขภาพป้องกันโรคและคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ 2) การบริการเป็นเลิศ 3) บุคลากรเป็นเลิศ และ 4) การบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล [8] ซึ่งการขับเคลื่อนนโยบายและทิศทางการดำเนินงานขององค์กรให้บรรลุเป้าหมายนั้น ปัจจัยสำคัญคือบุคลากรของกระทรวงสาธารณสุข บุคลากรต้องได้รับการดูแล การพัฒนาเตรียมความพร้อมเพื่อดำเนินการตามแผนกลยุทธ์ที่ตั้งไว้ให้บรรลุตามเป้าหมาย สามารถบริหารการเปลี่ยนแปลงให้ประสบความสำเร็จ และสร้างคุณค่าให้แก่องค์กร [9] โรงพยาบาลชุมชน เป็นโรงพยาบาลรับผู้ป่วยส่งต่อระดับต้น มีหน้าที่รับผู้ป่วยส่งต่อจากเครือข่ายบริการระดับปฐมภูมิให้บริการ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ กำหนดให้เป็นโรงพยาบาลระดับ F1 F2 F3 ตามการแบ่งระดับของระบบบริการ (Service plan) [10] ปัจจุบันได้มีการยกระดับโรงพยาบาลชุมชนให้มีแพทย์ 4 สาขาหลัก และกระจายสถานบริการให้ประชาชนเข้าถึงมากขึ้น เพื่อการบริหารอย่างมีศักยภาพตามนโยบายการยกระดับหน่วยบริการ (Standard, Academy, Premium : SAP) เพิ่มการเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพมาตรฐาน เพิ่มศักยภาพการบริการ ตามความต้องการของประชาชน บริบท ศักยภาพ และความพร้อมของพื้นที่ [11]

จากข้อมูลผลการผลการประเมินความสุขบุคลากรกระทรวงสาธารณสุข (Happinometer) ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 พบว่ามีผู้ตอบแบบประเมินฯ คิดเป็นร้อยละ 86.1 (ข้อมูลจากระบบการประเมิน ณ วันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2565) โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ยความสุขในภาพรวม ร้อยละ 63.9 และเมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยความสุขมากที่สุด คือ มิติจิตวิญญาณดี ร้อยละ 71.2 รองลงมาคือ มิตินำ้ใจดี ร้อยละ 70.8 และค่าคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ มิติสุขภาพการเงินดี ร้อยละ 52.9 และจากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่า มีการศึกษาความสุขบุคลากรทางการแพทย์ของโรงพยาบาลชุมชน ระดับทุติยภูมิ ในจังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 3 แห่ง ความสุข มีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 3.619 (SD = 0.562) จากคะแนนเต็ม 5 สะท้อนให้เห็นว่าบุคลากรมีระดับความสุขค่อนข้างสูง [12] และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสุขของบุคลากรสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ดังนี้ 1) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสุขของบุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลยโสธร พบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสุขในระดับต่ำ ความผูกพันองค์กรมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสุขในระดับปานกลาง และความสมดุลชีวิตการทำงานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสุขในระดับต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 [13] 2) ความสุขในที่ทำงานของบุคลากรโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดน่าน พบว่า ความสุขในที่ทำงานโดยรวมอยู่ในระดับที่มีความสุข และระดับความสุขในที่ทำงานมีความสัมพันธ์กับอายุและระดับการศึกษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 [14] 3) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับความสุขของพยาบาลวิชาชีพ พบว่า การทำงานเป็นกะมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ [15] 4) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับองค์กรแห่งความสุขของบุคลากรสังกัดหน่วยงานที่ตั้งอยู่ในส่วนภูมิภาค กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ พบว่า ปัจจัยมีความสัมพันธ์กับองค์กรแห่งความสุขของบุคลากร อย่างมีนัยสำคัญ

ทางสถิติที่ 0.05 มี 6 ปัจจัย คือ รายได้ ระดับการศึกษา ระยะเวลาการทำงาน ประเภทการจ้าง การสนับสนุนจากครอบครัว และสภาพแวดล้อมในการทำงาน [16] 5) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสุขในการทำงานของบุคลากรสาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี พบว่า บุคลากรสาธารณสุขมีความสุขเฉลี่ยทั้ง 9 มิติอยู่ในระดับมีความสุข และปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคลมีความสัมพันธ์กับระดับความสุขของบุคลากร คือ เพศ สถานภาพสมรส ช่วงวัย ระดับการศึกษา การตั้งครรภ์ การมีบุตร เวลาการทำงานเวร/กะ ระยะเวลาที่ทำงานในองค์กรปัจจุบัน รายได้ ระดับตำแหน่ง และประเภทการจ้าง [17] จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ยังไม่มีการศึกษาวิจัยที่ศึกษาปัจจัยด้านความคาดหวังระดับความสุขที่มีความสัมพันธ์ต่อระดับความสุขเพราะความคาดหวังเป็นตัวกำหนดความพึงพอใจและแรงจูงใจในการทำงานในระยะยาวของบุคลากรซึ่งส่งผลโดยตรงต่อการคงอยู่ในระบบของบุคลากร สะท้อนมุมมองและทิศทางการพัฒนาองค์กรแห่งความสุขอย่างชัดเจน ในสถานการณ์การทำงานในปัจจุบัน พบว่าบุคลากรในโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดเชียงใหม่ต้องเผชิญกับแรงกดดันจากการพัฒนาระบบบริการให้ได้มาตรฐานภายใต้ข้อจำกัดด้านบุคลากร ซึ่งส่งผลต่อระดับความสุขในการทำงาน งานวิจัยเกี่ยวกับความสุขของบุคลากรสาธารณสุขส่วนใหญ่มักเน้นศึกษาในภาพรวมระดับประเทศ ทำให้ข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความสุขในบริบทโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดเชียงใหม่ยังมีจำกัด ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อระดับความสุขของบุคลากรในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดเชียงใหม่ เพื่อให้ทราบถึงสถานการณ์ปัจจุบันและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้จะเป็นประโยชน์ต่อผู้บริหารและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องใช้เป็นข้อมูลเชิงประจักษ์ในการวางแผนและพัฒนาองค์กรให้บุคลากรมีความสุขในการทำงาน ควบคู่กับการมีคุณภาพชีวิตที่ดี และสนับสนุนความยั่งยืนของระบบสุขภาพต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อระดับความสุขของบุคลากรในโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดเชียงใหม่

วิธีดำเนินการวิจัย

1. รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาภาคตัดขวาง โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1.1 ขอบเขตด้านเนื้อหา : ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยการทำงาน และปัจจัยด้านความคาดหวังระดับความสุขของบุคลากรในโรงพยาบาลชุมชนมีความสัมพันธ์ต่อระดับความสุขของบุคลากรในโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดเชียงใหม่

1.2 ขอบเขตด้านแหล่งข้อมูล : บุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดเชียงใหม่

1.3 ขอบเขตด้านตัวแปร

ตัวแปรต้น ได้แก่

ปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส และจำนวนบุตร

ปัจจัยการทำงาน ประกอบด้วย ลักษณะงาน ระดับการปฏิบัติงาน สถานภาพการจ้างงาน การทำงานเป็นกะ และระยะเวลาการทำงานในองค์กร

ปัจจัยด้านความคาดหวังระดับความสุข จำนวน 9 มิติ ประกอบด้วย สุขภาพดี (Happy body) ผ่อนคลายดี (Happy relax) น้ำใจดี (Happy heart) จิตวิญญาณดี (Happy soul) ครอบครัวดี (Happy family) สังคมดี (Happy society) ใฝ่รู้ดี (Happy brain) สุขภาพเงินดี (Happy money) การงานดี (Happy work life)

ตัวแปรตาม ได้แก่ ระดับความสุขของบุคลากรในโรงพยาบาลชุมชน จำนวน 9 มิติ ประกอบด้วย สุขภาพดี (Happy body) ผ่อนคลายดี (Happy relax) น้ำใจดี (Happy heart) จิตวิญญาณดี (Happy soul) ครอบครัวดี (Happy family) สังคมดี (Happy society) ใฝ่รู้ดี (Happy brain) สุขภาพเงินดี (Happy money) การงานดี (Happy work life)

2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ บุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 20 แห่ง รวมทั้งสิ้น 3,219 คน

กลุ่มตัวอย่าง

ใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อประมาณค่าเฉลี่ย กรณีทราบจำนวนประชากร ดังนี้

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

โดยที่ n คือ ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

N คือ จำนวนประชากรบุคลากรที่ปฏิบัติงานโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 3,219 คน

$z^2_{1-\frac{\alpha}{2}}$ คือ ค่ามาตรฐานใต้โค้งปกติที่ระดับความเชื่อมั่น 95% เท่ากับ 1.96

α คือ ค่าความคลาดเคลื่อนในการประมาณค่าช่วงความเชื่อมั่น

σ คือ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของตัวแปรผลลัพธ์หลักที่ต้องการศึกษาในประชากรในการศึกษานี้ใช้ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานจากงานวิจัยเรื่องความสุขในการทำงานของบุคลากร สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปทุมธานี เท่ากับ 7.4 [18]

Z คือ ค่า Z-score สำหรับระดับความเชื่อมั่น 95% (1.96)

p คือ ความน่าจะเป็น (0.5)

d คือ ความคลาดเคลื่อนจากงานวิจัยที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม [18] ผู้วิจัยยอมรับได้ร้อยละ 10.0 เท่ากับ 0.7

จากการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างมีกลุ่มตัวอย่าง เท่ากับ 344 คน แต่เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล จึงเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างอีก ร้อยละ 10.0 ดังนั้น จึงได้กลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งสิ้น 378 คน

ผู้วิจัยทำการสุ่มตัวอย่างโดยใช้การสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi stage sampling) ดังนี้

1. การสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งกลุ่ม (Cluster sampling) แบ่งประชากรที่จะศึกษา ตามรายชื่อโรงพยาบาลชุมชนตามระดับ F1-F3 ทำการสุ่มตัวอย่าง อย่างน้อยร้อยละ 50.0 ของกลุ่มเป้าหมาย จะได้ตัวแทนของกลุ่มตัวอย่างโรงพยาบาลชุมชน ระดับ F1 จำนวน 1 โรงพยาบาล โรงพยาบาลชุมชน ระดับ F2 จำนวน 8 โรงพยาบาล และโรงพยาบาลชุมชน ระดับ F3 จำนวน 1 โรงพยาบาล รวมทั้งหมด 10 โรงพยาบาล

2. การสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ (Stratified random sampling) โดยกำหนดให้ มีจำนวน 4 ชั้นภูมิ ตามการจัดกลุ่มบุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนตามกลุ่มสาขา/วิชาชีพ 4 กลุ่ม คือ บุคลากรวิชาชีพ บุคลากรสหวิชาชีพ บุคลากรสนับสนุนวิชาชีพ และบุคลากรสายสนับสนุน (Back office) จากนั้นคำนวณขนาดตัวอย่างแต่ละวิชาชีพเทียบกับสัดส่วนประชากร จนได้ขนาดตัวอย่างครบ 378 คน

3. การสุ่มอย่างง่าย (Sample random sampling) ดังนี้

3.1 ผู้ประสานงานโรงพยาบาลเรียงลำดับรายชื่อกำลังคนด้านสุขภาพ โดยแบ่งตามการจัดกลุ่มบุคลากรที่ปฏิบัติงานโรงพยาบาลชุมชนตามกลุ่มสาขา/วิชาชีพ 4 กลุ่ม กำหนดหมายเลขประจำตัว และนำมาจัดทำเป็นฉลาก

3.2 ผู้ประสานงานโรงพยาบาลจับฉลากขึ้นมาทีละหมายเลขจนครบจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการ

เกณฑ์การคัดเข้า

1) เป็นบุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดเชียงใหม่ โดยไม่รวมบุคลากร Outsource หรือบุคคลที่ได้รับการจ้างงานจากภายนอกโรงพยาบาล เพื่อทำหน้าที่ใดหน้าที่หนึ่งที่เป็นการจ้างงานแบบชั่วคราว โดยมีการทำสัญญาจ้างเป็นระยะเวลาสั้นๆ รายเดือน หรือ รายปี เช่น บุคลากรของบริษัทรักษาความปลอดภัย บุคลากรของบริษัทประกอบอาหาร หรือบุคลากรของบริษัทดูแลสวน เป็นต้น

2) มีสถานภาพการจ้างงานในองค์กร

3) มีระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในองค์กรมาแล้ว 1 ปีขึ้นไป

4) ยินดีให้ข้อมูล

เกณฑ์การคัดออก

1) มีอาการเจ็บป่วยรุนแรง กะทันหัน และไม่สามารถให้ข้อมูลได้

2) ปฏิเสธหรือถอนตัวจากโครงการวิจัย

3. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถาม ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและดัดแปลงจากศิรินันท์ กิตติสุขสถิต, เฉลิมพล แจ่มจันทร์, กาญจนา ตั้งชลทิพย์ และจรัมพร โห้ลำยอง [4] แบ่งออกเป็น 3 ส่วน

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป จำนวน 10 ข้อ โดยแบ่งเป็น 2 ส่วนย่อย ได้แก่ ส่วนย่อยที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส และจำนวนบุตร ส่วนย่อยที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลการทำงาน จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ ลักษณะงาน ระดับการปฏิบัติงาน สถานภาพการจ้างงาน การทำงานเป็นกะ และระยะเวลาการทำงานในองค์กร ลักษณะคำถามเป็นเลือกตอบ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความคาดหวังระดับความสุข ดัดแปลงจากศิรินันท์ กิตติสุขสถิต, เฉลิมพล แจ่มจันทร์, กาญจนา ตั้งชลทิพย์ และจรัมพร โห้ลำยอง [4] จำนวน 53 ข้อ สามารถจำแนกเป็นความคาดหวังระดับความสุข 9 มิติ ได้แก่ มิติที่ 1 สุขภาพกายดี มิติที่ 2 ผ่อนคลายดี มิติที่ 3 น้ำใจดี มิติที่ 4 จิตวิญญาณดี มิติที่ 5 ครอบครัวดี มิติที่ 6 สังคมดี มิติที่ 7 ใฝ่รู้ดี มิติที่ 8 สุขภาพการเงินดี และมิติที่ 9 การงานดี

ลักษณะคำถามเป็นเลือกตอบโดยใช้การวัดชนิดมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) แบ่งเป็น 5 ระดับ ตั้งแต่ 1 = ระดับน้อยที่สุด ถึง 5 = ระดับมากที่สุด การแปลความหมายของค่าเฉลี่ยความคาดหวังระดับความสุขของบุคลากรรายบุคคล และความคาดหวังระดับความสุขรวมของบุคคลในองค์กร แบ่งออกเป็น 4 ระดับ ดังนี้

ค่าเฉลี่ยคะแนนความคาดหวังระดับความสุข 0.00 - 24.99 หมายถึง ไม่มีความสุขอย่างยิ่ง

ค่าเฉลี่ยคะแนนความคาดหวังระดับความสุข 25.00 - 49.99 หมายถึง ไม่มีความสุข

ค่าเฉลี่ยคะแนนความคาดหวังระดับความสุข 50.00 - 74.99 หมายถึง มีความสุข

ค่าเฉลี่ยคะแนนความคาดหวังระดับความสุข 75.00 - 100.00 หมายถึง มีความสุขอย่างยิ่ง

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามระดับความสุข ดัดแปลงจากศิรินันท์ กิตติสุขสถิต, เฉลิมพล แจ่มจันทร์, กาญจนา ตั้งชลทิพย์ และจรัมพร โห้ลำยอง [4] จำนวน 53 ข้อ สามารถจำแนกเป็นความสุข 9 มิติ ได้แก่ มิติที่ 1 สุขภาพกายดี, มิติที่ 2 ผ่อนคลายดี, มิติที่ 3 น้ำใจดี มิติที่ 4 จิตวิญญาณดี มิติที่ 5 ครอบครัวดี มิติที่ 6 สังคมดี มิติที่ 7 ใฝ่รู้ดี มิติที่ 8 สุขภาพการเงินดี และมิติที่ 9 การงานดี

ลักษณะคำถามเป็นเลือกตอบโดยใช้การวัดชนิดมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) แบ่งเป็น 5 ระดับ ตั้งแต่ 1 = ระดับน้อยที่สุด ถึง 5 = ระดับมากที่สุด การแปลความหมายของค่าเฉลี่ยระดับความสุขของบุคลากรรายบุคคล และความสุขรวมของบุคคลในองค์กร แบ่งออกเป็น 4 ระดับ ดังนี้

ค่าเฉลี่ยคะแนนความสุข 0.00 - 24.99 หมายถึง ไม่มีความสุขอย่างยิ่ง

ค่าเฉลี่ยคะแนนความสุข 25.00 - 49.99 หมายถึง ไม่มีความสุข

ค่าเฉลี่ยคะแนนความสุข 50.00 - 74.99 หมายถึง มีความสุข
ค่าเฉลี่ยคะแนนความสุข 75.00 - 100.00 หมายถึง มีความสุขอย่างยิ่ง

การทดสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

1) การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) ใช้ดัชนีความสอดคล้อง (Index of item-objective congruence: IOC) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน โดยแบบสอบถามนี้มีค่า IOC รายข้ออยู่ระหว่าง 0.67 - 1.00 แสดงว่ามีความตรงเชิงเนื้อหาในระดับที่ยอมรับได้

2) การตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Tryout) กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษา คือ บุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดลำพูน จำนวน 30 ตัวอย่าง ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ของแบบสอบถามทั้งฉบับ เท่ากับ 0.93 โดยแบบสอบถามระดับความสุขได้ค่าเท่ากับ 0.91 และแบบสอบถามความคาดหวังระดับความสุขได้ค่าเท่ากับ 0.95

4. การรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลดำเนินการในช่วงเดือนพฤษภาคม - สิงหาคม พ.ศ. 2567 การศึกษานี้คำนึงถึงหลักจริยธรรมการวิจัย 3 ข้อ คือ หลักความเคารพในบุคคล หลักคุณประโยชน์ ไม่ก่ออันตราย และหลักความยุติธรรม ผู้วิจัยจัดส่งแบบสอบถามออนไลน์ผ่านการติดต่อประสานงานกับผู้ประสานงานแต่ละโรงพยาบาลที่เป็นกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 โรงพยาบาล กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ตอบคำถามด้วยตัวเองโดยอิสระ ตามความสมัครใจ โดยไม่มีระบุชื่อลงในแบบสอบถาม ทั้งนี้ในคำชี้แจงหน้าแรกของแบบสอบถามได้ชี้แจงถึงการไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อการปฏิบัติงาน และข้อมูลที่ตอบกลับมีเพียงผู้วิจัยเท่านั้นที่เป็นผู้เข้าถึงข้อมูลโดยผู้ประสานงานไม่สามารถเข้าถึงข้อมูลหรือคำตอบได้ ดำเนินการตรวจสอบความสมบูรณ์ของคำตอบทุกฉบับได้รับแบบสอบถามออนไลน์ที่ตอบกลับ จำนวน 358 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 94.7 ของจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณได้รวมกับร้อยละ 10.0 ของการป้องกันการสูญหายของข้อมูล ทำการจัดหมวดหมู่ของข้อมูลในแบบสอบถามและนำข้อมูลมาวิเคราะห์ทางสถิติตามขั้นตอนต่อไป

5. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

5.1 การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม และระดับความคิดเห็นของปัจจัยต่างๆ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

5.2 การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อระดับความสุขของบุคลากรในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดเชียงใหม่

- การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้นด้านเพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ลักษณะงาน ระดับการปฏิบัติงาน สถานภาพการจ้างงาน การทำงานเป็นกะ (มาตรานามบัญญัติ) ต่อระดับความสุขของบุคลากรในโรงพยาบาลชุมชน (มาตราอัตราส่วน) ใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อีต้า (Eta correlation coefficient) โดยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

- การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้นด้าน อายุ จำนวนบุตร ระยะเวลาการทำงานในองค์กร ระดับความสุข จำแนกเป็น 9 มิติ ประกอบด้วย สุขภาพดี ผ่อนคลายดี น้ำใจดี จิตวิญญาณดี ครอบครัวดี สังคมดี ใฝ่รู้ดี สุขภาพเงินดี และการงานดี (มาตราอัตราส่วน) ต่อระดับความสุขของบุคลากรในโรงพยาบาลชุมชน (มาตราอัตราส่วน) ใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน (Spearman rank correlation coefficient) เนื่องจากการทดสอบการกระจายของข้อมูล ตัวแปรมีการแจกแจงไม่เป็นปกติ กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

- กำหนดเกณฑ์การแปลผลค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) แบ่งออกเป็น 5 ระดับ [19] ได้แก่ มีความสัมพันธ์กันในระดับสูงมาก (r = 0.91 - 1.00) มีความสัมพันธ์กันในระดับสูง (r = 0.71 - 0.90) มีความสัมพันธ์กันในระดับปานกลาง (r = 0.51 - 0.70) มีความสัมพันธ์กันในระดับต่ำ (r = 0.31 - 0.50) และมีความสัมพันธ์กันในระดับต่ำมาก (r = 0.00 - 0.30)

ผลการศึกษา

1. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

ตารางที่ 1 แสดงจำนวน และร้อยละของผู้ตอบแบบสอบถาม จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยการทำงาน (n = 358)

ปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยการทำงาน	จำนวน	ร้อยละ
ปัจจัยส่วนบุคคล		
เพศ		
ชาย	82	22.9
หญิง	264	73.7
เพศทางเลือก	12	3.4
อายุ (ปี)		
≤20	2	0.6
21 – 30	110	30.7
31 – 40	125	34.9
41 – 50	89	24.9
>50	32	8.9
(Minimum = 19, Maximum = 61, Mean = 37.04, S.D. = 9.418)		
ระดับการศึกษา		
มัธยมศึกษาตอนต้น	2	0.5
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ ประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช.)	29	8.1
อนุปริญญา/ ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง (ปวส.)	47	13.1
ปริญญาตรี	254	71.0
สูงกว่าปริญญาตรี	26	7.3
สถานภาพสมรส		
โสด	154	43.0
แต่งงานและอยู่ร่วมกัน	157	43.9
แต่งงานแต่ไม่ได้อยู่ด้วยกัน	11	3.1
อยู่ด้วยกันโดยไม่ได้แต่งงาน	16	4.5
หม้าย	3	0.8
หย่าร้าง	17	4.7
จำนวนบุตร (คน)		
ไม่มี	197	55.0
1	79	22.1
2	74	20.7
3-4	8	2.2

ปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยการทำงาน	จำนวน	ร้อยละ
ปัจจัยการทำงาน		
ลักษณะงาน		
งานด้านบริหาร	51	14.2
งานด้านการบริการ	227	63.4
งานด้านวิชาการ	16	4.5
งานด้านสนับสนุน	64	17.9
ระดับการปฏิบัติงาน		
ระดับปฏิบัติงาน	305	85.2
ระดับหัวหน้าฝ่าย/หัวหน้ากลุ่ม/หัวหน้างาน	51	14.2
ระดับผู้บริหารองค์กร	2	0.6
สถานภาพการจ้างงาน		
ข้าราชการ	169	47.2
พนักงานราชการ	14	3.9
พนักงานกระทรวง	110	30.7
ลูกจ้างประจำ	13	3.7
ลูกจ้างชั่วคราว	52	14.5
การทำงานเป็นกะ		
ไม่ทำงานแบบเป็นกะหรือทำงานเป็นรอบหรือเข้าเวร	200	55.9
ทำงานเป็นกะหรือทำงานเป็นรอบหรือเข้าเวร	158	44.1
ระยะเวลาการทำงานในองค์กร (ปี)		
1 - 2	70	19.6
3 - 5	66	18.4
6 - 9	68	19.0
มากกว่า 10	154	43.0

จากตารางที่ 1 พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 73.7 มีอายุระหว่าง 31-40 ปี มากที่สุด ร้อยละ 34.9 ระดับการศึกษาปริญญาตรี มากที่สุด ร้อยละ 71.0 มีสถานภาพแต่งงานและอยู่ร่วมกัน มากที่สุด ร้อยละ 43.9 จำนวนบุตรคือ ไม่มีบุตร มากที่สุด ร้อยละ 55.0

ลักษณะงาน เป็นงานด้านบริการมากที่สุด ร้อยละ 63.4 อยู่ในระดับปฏิบัติงาน มากที่สุด ร้อยละ 85.2 มีสถานภาพการจ้างงานเป็นข้าราชการ มากที่สุด ร้อยละ 47.2 ไม่ทำงานแบบเป็นกะหรือเป็นรอบหรือเข้าเวร มากที่สุด ร้อยละ 55.9 โดยมีระยะเวลาการทำงานในองค์กรปัจจุบัน มากที่สุดคือ มากกว่า 10 ปี ร้อยละ 43.0

2. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลความคาดหวังระดับความสุขของผู้ตอบแบบสอบถาม

ตารางที่ 2 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และความคาดหวังระดับความสุขของผู้ตอบแบบสอบถาม (n = 358)

ความคาดหวังระดับความสุข	$\bar{x}$	S.D.	แปลผล
1. สุขภาพดี (Happy body)	81.58	15.73	มีความสุขอย่างยิ่ง
2. ผ่อนคลายดี (Happy relax)	82.95	16.18	มีความสุขอย่างยิ่ง

ความคาดหวังระดับความสุข	$\bar{x}$	S.D.	แปลผล
3. น้ำใจดี (Happy heart)	84.12	14.73	มีความสุขอย่างยิ่ง
4. จิตวิญญาณดี (Happy soul)	84.15	14.39	มีความสุขอย่างยิ่ง
5. ครอบครัวดี (Happy family)	88.99	13.50	มีความสุขอย่างยิ่ง
6. สังคมดี (Happy society)	82.32	15.96	มีความสุขอย่างยิ่ง
7. ใฝ่รู้ดี (Happy brain)	84.73	15.89	มีความสุขอย่างยิ่ง
8. สุขภาพเงินดี (Happy money)	85.28	16.86	มีความสุขอย่างยิ่ง
9. การงานดี (Happy work life)	84.30	15.05	มีความสุขอย่างยิ่ง
ความคาดหวังระดับความสุขภาพรวม	**84.02**	**12.79**	**มีความสุขอย่างยิ่ง**

จากตารางที่ 2 พบว่า ในภาพรวมผู้ตอบแบบสอบถามมีระดับความคาดหวังของระดับความสุข อยู่ในระดับมีความสุขอย่างยิ่ง ($\bar{x}$ = 84.02, S.D. = 12.79) เมื่อพิจารณาในรายมิติ พบว่ามีความคาดหวังในมิติครอบครัวดี อยู่ในระดับมีความสุขอย่างยิ่ง ($\bar{x}$ = 88.99, S.D. = 13.50) เป็นอันดับแรก รองลงมาคือ สุขภาพเงินดี อยู่ในระดับมีความสุขอย่างยิ่ง ($\bar{x}$ = 85.28, S.D. = 16.86) และอันดับสุดท้ายคือ สุขภาพดี อยู่ในระดับมีความสุขอย่างยิ่ง ($\bar{x}$ = 81.58, S.D. = 15.73)

3. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลระดับความสุขของผู้ตอบแบบสอบถาม

ตารางที่ 3 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความสุขของผู้ตอบแบบสอบถาม (n = 358)

ระดับความสุข	$\bar{x}$	S.D.	แปลผล
1. สุขภาพดี (Happy body)	57.93	16.15	มีความสุข
2. ผ่อนคลายดี (Happy relax)	56.17	17.53	มีความสุข
3. น้ำใจดี (Happy heart)	68.16	15.85	มีความสุข
4. จิตวิญญาณดี (Happy soul)	68.14	15.56	มีความสุข
5. ครอบครัวดี (Happy family)	67.13	20.50	มีความสุข
6. สังคมดี (Happy society)	63.41	15.69	มีความสุข
7. ใฝ่รู้ดี (Happy brain)	65.71	17.76	มีความสุข
8. สุขภาพเงินดี (Happy money)	55.86	20.44	มีความสุข
9. การงานดี (Happy work life)	63.44	15.23	มีความสุข
ระดับความสุขภาพรวม	**62.88**	**12.68**	**มีความสุข**

จากตารางที่ 3 พบว่า ในภาพรวมผู้ตอบแบบสอบถามมีระดับความสุข อยู่ในระดับมีความสุข ($\bar{x}$ = 62.88, S.D. = 12.68) เมื่อพิจารณาในรายมิติ พบว่า มิติน้ำใจดี อยู่ในระดับมีความสุข ($\bar{x}$ = 68.16, S.D. = 15.85) เป็นอันดับแรก รองลงมาคือ มิติจิตวิญญาณ อยู่ในระดับมีความสุข ($\bar{x}$ = 68.14, S.D. = 15.56) และอันดับสุดท้ายคือ มิติสุขภาพเงินดี อยู่ในระดับมีความสุข ($\bar{x}$ = 55.86, S.D. = 20.44)

4. การวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อระดับความสุขของผู้ตอบแบบสอบถาม

ตารางที่ 4 แสดงสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้นกับระดับความสุขของผู้ตอบแบบสอบถาม (n = 358)

ตัวแปรต้น	ระดับความสุข		ระดับความสัมพันธ์
	r	p - value	
เพศ	0.125 (η)	0.018*	ต่ำมาก
อายุ	0.118 (ρ/r_s)	0.025*	ต่ำมาก
ระดับการศึกษา	0.165 (η)	0.136	ต่ำมาก
สถานภาพสมรส	0.070 (η)	0.887	ต่ำมาก
จำนวนบุตร	0.079 (ρ/r_s)	0.136	ต่ำมาก
ลักษณะงาน	0.150 (η)	0.045*	ต่ำมาก
ระดับการปฏิบัติงาน	0.220 (η)	< 0.001***	ต่ำมาก
สถานภาพการจ้างงาน	0.110 (η)	0.363	ต่ำมาก
การทำงานเป็นกะ	0.157 (η)	0.003**	ต่ำมาก
ระยะเวลาการทำงานในองค์กร	0.038 (ρ/r_s)	0.471	ต่ำมาก
ภาพรวมความคาดหวังระดับความสุข	0.220 (ρ/r_s)	< 0.001***	ต่ำมาก
1. สุขภาพดี (Happy Body)	0.144 (ρ/r_s)	0.007**	ต่ำมาก
2. ผ่อนคลายดี (Happy Relax)	0.130 (ρ/r_s)	0.014*	ต่ำมาก
3. น้ำใจดี (Happy Heart)	0.222 (ρ/r_s)	< 0.001***	ต่ำมาก
4. จิตวิญญาณดี (Happy Soul)	0.277 (ρ/r_s)	< 0.001***	ต่ำมาก
5. ครอบครัวดี (Happy Family)	0.261 (ρ/r_s)	< 0.001***	ต่ำมาก
6. สังคมดี (Happy Society)	0.185 (ρ/r_s)	< 0.001***	ต่ำมาก
7. ใฝ่รู้ดี (Happy Brain)	0.226 (ρ/r_s)	< 0.001***	ต่ำมาก
8. สุขภาพเงินดี (Happy Money)	0.048 (ρ/r_s)	0.369	ต่ำมาก
9. การงานดี (Happy Work Life)	0.174 (ρ/rs)	0.001**	ต่ำมาก

*p – value < 0.05, **p – value < 0.01, ***p – value < 0.001, ρ/rs = Spearman Rank Correlation Coefficient, η = Eta Correlation Coefficient

จากตารางที่ 4 การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อระดับความสุขของบุคลากรในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ด้านเพศ (r = 0.125, p – value = 0.018) อายุ (r = 0.118, p – value = 0.025) ปัจจัยการทำงาน ด้านระดับการปฏิบัติงาน (r = 0.220, p – value < 0.001) ด้านการทำงานเป็นกะ (r = 0.157, p – value = 0.003) ด้านลักษณะงาน (r = 0.150, p – value = 0.045) ภาพรวมความคาดหวังระดับความสุข (r = 0.220, p – value < 0.001) และความคาดหวังระดับความสุขรายด้าน พบว่า มิติจิตวิญญาณดีมีความสัมพันธ์สูงที่สุด (r = 0.277, p – value < 0.001) รองลงมาคือ มิติครอบครัวดี (r = 0.261, p – value < 0.001) และมิติใฝ่รู้ดีมี (r = 0.226, p – value < 0.001) มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำมากต่อระดับความสุขของบุคลากรในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดเชียงใหม่ ส่วนตัวแปรอื่นๆ ได้แก่ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส จำนวนบุตร สถานภาพการจ้างงาน ระยะเวลาการทำงานในองค์กร และมิติสุขภาพเงินดีไม่มีความสัมพันธ์ต่อระดับความสุขของบุคลากรในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดเชียงใหม่

อภิปราย

การศึกษาครั้งนี้ ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ปัจจัยการทำงาน ได้แก่ ระดับการปฏิบัติงาน การทำงานเป็นกะ ลักษณะงาน และปัจจัยด้านความคาดหวังระดับความสุขในภาพรวม และรายด้าน มีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติต่อระดับความสุขของบุคลากรในโรงพยาบาลชุมชน

ปัจจัยส่วนบุคคล ด้านเพศ มีความสัมพันธ์ต่อระดับความสุขของบุคลากรในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดเชียงใหม่ อธิบายได้ว่า บุคลากรผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 73.7 ซึ่งเพศมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำมาก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และถึงแม้ว่าเพศมีความสัมพันธ์ต่อระดับความสุขแต่บุคลากรอาจให้ความสำคัญกับปัจจัยอื่นร่วมด้วย เนื่องจากปัจจัยส่วนบุคคลด้านเพศมีบทบาททางสังคม ความคาดหวัง และความต้องการต่อการทำงานที่แตกต่างกัน รวมถึงประสบการณ์ในการทำงานที่ไม่เท่าเทียมกัน เช่น โอกาสเลื่อนตำแหน่ง การยอมรับจากเพื่อนร่วมงานอาจส่งผลให้ความสุขในการทำงานแตกต่างกันด้วย สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสุขในการทำงานของบุคลากรสาธารณสุข จังหวัดกาญจนบุรี [17]

ปัจจัยส่วนบุคคล ด้านอายุ มีความสัมพันธ์ต่อระดับความสุขของบุคลากรในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดเชียงใหม่ อธิบายได้ว่า บุคลากรผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนมีอายุระหว่าง 31 - 40 ปี มากที่สุด ร้อยละ 34.9 ซึ่งอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำมาก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และถึงแม้ว่าอายุมีความสัมพันธ์ต่อระดับความสุขแต่บุคลากรอาจให้ความสำคัญกับปัจจัยอื่นมากกว่า ทั้งนี้การที่บุคลากรมีอายุเพิ่มขึ้นจะมีระยะเวลาการปฏิบัติงานที่เพิ่มขึ้น ย่อมก่อให้เกิดความชำนาญในงานที่ปฏิบัติ ทำให้มีความสามารถในการจัดการกับปัญหาต่างๆ ในชีวิตการทำงานได้ดี มีความรู้สึกมั่นคงในการทำงานจากการเติบโตก้าวหน้าในตำแหน่งสอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสุขของบุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลยโสธร [13] และการศึกษาความสุขในที่ทำงานของบุคลากรโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดน่าน [14]

ปัจจัยการทำงาน ด้านระดับการปฏิบัติงาน มีความสัมพันธ์ต่อระดับความสุขของบุคลากรในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดเชียงใหม่ โดยมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำมาก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 อธิบายได้ว่า บุคลากรผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนอยู่ในระดับปฏิบัติงานมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 85.2 ซึ่งผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนทุกคนย่อมต้องการโอกาสในการเติบโตในตำแหน่งหน้าที่ที่มีความชัดเจน การพิจารณาเลื่อนขั้น เลื่อนตำแหน่ง หรือปรับขึ้นเงินเดือนอย่างเหมาะสม ตลอดจนพัฒนาตนเองอยู่เสมอโดยเรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ คิดใหม่ ทำใหม่ และสร้างความท้าทายเพื่อสร้างความก้าวหน้าในอาชีพให้สูงขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสุขในการทำงานของบุคลากรสาธารณสุข จังหวัดกาญจนบุรี [17]

ปัจจัยการทำงาน ด้านการทำงานเป็นกะ มีความสัมพันธ์ต่อระดับความสุข ของบุคลากรในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดเชียงใหม่ อธิบายได้ว่าบุคลากรผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนไม่ทำงานแบบเป็นกะหรือทำงานเป็นรอบหรือเข้าเวรมากที่สุด ร้อยละ 55.9 ซึ่งผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนทุกคนย่อมต้องการความสมดุลในชีวิตการทำงาน โดยการจัดสมดุลให้เหมาะสมกับบริบทชีวิต งาน และสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลง โดยเฉพาะในยุคที่เทคโนโลยี ภาระงาน และความไม่แน่นอนทางเศรษฐกิจมีผลต่อชีวิตอย่างมาก เช่น การอยู่กับครอบครัว การดูแลบุคคลในครอบครัว หรือสามารถทำกิจกรรมอื่นๆหลังเลิกงานได้ สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสุขในการทำงานของบุคลากรสาธารณสุข จังหวัดกาญจนบุรี [17] และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับความสุขของพยาบาลวิชาชีพ [15]

ปัจจัยการทำงาน ด้านลักษณะงาน มีความสัมพันธ์ต่อระดับความสุขของบุคลากรในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดเชียงใหม่ โดยมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำมาก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 อธิบายได้ว่า บุคลากรผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน ทำงานในลักษณะงานด้านบริการมากที่สุด ร้อยละ 63.4 เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเป็นบุคลากรผู้ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน งานด้านบริการเป็นงานที่มีความซับซ้อนและต้องเผชิญกับสถานการณ์ใหม่ๆเนื่องจากจังหวัดเชียงใหม่เป็นเมืองท่องเที่ยวและเป็นศูนย์กลางระดับภูมิภาค บุคลากร

มีหน้าที่ในการให้บริการผู้ป่วยซึ่งเป็นบริการที่ข้องเกี่ยวกับสุขภาพและชีวิตของผู้ป่วย บุคลากรรับรู้ว่าการปฏิบัติเป็นงานที่มีคุณค่าทั้งต่อตนเองและสังคม อาจทำให้บุคลากรเกิดความภาคภูมิใจในความสำเร็จของตนเอง อาจทำให้รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าและมีความสุขในงานที่ทำ สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับความสุขของพยาบาลวิชาชีพ [15] แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาความสุขในที่ทำงานของบุคลากรโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดน่าน [14]

ปัจจัยด้านความคาดหวังระดับความสุขของบุคลากรภาพรวม และรายด้าน คือ มิติสุขภาพดี มิติผ่อนคลายดี มิติน้ำใจดี มิติจิตวิญญาณดี มิติครอบครัวดี มิติสังคมดี มิติใฝ่รู้ดี มิติการงานดี มีความสัมพันธ์ต่อระดับความสุขของบุคลากรในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดเชียงใหม่ โดยมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำมากกับระดับความสุขอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่ามิติที่มีค่าความสัมพันธ์สูงสุดคือ มิติจิตวิญญาณดี (r = 0.277) มิติครอบครัวดี (r = 0.261) และมิติใฝ่รู้ดี (r = 0.226) อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาในภาพรวมพบว่าทุกมิติมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำมาก อธิบายได้ว่า ส่วนต่างของความคาดหวังระดับความสุขและระดับความสุขในภาพรวมมีมากถึง 21.14 นั่นเป็นเพราะว่ากลุ่มตัวอย่างมีความคาดหวังระดับความสุขในระดับที่มีความสุขอย่างยิ่ง ในขณะที่ระดับความสุขปัจจุบันอยู่ในระดับมีความสุข ทั้งนี้ความสุขของบุคลากรในโรงพยาบาลชุมชนเป็นผลมาจากปัจจัยที่หลากหลายและซับซ้อนไม่ได้ขึ้นอยู่กับมิติใดมิติหนึ่งเพียงอย่างเดียว โดยผลการวิจัยสะท้อนข้อเท็จจริงตาม ทฤษฎีสองปัจจัย ของเฮิร์ซเบิร์ก [5] และทฤษฎีลำดับขั้นความต้องการของมาสโลว์ [3] คือ ปัจจัยค้ำจุน เป็นปัจจัยพื้นฐานที่ช่วยป้องกันไม่ให้เกิดความไม่พอใจในการทำงาน และอยู่ในกลุ่มของความต้องการลำดับต้น เป็นความต้องการตอบสนองภายนอก เช่น มิติสุขภาพกายดี มิติผ่อนคลายดี มิติครอบครัวดี และมิติสังคมดี และปัจจัยจูงใจ เป็นสิ่งที่กระตุ้นให้บุคลากรเกิดความพึงพอใจและมองเห็นคุณค่าในสิ่งที่ทำ และจัดอยู่ในกลุ่มของความต้องการในลำดับที่สูงกว่า เป็นความต้องการตอบสนองภายในหรือจิตใจ เช่น มิติน้ำใจดี มิติจิตวิญญาณดี มิติใฝ่รู้ดี และมิติการงานดี ทั้งนี้การที่ค่าความสัมพันธ์อยู่ในระดับต่ำ อาจหมายความว่าในทางปฏิบัติการพัฒนาความสุขเพียงด้านเดียวอาจไม่เห็นผลชัดเจน องค์กรจึงควรให้ความสำคัญกับการสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อความสุขในทุกมิติควบคู่กันไป

ปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์ต่อความสุข พบว่า ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส จำนวนบุตร สถานภาพการจ้างงาน ระยะเวลาการทำงานในองค์กร และมิติสุขภาพการเงินดี ไม่มีความสัมพันธ์ต่อระดับความสุขของบุคลากรในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดเชียงใหม่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อธิบายได้ว่า โรงพยาบาลชุมชนเป็นองค์กรหน่วยงานของรัฐที่มีโครงสร้างเงินเดือน สวัสดิการ และมาตรฐานการปฏิบัติงานที่ชัดเจนตามมาตรฐานวิชาชีพ ปัจจัยพื้นฐานเหล่านี้จึงเป็นสิ่งที่บุคลากรทุกคนได้รับในเกณฑ์ที่ใกล้เคียงกัน ความสุขของบุคลากรจึงถูกกำหนดด้วยปัจจัยเชิงจิตวิทยาและการยอมรับในมิติที่สูงกว่ามากกว่าปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคลหรือฐานะทางการเงินเพียงอย่างเดียว สอดคล้องกับทฤษฎีสองปัจจัย ของเฮิร์ซเบิร์ก [5] ที่อธิบายว่าความพึงพอใจในการทำงานเกิดจากปัจจัยด้านแรงจูงใจภายในมากกว่าปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคล และสอดคล้องกับทฤษฎีลำดับขั้นความต้องการของมาสโลว์ [3] จัดอยู่ในกลุ่มของความต้องการในลำดับที่สูงกว่า ที่แสดงให้เห็นว่าการตอบสนองความต้องการด้านจิตใจและการยอมรับมีผลต่อความสุขมากกว่า แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยแรงจูงใจที่ทำให้แพทย์และพยาบาลยังคงปฏิบัติงานในระบบสาธารณสุข: กรณีศึกษาโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชนสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช [20] พบว่า การพัฒนาปัจจัยแรงจูงใจภายนอกมีความสำคัญสูงสุดต่อการรักษาบุคลากร

สรุป

การศึกษานี้ พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อระดับความสุขของบุคลากรในโรงพยาบาลชุมชน ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ด้านเพศ อายุ ปัจจัยการทำงาน ด้านระดับการปฏิบัติงาน การทำงานเป็นกะ ลักษณะงาน

ปัจจัยด้านความคาดหวังระดับความสุขในภาพรวม และรายด้าน คือ จิตวิญญาณดี ครอบครัวดี ใฝ่รู้ดี น้ำใจดี สังคมดี การงานดี มิติสุขภาพดี และผ่อนคลายดี

ข้อเสนอแนะ

1. ผลการศึกษาครั้งนี้สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการออกแบบและพัฒนาแนวทางการดำเนินงานองค์กรแห่งความสุขของโรงพยาบาลชุมชน โดยมุ่งเน้นการยกระดับคุณภาพชีวิตของบุคลากรอย่างเป็นรูปธรรม ทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และการทำงาน ทั้งนี้ควรนำปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับความสุขไปใช้ในการกำหนดนโยบาย แผนงาน และกิจกรรมที่สอดคล้องกับบริบทของหน่วยงาน เช่น การออกแบบลักษณะงานและเส้นทางความก้าวหน้าในวิชาชีพให้สอดคล้องกับระดับการปฏิบัติงาน การปรับระบบการจัดตารางเวรให้เหมาะสมเพื่อลดผลกระทบจากการทำงานเป็นกะ รวมถึงการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความสุขในองค์กรแบบองค์รวม ครอบคลุมมิติด้านจิตวิญญาณ ครอบครัว การเรียนรู้ และความสัมพันธ์ในองค์กรอันจะส่งผลต่อประสิทธิภาพการปฏิบัติงานและคุณภาพการให้บริการด้านสุขภาพในระยะยาว

2. การศึกษาครั้งถัดไปควรศึกษาระดับความสุขของบุคลากรในระยะยาวและต่อเนื่องหลายปี เพื่อวิเคราะห์แนวโน้มการเปลี่ยนแปลงของระดับความสุขและสะท้อนพลวัตขององค์กรในระยะยาว นอกจากนี้ควรศึกษาถึงปัจจัยอื่นๆ ที่อาจมีอิทธิพลต่อความสุขในการทำงานเพิ่มเติม เช่น ปัจจัยเชิงองค์กร ได้แก่ ภาวะผู้นำ วัฒนธรรมองค์กร ภาระงาน ปัจจัยเชิงจิตวิทยา ได้แก่ ภาวะหมดไฟ ความผูกพันต่อองค์กร เป็นต้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งควรศึกษาวิเคราะห์ถึงช่องว่างระหว่างความคาดหวังระดับความสุขกับระดับความสุขเพิ่มเติม เพื่อสะท้อนความต้องการที่ยังไม่ได้รับการตอบสนอง เพื่อใช้เป็นข้อมูลเชิงลึกในการกำหนดนโยบายและการบริหารจัดการองค์กรอย่างเหมาะสม

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การศึกษาครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ณ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก เลขที่ SCPHPL 2/2567.3.12 ลงวันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2567

การอ้างอิง

จันจิรา เจริญธรรม, และ พงศ์พิษณุ บุญดา. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อระดับความสุขของบุคลากรในโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดเชียงใหม่. วารสารการศึกษาและวิจัยการสาธารณสุข. 2569; 4(2): 244 – 58.

Charerntam J, and Boonda P. Factors Associated with Happiness Levels among Personnel in Community Hospitals in Chiang Mai Province. Journal of Education and Research in Public Health. 2026; 4(2): 244 – 58.

เอกสารอ้างอิง

[1] ชาญวิทย์ วสันต์ธนารัตน์, และธีร์ธรรม วุฑฒิวัตรชัยแก้ว. องค์กรแห่งความสุข 4.0. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร, แอทโฟร์พริ้นท์. 2561.

[2] กมลทิพย์ ใจเที่ยง, และวรกาญจน์ สุขสดเขียว. การบริหารองค์กรแห่งความสุขในโรงเรียนประถมศึกษา. [วิทยานิพนธ์]. ปริญญามหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยศิลปากร. 2561.

[3] Maslow, A. H, A theory of human motivation. Psychological Review. (1943); 50(4): 370 – 96. DOI: https://doi.org/10.1037/h0054346.

[4] ศิรินันท์ กิตติสุขสถิต, เฉลิมพล แจ่มจันทร์, กาญจนา ตั้งชลทิพย์, และจรัมพร โห้ลำยอง. หนังสือคุณภาพชีวิตการทำงาน และความสุข. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร, ธรรมดาเพรส. 2556. หน้า 27.

[5] Herzberg F, Mausner B, and Snyderman BB. The Motivation to work. 2nd ed. New York, John Wiley & Sons. 1959.

[6] กนกนภัส วัชระมณีกลุ. การศึกษาปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาวะที่ดีและความสุขภายในองค์กรเพื่อความยั่งยืนในกลุ่มพนักงานบริษัท โทรคมนาคมแห่งหนึ่งในประเทศไทย. [สารนิพนธ์]. ปริญญามหาการจัดการมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยมหิดล. 2565.

[7] กอปรลาภ อภัยภักดิ์. บรรยากาศองค์กรแห่งความสุข : คนเบิกบาน งานสำเร็จ. วารสาร มจร มนุษยศาสตร์ปริทรรศน์. 2563; 6(1): 315 - 31.

[8] วิไลลักษณ์ เรืองรัตนตรัย, โศรดากรณ์ พิมลา, ธิดารัตน์ บุญโชติ, อังคณา สมคิด, ชารินี ชวนินทวิสุทธิ์, และสิริรัตน์ กุญชร. แผนปฏิบัติราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566. กรุงเทพมหานคร, กลุ่มพัฒนายุทธศาสตร์สุขภาพ กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. 2565.

[9] วาสนา จึงตระกูล. การประเมินความสุขของบุคลากรโรงพยาบาลสงขลา ประจำปี 2562. วารสาร มนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา. 2563; 2(2): 105 - 32.

[10] เกวลิน ชื่นเจริญสุข. การขับเคลื่อนแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) พ.ศ. 2560-2564 กรุงเทพมหานคร, ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย. 2560.

[11] โอภาส การย์กวินพงศ์. ชี้แจงขับเคลื่อนการดำเนินงานสำคัญของกระทรวงสาธารณสุข. [เรื่องประธานแจ้งเพื่อทราบ]. การประชุมชี้แจงขับเคลื่อนการดำเนินงานสำคัญของกระทรวงสาธารณสุข. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. 2566.

[12] พีรพงษ์ ปราบริปู, และกาญจนา โชคถาวร. ความสุขพอเพียง: กุญแจสู่สุขภาวะของบุคลากรโรงพยาบาลชุมชน. วารสารเศรษฐศาสตร์ประยุกต์และกลยุทธ์การจัดการ. 2567; 11(2): 198 - 217.

[13] อมรรัตน์ สุนทรพุทธศาสน์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสุขของบุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลยโสธร. วารสารสธารณสุขและสุขภาพศึกษา. 2566; 3(3): 59 - 72.

[14] อภิชิต สถาวรวัฒน์, สุทธิสา จันทร์เพ็ง, ประสงค์ กิติดำรงสุข, และวัลลีรัตน์ พบคีรี. ความสุขของบุคลากรโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดน่าน. วารสาร มฉก.วิชาการ. 2566; 27(1): 28 - 41.

[15] ณวรา เหล่าวาณิชย์, มาลินี บุญยรัตพันธุ์, นภัสวรรณ พชรธนสาร, และเอกรินทร์ ลักขณาลิขิตกุล. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับความสุขของพยาบาลวิชาชีพ. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข. 2564; 31(2): 181 - 94.

[16] สมชาย ลี่สิน. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับองค์กรแห่งความสุขของบุคลากรสังกัดหน่วยงานที่ตั้งอยู่ในส่วนภูมิภาค กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. วารสารสาธารณสุขมูลฐานภาคใต้. 2567; 38(4): 8 - 19.

[17] สมโภช บุญวัน, สมโภช รติโอฬาร, และวรางคณา จันทร์คง. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสุขในการทำงานของบุคลากรสาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2564; 7(3): 139 - 51.

[18] สุภาณี ธนสมบัติ. ความสุขในการทำงานของบุคลากร สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปทุมธานี. วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม. 2565; 6(12): 111 - 21.

[19] Hinkle, D. E, William, W, and Stephen, G.J. Applied statistics for the behavior sciences. 4th ed. Boston. New York: Houghton Mifflin. 1998.

[20] รัติกร สวนดอก. ปัจจัยแรงจูงใจที่ทำให้แพทย์และพยาบาลยังคงปฏิบัติงานในระบบสาธารณสุข: กรณีศึกษาโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชนสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช. วารสารการศึกษาและวิจัยการสาธารณสุข. 2569; 4(2): 171 – 88.

การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนตำบลบ้านขาม อำเภอจัตุรัส จังหวัดชัยภูมิ

The Development of a Community Participation-Based Health Promotion Model for the Elderly in Ban Kham Subdistrict, Chatturat District, Chaiyaphum Province

สุภาภรณ์ สุวรรณโรจน์ [1*]
Suprapron Suwannaront [1*]

[1] โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านขาม อำเภอจัตุรัส จังหวัดชัยภูมิ 36130
[1] Ban Kham Subdistrict Health Promoting Hospital, Chatturat District, Chaiyaphum Province. 36130
[*] Corresponding author: สุภาภรณ์ สุวรรณโรจน์ Email: nang.supaporn2515hos@gmail.com
Received : 19 March 2026 Revised : 23 May 2026 Accepted : 17 June 2026

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสุขภาวะและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ พัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนและศึกษาปัจจัยความสำเร็จของการดำเนินงาน โดยประยุกต์แนวคิดการมีส่วนร่วมของ Cohen และ Uphoff กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 60 คน ประกอบด้วยผู้สูงอายุ 20 คน ผู้ดูแล 18 คนและผู้มีส่วนร่วมในการพัฒนา 22 คน เครื่องมือวิจัยได้แก่ แบบประเมินสุขภาวะผู้สูงอายุ แบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ แบบสัมภาษณ์เชิงลึกและแบบสนทนากลุ่ม ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (IOC > 0.50) และมีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคระหว่าง 0.86 – 0.95 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนาและ Paired t - test ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหา ผลการศึกษาพบว่า ก่อนดำเนินกิจกรรมผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีโรคเรื้อรังและมีคุณภาพชีวิตด้านร่างกายต่ำกว่าด้านอื่น ภายหลังการดำเนินงาน ผู้สูงอายุมีคะแนนสุขภาวะและคุณภาพชีวิตทั้งโดยรวมและรายด้านเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p - value < 0.05) รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 4 ขั้นตอนได้แก่ 1) การสำรวจสถานการณ์และความต้องการ 2) การวางแผนร่วมกับภาคีเครือข่าย 3) การดำเนินกิจกรรมเสริมสร้างศักยภาพและพัฒนานวัตกรรมสุขภาพในชุมชน และ 4) การติดตามและประเมินผลอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ภาคีเครือข่ายมีความพึงพอใจต่อการดำเนินงานในระดับมาก ($\bar{x}$ = 4.27, S.D. = 0.60) สรุปได้ว่ารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนสามารถส่งเสริมสุขภาวะและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพและควรนำไปประยุกต์ใช้ในชุมชนที่มีบริบทใกล้เคียงกัน

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุ การส่งเสริมสุขภาพ การมีส่วนร่วมของชุมชน

Abstract

This participatory action research (PAR) aimed to examine the health status and quality of life of the elderly, develop a health promotion model through community participation, and identify factors contributing to successful implementation. The study applied the participation concept of Cohen and Uphoff as the conceptual framework. A purposive sample of 60 participants was recruited, including 20 elderly, 18 caregivers, and 22 stakeholders involved

in elderly care within the community. Research instruments consisted of the WHOQOL-BREF-THAI, a holistic well-being assessment questionnaire, in-depth interview guidelines, and focus group discussion guidelines. Content validity was verified by experts with Item-Objective Congruence Quantitative data were analyzed using descriptive statistics and a paired t-test, while qualitative data were analyzed through content analysis. The findings revealed that, prior to the intervention, most elderly had chronic diseases and lower physical quality-of-life scores compared with other domains. After implementation, overall and domain-specific well-being and quality-of-life scores significantly improved (p - value < 0.05). The developed model consisted of four stages: 1) situation and needs assessment, 2) collaborative planning with community stakeholders, 3) implementation of capacity-building activities and community health innovations, and 4) continuous monitoring and evaluation. Community stakeholders reported a high level of satisfaction with the program ($\bar{x}$ = 4.27, S.D. = 0.60). The findings suggest that a community participation-based health promotion model may contribute to improving the well-being and quality of life of the elderly in the community.

Keywords: Elderly, Health promotion, Community participation

บทนำ

กองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติ (United Nations Population Fund: UNFPA) รายงานว่า การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรโลกในช่วงศตวรรษที่ 21 มีแนวโน้มเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างชัดเจน จนมีการเรียกช่วงปี ค.ศ. 2001 – 2100 ว่าเป็น “ศตวรรษแห่งผู้สูงอายุ” [1] เนื่องจากสัดส่วนประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทั่วโลก ในช่วงสองทศวรรษที่ผ่านมา โลกมีประชากรรวมประมาณ 5,735 ล้านคน โดยมีผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปประมาณ 540 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 9.0 ของประชากรทั้งหมด ต่อมาในปี พ.ศ. 2558 จำนวนประชากรโลกเพิ่มเป็นประมาณ 7,349 ล้านคน และมีผู้สูงอายุจำนวน 901 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 12.3 ของประชากรทั้งหมด แนวโน้มดังกล่าวสะท้อนถึงการเข้าสู่สังคมสูงวัยในระดับโลกอย่างชัดเจน ทั้งนี้มีการคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2573 จำนวนผู้สูงอายุทั่วโลกจะเพิ่มเป็นประมาณ 1,402 ล้านคน หรือร้อยละ 16.5 และจะเพิ่มเป็น 2,092 ล้านคน หรือร้อยละ 21.5 ภายในปี พ.ศ. 2593 [1] การเพิ่มขึ้นของประชากรกลุ่มนี้ส่งผลต่อระบบสุขภาพ เศรษฐกิจ และการจัดบริการดูแลระยะยาวของหลายประเทศทั่วโลก

ประเทศไทยเป็นหนึ่งในประเทศที่มีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างรวดเร็ว โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติได้เริ่มสำรวจสถานการณ์ผู้สูงอายุครั้งแรกในปี พ.ศ. 2537 และพบว่าในปี พ.ศ. 2567 ประเทศไทยได้เข้าสู่สังคมผู้สูงวัยอย่างสมบูรณ์ (Aged society) โดยมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 13,450,391 คน หรือคิดเป็นร้อยละ 20.7 ของประชากรทั้งหมด [2] โครงสร้างประชากรผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มวัยต้น (60 – 69 ปี) ประมาณร้อยละ 57.4 ขณะที่อัตราการเกิดของประชากรลดลงอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้อัตราส่วนพึ่งพิงของผู้สูงอายุต่อประชากรวัยแรงงานเพิ่มสูงขึ้น โดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุวัยปลายที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไป ซึ่งมีสัดส่วนประมาณร้อยละ 9 หรือประมาณ 800,000 คน และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเป็นมากกว่า 1 ล้านคนภายในปี พ.ศ. 2568 [2] กลุ่มประชากรดังกล่าวมักมีภาวะโรคเรื้อรังและความต้องการการดูแลระยะยาวมากกว่ากลุ่มวัยอื่น จึงจำเป็นต้องมีระบบบริการสุขภาพที่รองรับอย่างมีประสิทธิภาพและต่อเนื่อง [3]

ข้อมูลจากระบบรายงานข้อมูลสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข (Health Data Center; HDC) ระบุว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังอยู่ในกลุ่มติดสังคมประมาณร้อยละ 62 อย่างไรก็ตามยังพบผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะติดบ้านและ

ติดเตียงในสัดส่วนที่เพิ่มภาระต่อครอบครัวและระบบบริการสุขภาพ ซึ่งโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และโรคหลอดเลือดสมอง ยังคงเป็นปัญหาสุขภาพสำคัญในกลุ่มผู้สูงอายุ และมักก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา [4] แม้ว่าการเข้าถึงบริการสุขภาพบางด้านจะมีแนวโน้มดีขึ้น เช่น การใช้บริการทันตสุขภาพที่เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 17.2 ในปี พ.ศ. 2558 เป็นร้อยละ 35.6 ในปี พ.ศ. 2565 [4] แต่การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบองค์รวมและต่อเนื่องยังคงเป็นความท้าทายของระบบสุขภาพ ดังนั้นผู้สูงอายุจึงถือเป็นกลุ่มประชากรที่มีความเปราะบางด้านสุขภาพและจำเป็นต้องได้รับการส่งเสริมสุขภาพอย่างเหมาะสมและยั่งยืน [5]

ตามข้อมูลจากสำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม เมื่อปี พ.ศ. 2567 พบว่า จังหวัดชัยภูมิ มีความสำคัญในบริบทของโครงสร้างประชากรผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยถูกจัดอยู่ใน 10 อันดับแรกที่มีจำนวนผู้สูงอายุมากที่สุด สำหรับรายละเอียดประชากรของจังหวัดชัยภูมิ ซึ่งประกอบด้วย 16 อำเภอ มีประชากรโดยรวมทั้งสิ้น 910,538 คน ในจำนวนนี้มีประชากรผู้สูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) จำนวน 211,949 คน คิดเป็นสัดส่วนที่สำคัญของประชากรทั้งหมด เมื่อพิจารณาจำแนกตามเพศ พบว่าเป็นผู้สูงอายุเพศชายจำนวน 90,374 คน และเพศหญิงจำนวน 121,575 คน ซึ่งสะท้อนถึงความแตกต่างทางเพศในกลุ่มประชากรผู้สูงอายุของจังหวัดอย่างชัดเจน [6] นอกจากนี้ ข้อมูลจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านขาม อำเภอจัตุรัส จังหวัดชัยภูมิ พบว่าผู้สูงอายุในพื้นที่มีปัญหาสุขภาพจากโรคเรื้อรังหลายด้าน โดยพบโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน ร้อยละ 16.9 และ 3.6 ตามลำดับ อีกทั้งยังพบปัญหาโรคปวดข้อ ภาวะนอนไม่หลับ ความเครียด ภาวะซึมเศร้า และปัญหาสุขภาพจิตที่สัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมของผู้สูงอายุ ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและความสามารถในการดำรงชีวิตประจำวัน [4, 5] ขณะเดียวกัน สถานการณ์ด้านโครงสร้างครอบครัวและสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป ทำให้จำนวนผู้ดูแลผู้สูงอายุมีแนวโน้มลดลง โดยเฉพาะครอบครัวขนาดเล็กและการย้ายถิ่นของวัยแรงงาน ส่งผลให้ผู้สูงอายุจำนวนหนึ่งขาดผู้ดูแลที่เพียงพอและขาดการสนับสนุนด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่อง [3, 4]

สถานการณ์ดังกล่าวสะท้อนถึงความจำเป็นในการพัฒนารูปแบบการดูแลและส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่สอดคล้องกับบริบทของชุมชน ที่ผ่านมาการดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่ส่วนใหญ่เป็นการให้บริการรายบุคคลโดยหน่วยงานสาธารณสุข เช่น การเยี่ยมบ้าน การตรวจคัดกรองสุขภาพ และการให้คำแนะนำด้านสุขศึกษา แม้ว่ากิจกรรมดังกล่าวจะช่วยสนับสนุนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในระดับหนึ่ง แต่ยังขาดกระบวนการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชน และภาคีเครือข่ายในพื้นที่อย่างเป็นระบบ [2, 3] ส่งผลให้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุขาดความต่อเนื่อง และขาดกลไกสนับสนุนทางสังคมที่เอื้อต่อการดูแลสุขภาพอย่างยั่งยืน จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่อาศัยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน สามารถช่วยเพิ่มพฤติกรรมสุขภาพ การดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ เนื่องจากชุมชนเป็นกลไกสำคัญในการสนับสนุนทางสังคม การติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง และการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาวะของผู้สูงอายุ [7] นอกจากนี้ งานวิจัยหลายการศึกษาพบว่ากระบวนการมีส่วนร่วมช่วยให้ประชาชนเกิดความตระหนักต่อปัญหาสุขภาพ มีความรู้สึกเป็นเจ้าของกิจกรรม และสามารถร่วมกำหนดแนวทางแก้ไขปัญหาที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ ส่งผลให้การดำเนินงานด้านสุขภาพมีความต่อเนื่องและยั่งยืนมากยิ่งขึ้น [3, 7]

การศึกษาครั้งนี้จึงประยุกต์ใช้แนวคิดการมีส่วนร่วมของ Cohen และ Uphoff [8] ซึ่งอธิบายว่าการพัฒนาชุมชนที่มีประสิทธิภาพควรเปิดโอกาสให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนของกระบวนการพัฒนา ประกอบด้วย 1) การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (Decision making) 2) การมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรม (Implementation) 3) การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ (Benefit sharing) และ 4) การมีส่วนร่วมในการติดตามและประเมินผล (Evaluation) แนวคิดดังกล่าวช่วยเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชน ทำให้ประชาชนเกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของกิจกรรม และนำไปสู่การพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนที่ยั่งยืน ผู้วิจัยตระหนักถึงความสำคัญของการส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุ เพื่อให้สามารถดูแลสุขภาพของตนเองได้อย่างถูกต้องและต่อเนื่อง อันจะนำไปสู่การมีสุขภาพที่ดีและคงความสามารถในการพึ่งพาตนเองได้ยาวนานยิ่งขึ้น

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมุ่งพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ โดยอาศัยการมีส่วนร่วมของชุมชน ควบคู่กับการพัฒนานวัตกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพ เพื่อยกระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุอย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1) เพื่อศึกษาสถานการณ์สุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชนตำบลบ้านขาม อำเภอจัตุรัส จังหวัดชัยภูมิ

2) เพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนตำบลบ้านขาม อำเภอจัตุรัส จังหวัดชัยภูมิ

3) เพื่อศึกษาผลการดำเนินงานตามรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนตำบลบ้านขาม อำเภอจัตุรัส จังหวัดชัยภูมิ

4) เพื่อศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดำเนินงานตามรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนตำบลบ้านขาม อำเภอจัตุรัส จังหวัดชัยภูมิ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ใช้แนวคิดการมีส่วนร่วมของ Cohen และ Uphoff [8] เป็นกรอบแนวคิดหลักในการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลบ้านขาม อำเภอจัตุรัส จังหวัดชัยภูมิ ซึ่งให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมของชุมชน 4 ด้าน ได้แก่ 1) การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (Decision making) 2) การมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรม (Implementation) 3) การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ (Benefit sharing) และ 4) การมีส่วนร่วมในการติดตามและประเมินผล (Evaluation)

นอกจากนี้ ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แนวทางการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research; PAR) ตามแนวคิดของ Kemmis และ McTaggart [7] ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ การวางแผน (Plan) การปฏิบัติ (Act) การสังเกตผล (Observe) และการสะท้อนผล (Reflect) โดยเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุ ผู้ดูแล อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้นำชุมชน และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ร่วมศึกษาสถานการณ์สุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ วิเคราะห์ปัญหาและความต้องการของชุมชน ร่วมพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ ดำเนินกิจกรรม และประเมินผลการดำเนินงาน เพื่อให้ได้รูปแบบที่เหมาะสมกับบริบทของชุมชนและสามารถนำไปใช้ได้อย่างยั่งยืน ซึ่งสามารถสรุปกระบวนการวิจัยได้ 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การศึกษาสถานการณ์สุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ 2) การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ 3) การดำเนินงานตามรูปแบบ และ 4) การประเมินผลและศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จของการดำเนินงาน ซึ่งสามารถอธิบายได้ดังนี้



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

1. รูปแบบการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) โดยประยุกต์แนวคิดของ Kemmis และ McTaggart [7] ซึ่งประกอบด้วยวงจรการดำเนินงาน 4 ขั้นตอน ได้แก่ การวางแผน (Plan) การปฏิบัติ (Act) การสังเกตและรวบรวมข้อมูล (Observe) และการสะท้อนผล (Reflect) ช่วงเวลาในการศึกษาวิจัย เดือนธันวาคม 2568 – มีนาคม 2569

2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ ผู้สูงอายุ ผู้ดูแล และผู้ที่มีบทบาทเกี่ยวข้องกับการดำเนินงานด้านสุขภาพผู้สูงอายุในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตำบลบ้านขาม จำนวน 240 คน ประกอบด้วย ผู้สูงอายุ 90 คน ผู้ดูแลผู้สูงอายุ 75 คน และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการพัฒนารูปแบบ 75 คน ซึ่งเป็นบุคคลที่มีบทบาทสำคัญต่อการดำเนินกิจกรรมและระบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน

กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกโดยวิธีการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) จากผู้ที่มีบทบาทเกี่ยวข้องกับการดูแลและส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในตำบลบ้านขาม อำเภอจัตุรัส จังหวัดชัยภูมิ โดยพิจารณาจากข้อมูลทะเบียนสุขภาพ บทบาทหน้าที่ และประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัยและบริบทของชุมชน

กลุ่มตัวอย่างรวมทั้งสิ้น 60 คน ประกอบด้วย ผู้สูงอายุ จำนวน 20 คน ผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 18 คน และผู้มีส่วนร่วมในการพัฒนา จำนวน 22 คน โดยคัดเลือกผู้สูงอายุให้มีความหลากหลายด้านเพศ อายุ ภาวะสุขภาพ และพื้นที่อาศัย ส่วนผู้มีส่วนร่วมในการพัฒนา ได้แก่ บุคลากรสาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้นำชุมชน และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่ เพื่อสะท้อนข้อมูลและกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนอย่างครอบคลุม

เกณฑ์คัดเข้า

1) กลุ่มผู้สูงอายุ มีอายุ 60 ปีขึ้นไป อาศัยอยู่ในพื้นที่ตำบลบ้านขาม อำเภอจัตุรัส จังหวัดชัยภูมิ และสามารถสื่อสารภาษาไทยได้

2) กลุ่มผู้ดูแลและผู้มีส่วนร่วมในการพัฒนา มีอายุ 20 ปีขึ้นไป และเป็นผู้ที่มีบทบาทเกี่ยวข้องกับการดูแลหรือส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน เช่น บุคลากรสาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้นำชุมชน และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

3) ผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถรับรู้ เข้าใจ และให้ข้อมูลได้อย่างชัดเจน

4) สมัครใจเข้าร่วมการวิจัย และลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์คัดออก

1) ผู้เข้าร่วมวิจัยที่ประสงค์ขอยุติการเข้าร่วมโครงการวิจัยระหว่างดำเนินการศึกษา

2) ผู้เข้าร่วมวิจัยที่ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมตามกระบวนการวิจัยได้อย่างต่อเนื่อง

3) ผู้เข้าร่วมวิจัยที่มีปัญหาด้านสุขภาพ การสื่อสาร หรือภาวะเจ็บป่วยที่เป็นอุปสรรคต่อการให้ข้อมูลหรือการเข้าร่วมกิจกรรมวิจัย

4) ผู้เข้าร่วมวิจัยที่ให้ข้อมูลไม่ครบถ้วนหรือถอนความยินยอมในการเข้าร่วมวิจัยระหว่างการศึกษา

3. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ใช้เครื่องมือวิจัยทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ เพื่อให้ครอบคลุมการประเมินผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ รวมถึงกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนในพื้นที่ศึกษา โดยมีรายละเอียดดังนี้

1) เครื่องมือเชิงปริมาณ

1.1) แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป เป็นแบบสัมภาษณ์ที่ใช้เก็บข้อมูลพื้นฐานของผู้สูงอายุ ประกอบด้วยข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส และระดับการศึกษา ข้อมูลด้านสุขภาพ เช่น โรคประจำตัว รูปแบบและความถี่ของการออกกำลังกาย พฤติกรรมการบริโภคอาหาร ประวัติการสูบบุหรี่ และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ รวมทั้งข้อมูลด้านครอบครัวและสังคม เช่น การมีผู้ดูแล และการเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุในชุมชน ข้อมูลดังกล่าวใช้เพื่ออธิบายลักษณะประชากรของกลุ่มตัวอย่าง และควบคุมตัวแปรพื้นฐานที่อาจมีผลต่อผลลัพธ์ของการวิจัย

1.2) การประเมินคุณภาพชีวิตใช้แบบวัด WHOQOL - BREF-THAI ขององค์การอนามัยโลก [9] ประกอบด้วยข้อคำถาม 26 ข้อ ครอบคลุม 4 ด้าน ได้แก่ ด้านสุขภาพกาย 7 ข้อ ด้านจิตใจ 6 ข้อ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม 3 ข้อ และด้านสิ่งแวดล้อม 8 ข้อ รวมทั้งข้อคำถามเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตโดยรวม ใช้มาตราส่วนประมาณค่าแบบ 5 ระดับ ตั้งแต่ 1 = แย่มาก ถึง 5 = ดีมาก เกณฑ์การแปลผลคะแนนคุณภาพชีวิตแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ คุณภาพชีวิตไม่ดี (26 – 60 คะแนน) คุณภาพชีวิตระดับปานกลาง (61 – 95 คะแนน) และคุณภาพชีวิตดี (96 – 130 คะแนน) [9]

1.3) แบบสอบถามประเมินสุขภาวะองค์รวมที่พัฒนาจากเครื่องมือของ เกษม สุวัณโณ [10] ซึ่งครอบคลุม 4 ด้าน ได้แก่ สุขภาวะทางกาย สุขภาวะทางจิตใจ สุขภาวะทางสังคม และสุขภาวะทางปัญญา รวมจำนวน 23 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ 1 = น้อย ถึง 5 = ดีมาก

เกณฑ์การแปลผลคะแนนสุขภาวะแบบองค์รวมแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ สุขภาวะระดับต่ำ (1.00 – 2.33 คะแนน) สุขภาวะระดับปานกลาง (2.34 – 3.67 คะแนน) และสุขภาวะระดับสูง (3.68 – 5.00 คะแนน) โดยพิจารณาจากคะแนนรวมที่ได้จากแบบประเมิน ซึ่งคะแนนสูงสะท้อนถึงการมีสุขภาวะที่ดีในทุกมิติของผู้สูงอายุ [10]

1.4) แบบประเมินความพึงพอใจของภาคีเครือข่ายชุมชน ใช้แบบประเมินที่ดัดแปลงจากเครื่องมือของณรงค์กร ชัยวงศ์ และคณะ [3] จำนวน 13 ข้อ เพื่อประเมินระดับความพึงพอใจของภาคีเครือข่ายต่อกระบวนการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาวะผู้สูงอายุในชุมชน ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ 1 = น้อยที่สุด ถึง 5 = มากที่สุด สำหรับแบบประเมินสุขภาวะองค์รวมและแบบประเมินความพึงพอใจ ใช้เกณฑ์การแปลผลคะแนนเฉลี่ยดังนี้ 1.00 – 1.49 หมายถึง ระดับน้อยที่สุด 1.50 – 2.49 หมายถึง ระดับน้อย 2.50 – 3.49 หมายถึง ระดับปานกลาง 3.50 – 4.49 หมายถึง ระดับมาก และ 4.50 – 5.00 หมายถึง ระดับมากที่สุด [3]

2) เครื่องมือเชิงคุณภาพ เพื่อให้เข้าใจบริบท กระบวนการดำเนินงาน และประสบการณ์ของผู้มีส่วนร่วมในชุมชน การวิจัยครั้งนี้ใช้เครื่องมือเชิงคุณภาพประกอบด้วย

2.1) แบบบันทึกภาคสนาม (Field note) ใช้สำหรับบันทึกรายละเอียดเหตุการณ์ระหว่างการจัดกิจกรรม ลักษณะสภาพแวดล้อมของบ้านและชุมชน ตลอดจนพฤติกรรมและปฏิสัมพันธ์ของผู้เข้าร่วมกิจกรรม

2.2) แบบบันทึกการสนทนากลุ่ม (Focus group note) ใช้บันทึกสาระจากการสนทนากลุ่ม ประชาคม และการประชุมของภาคีเครือข่ายในชุมชน เพื่อสะท้อนกระบวนการมีส่วนร่วมและการตัดสินใจร่วมกัน

2.3) แบบสัมภาษณ์เชิงลึก (In - depth interview guide) ใช้สำหรับสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ ได้แก่ ผู้สูงอายุและผู้ดูแล เพื่อสำรวจความคิดเห็น ประสบการณ์ และการรับรู้ต่อรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพที่พัฒนาขึ้น

การตรวจสอบสอบคุณภาพเครื่องมือ

1) การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) นำแบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ แบบประเมินสุขภาวะผู้สูงอายุแบบองค์รวม แบบประเมินความพึงพอใจและแบบสัมภาษณ์เชิงลึกเสนอต่อผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่านได้แก่ อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ การพยาบาลอนามัยชุมชน และการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช เพื่อตรวจสอบความเหมาะสม ความครอบคลุม และความสอดคล้องของเนื้อหา จากนั้นนำมาคำนวณค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Item - Objective Congruence: IOC) ซึ่งมีค่าอยู่ระหว่าง 0.67 – 1.00 โดยคัดเลือกข้อคำถามที่มีค่า IOC ตั้งแต่ 0.50 ขึ้นไป

2) การวิเคราะห์ค่าอำนาจจำแนกของแบบสอบถาม นำแบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ แบบประเมินสุขภาวะผู้สูงอายุแบบองค์รวม และแบบประเมินความพึงพอใจ ที่ผ่านการปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้สูงอายุที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน แล้ววิเคราะห์ค่าอำนาจจำแนกรายข้อโดยใช้ค่าสหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวมทั้งฉบับ (Corrected item-total correlation) ซึ่งมีค่าอยู่ระหว่าง 0.23 – 0.79 และคัดเลือกข้อคำถามที่มีค่าอำนาจจำแนกตั้งแต่ 0.20 ขึ้นไป

3) การตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) นำข้อมูลจากการทดลองใช้มาคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach’s alpha coefficient) พบว่า แบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.93 แบบประเมินสุขภาวะผู้สูงอายุแบบองค์รวม เท่ากับ 0.95 และแบบประเมินความพึงพอใจ เท่ากับ 0.86

4) การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือเชิงคุณภาพ ตรวจสอบคุณภาพของแบบสัมภาษณ์เชิงลึกโดยใช้การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ และปรับปรุงข้อคำถามให้มีความชัดเจน เหมาะสมกับบริบทของชุมชน รวมทั้งใช้วิธีการตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า (Triangulation) จากแหล่งข้อมูล บุคคล และวิธีการเก็บข้อมูล เพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือของข้อมูลเชิงคุณภาพ

4. การรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ดำเนินการตามแนวทางการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) โดยเปิดโอกาสให้ภาคีเครือข่ายในชุมชนร่วมวิเคราะห์ปัญหา วางแผน ดำเนินกิจกรรม และประเมินผล เพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ กระบวนการวิจัยแบ่งออกเป็น 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การสำรวจและวิเคราะห์สถานการณ์สุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ผู้วิจัยทบทวนเอกสาร แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ร่วมกับเก็บข้อมูลพื้นฐานของผู้สูงอายุ ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป ภาวะสุขภาพ สุขภาวะ และคุณภาพชีวิต โดยใช้แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป แบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ (WHOQOL – BREF - THAI) และแบบประเมินสุขภาวะผู้สูงอายุแบบองค์รวม เก็บข้อมูลเชิงปริมาณโดยการสัมภาษณ์แบบเผชิญหน้า (Face – to - face interview) ดำเนินการโดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยที่ผ่านการชี้แจงแนวทางการเก็บข้อมูล เพื่อให้เหมาะสมกับบริบทของผู้สูงอายุ นอกจากนี้ยังใช้แบบสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่มกับผู้สูงอายุ ผู้ดูแล อาสาสมัครสาธารณสุข และผู้นำชุมชน เพื่อศึกษาสถานการณ์สุขภาพ คุณภาพชีวิต ปัญหา ความต้องการ และศักยภาพของชุมชน

ขั้นตอนที่ 2 การวางแผนและพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ภายหลังการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยจัดประชุมกลุ่มและเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกับภาคีเครือข่ายในชุมชน โดยใช้ข้อมูลจากขั้นตอนที่ 1 เป็นฐานในการร่วมวิเคราะห์ปัญหา กำหนดเป้าหมาย และออกแบบกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ พร้อมทั้งพัฒนาสื่อและแนวทางดำเนินกิจกรรมร่วมกัน

ขั้นตอนที่ 3 การดำเนินงานตามรูปแบบที่พัฒนา ผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้นเป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ โดยมีกิจกรรมสำคัญ ได้แก่ การอบรมเชิงปฏิบัติการด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ การส่งเสริมการออกกำลังกาย การบริโภคอาหารที่เหมาะสม การจัดการความเครียด และกิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์เพื่อส่งเสริมการมีส่วนร่วมทางสังคม ดำเนินกิจกรรมโดยผู้วิจัย บุคลากรสาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุข และภาคีเครือข่ายในชุมชน ใช้สื่อประกอบ ได้แก่ คู่มือการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ แผ่นพับ สื่อภาพ และแผ่นบันทึกสุขภาพรายสัปดาห์ กิจกรรมกลุ่มจัดสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 2 – 3 ชั่วโมง และมีการเยี่ยมบ้านเพื่อติดตามพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง การประเมินก่อนดำเนินกิจกรรม (Pre-test) ดำเนินการก่อนเริ่มโปรแกรม 1 สัปดาห์ และการประเมินหลังดำเนินกิจกรรม (Post - test) ดำเนินการภายหลังสิ้นสุดโปรแกรม 1 สัปดาห์ โดยใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและแบบประเมินสุขภาวะผู้สูงอายุแบบองค์รวม ทั้งนี้ การศึกษาครั้งนี้ไม่มีการติดตามประเมินผลซ้ำระยะยาวภายหลังสิ้นสุดโปรแกรม ซึ่งผู้วิจัยได้นำเสนอเป็นข้อจำกัดของการวิจัย

ขั้นตอนที่ 4 การประเมินผลและสะท้อนผลการดำเนินงาน ผู้วิจัยประเมินผลการดำเนินงานโดยเปรียบเทียบคะแนนสุขภาวะและคุณภาพชีวิตก่อนและหลังดำเนินกิจกรรม ร่วมกับการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสนทนากลุ่มและการสะท้อนผลร่วมกับภาคีเครือข่ายในชุมชน เพื่อศึกษาผลลัพธ์ ปัจจัยแห่งความสำเร็จ ปัญหา อุปสรรค และแนวทางพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุให้สามารถดำเนินงานได้อย่างต่อเนื่องและยั่งยืนในชุมชน

5. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้ประกอบด้วยการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพดังนี้

1) การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) อธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างและตัวแปรที่ศึกษา โดยนำเสนอในรูปแบบการแจกแจงความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)

2) การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงอนุมาน (Inferential statistics) ใช้สถิติ Paired samples t - test เพื่อทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนก่อนและหลังการดำเนินกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

3) การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ (Qualitative data analysis) จากการสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม และการสังเกตภาคสนาม นำมาถอดความและวิเคราะห์ด้วยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

ผลการศึกษา

1) ผลการศึกษาสถานการณ์สุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชนตำบลบ้านขาม

ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุจำนวน 20 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 61.6 มีอายุ 80 ปีขึ้นไป ร้อยละ 40.0 รองลงมาคืออายุ 70 – 79 ปี ร้อยละ 33.3 มากกว่าครึ่งมีโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น โรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน ร้อยละ 55.0 ส่วนใหญ่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ร้อยละ 86.6 แต่ยังพบว่าผู้สูงอายุจำนวนมากมีการออกกำลังกายไม่สม่ำเสมอ ร้อยละ 63.3 และไม่เคยออกกำลังกาย ร้อยละ 31.6 ขณะที่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับครอบครัวและมีผู้ดูแล ร้อยละ 88.3

ผลการประเมินคุณภาพชีวิตก่อนเข้าร่วมโปรแกรม พบว่าคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยเฉพาะด้านร่างกายและด้านสังคมมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับต่ำกว่าด้านอื่น ส่วนผลการประเมินสุขภาวะแบบองค์รวมก่อนดำเนินกิจกรรม พบว่าสุขภาวะโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยสุขภาวะด้านปัญญาและด้านสังคมมีคะแนนเฉลี่ยต่ำกว่าด้านอื่น

ผลการศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่ม พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีปัญหาโรคเรื้อรัง ปวดข้อ นอนไม่หลับ และขาดกิจกรรมทางกายอย่างต่อเนื่อง บางรายรู้สึกเหงา ขาดผู้พูดคุย และมีความกังวลเกี่ยวกับภาระต่อครอบครัว นอกจากนี้ ผู้ดูแลและอาสาสมัครสาธารณสุขสะท้อนว่า ผู้สูงอายุบางส่วนขาดแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพตนเอง และยังขาดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดำเนินอย่างต่อเนื่องในชุมชน

2) ผลการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ผลการพัฒนารูปแบบพบว่า ชุมชนมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ปัญหา วางแผน และออกแบบกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุร่วมกับภาคีเครือข่ายในพื้นที่ ประกอบด้วยบุคลากรสาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้นำชุมชน ผู้ดูแลผู้สูงอายุ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รูปแบบที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วยกิจกรรมอบรมเชิงปฏิบัติการด้านการดูแลสุขภาพ การส่งเสริมการออกกำลังกาย การบริโภคอาหารที่เหมาะสม การจัดการความเครียด กิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ และการเยี่ยมบ้านติดตามสุขภาพอย่างต่อเนื่อง เป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์

3) ผลการดำเนินงานตามรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ภายหลังการดำเนินกิจกรรม พบว่าคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโดยรวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยคะแนนเฉลี่ยหลังการดำเนินกิจกรรมสูงกว่าก่อนดำเนินกิจกรรมอย่างชัดเจน โดยเฉพาะด้านสุขภาพกายและด้านความสัมพันธ์ทางสังคมที่มีระดับคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้น ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุก่อนและหลังการดำเนินกิจกรรม (n = 20)

คุณภาพชีวิต	ก่อนดำเนินการ	หลังดำเนินการ	t	*p* - value
	$\bar{x}$ (S.D.)	$\bar{x}$ (S.D.)		
ด้านสุขภาพกาย	2.31 (0.44)	3.52 (0.39)	5.98	< 0.001
ด้านจิตใจ	2.45 (0.38)	3.40 (0.36)	5.14	< 0.001
ด้านสังคม	2.29 (0.41)	3.61 (0.35)	6.42	< 0.001
ด้านสิ่งแวดล้อม	2.44 (0.40)	3.39 (0.37)	4.89	< 0.001
คุณภาพชีวิตโดยรวม	**2.37 (0.41)**	**3.48 (0.37)**	**6.09**	**< 0.001**

ผลการประเมินสุขภาวะผู้สูงอายุแบบองค์รวม พบว่าคะแนนสุขภาวะโดยรวมและรายด้านหลังดำเนินกิจกรรมสูงกว่าก่อนดำเนินกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยสุขภาวะด้านจิตใจและด้านสังคมมีคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุด ผลการสะท้อนข้อมูลเชิงคุณภาพภายหลังดำเนินกิจกรรม พบว่า ผู้สูงอายุมีความมั่นใจในการดูแลสุขภาพตนเองมากขึ้น มีการออกกำลังกายและเข้าร่วมกิจกรรมชุมชนอย่างต่อเนื่อง ขณะที่ผู้ดูแลและอาสาสมัครสาธารณสุขเห็นว่าผู้สูงอายุมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมดีขึ้น และเกิดความร่วมมือในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุภายในชุมชนมากขึ้น ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยสุขภาวะผู้สูงอายุก่อนและหลังการดำเนินกิจกรรม (n = 20)

รายการประเมิน	ก่อนดำเนินการ	หลังดำเนินการ	t	*p* – value
	$\bar{x}$ (S.D.)	$\bar{x}$ (S.D.)		
สุขภาวะทางกาย	3.55 (0.83)	4.01 (0.15)	9.18	< 0.001
สุขภาวะทางจิตใจ	3.57 (0.74)	4.75 (0.76)	8.50	< 0.001
สุขภาวะทางสังคม	3.30 (1.07)	4.61 (0.56)	7.16	< 0.001
สุขภาวะทางปัญญา	3.02 (0.83)	4.30 (0.67)	12.11	< 0.001
สุขภาวะโดยรวม	**3.36 (0.86)**	**4.41 (0.53)**	-	**< 0.001**

4) ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดำเนินงานตามรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ผลการประเมินความพึงพอใจของภาคีเครือข่ายต่อรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ พบว่าภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{x}$ = 4.27, S.D. = 0.60) โดยประเด็นที่ได้รับคะแนนสูงสุด ได้แก่ การพัฒนาศักยภาพเครือข่ายผู้ดูแลผู้สูงอายุและการนำนวัตกรรมสุขภาพมาใช้ในชุมชน ปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อความสำเร็จของการดำเนินงาน ได้แก่ การสนับสนุนจากผู้นำชุมชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในทุกขั้นตอนการดำเนินกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง และการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ในชุมชนอย่างเหมาะสม ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลความพึงพอใจของภาคีเครือข่ายต่อกระบวนการส่งเสริมสุขภาวะผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน (n = 22)

รายการประเมิน	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ
การมีส่วนร่วมในการสำรวจและวิเคราะห์ปัญหา	4.36	0.51	มาก
การมีส่วนร่วมในการเสนอความคิดเห็น	4.11	0.81	มาก
การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ	4.28	0.61	มาก
การมีส่วนร่วมในการวางแผนงาน	4.04	0.73	มาก
การมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน	4.11	0.71	มาก
การพัฒนาศักยภาพเครือข่ายผู้ดูแลผู้สูงอายุ	4.54	0.56	มากที่สุด
การมีส่วนร่วมในกิจกรรมและเยี่ยมบ้าน	4.28	0.56	มาก
การพัฒนานวัตกรรมส่งเสริมสุขภาวะ	4.34	0.50	มาก
ความเหมาะสมของนวัตกรรม	4.38	0.51	มาก
ความเป็นไปได้ในการใช้ต่อเนื่อง	4.24	0.48	มาก
ประโยชน์ของนวัตกรรมต่อผู้สูงอายุ	4.51	0.50	มากที่สุด

รายการประเมิน	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ
การสะท้อนผลการดำเนินงาน	4.14	0.73	มาก
นวัตกรรมช่วยส่งเสริมสุขภาวะอย่างเป็นรูปธรรม	4.18	0.64	มาก
รวม	**4.27**	**0.60**	**มาก**

อภิปราย

สามารถอภิปรายตามวัตถุประสงค์ได้ดังนี้

1) สถานการณ์สุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชนตำบลบ้านขาม ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น โรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน ร่วมกับปัญหาด้านการออกกำลังกายและข้อจำกัดทางร่างกาย ขณะที่คุณภาพชีวิตและสุขภาวะโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยด้านร่างกายมีคะแนนต่ำกว่าด้านอื่น ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าปัญหาสุขภาพเรื้อรังยังเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชน สอดคล้องกับการศึกษาของ World Health Organization ที่ระบุว่า โรคเรื้อรัง ภาวะเสื่อมตามวัย และข้อจำกัดด้านการเคลื่อนไหวเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ [11] รวมทั้งสอดคล้องกับงานวิจัยทั้งในและต่างประเทศที่พบว่า ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวหลายโรคมักมีคุณภาพชีวิตด้านร่างกายต่ำกว่าด้านจิตใจและสังคม [12, 13] อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุยังคงมีคะแนนด้านจิตใจและด้านสังคมอยู่ในระดับค่อนข้างดี ซึ่งอาจเกี่ยวข้องกับการได้รับการดูแลจากครอบครัว การมีผู้ดูแล และการเข้าร่วมกิจกรรมของชุมชน สอดคล้องกับการศึกษาของ World Health Organization ที่อธิบายว่า การสนับสนุนทางสังคมและการมีปฏิสัมพันธ์กับชุมชนเป็นองค์ประกอบสำคัญของการสูงวัยอย่างมีคุณภาพ (Healthy ageing) [11] นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของต่างประเทศที่พบว่า ผู้สูงอายุที่มีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมและมีเครือข่ายทางสังคมที่เข้มแข็ง จะมีระดับคุณภาพชีวิตและสุขภาวะทางจิตที่ดีกว่ากลุ่มที่แยกตัวจากสังคม [13] ผลการศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพยังพบว่า ผู้สูงอายุบางส่วนมีความรู้สึกเหงา ขาดผู้พูดคุย และกังวลเกี่ยวกับภาระของครอบครัว ซึ่งสะท้อนถึงปัญหาสุขภาพจิตและการเปลี่ยนแปลงทางสังคมในสังคมสูงวัย สอดคล้องกับหลายการศึกษาที่รายงานว่า ผู้สูงอายุในชุมชนชนบทมักเผชิญปัญหาความโดดเดี่ยวทางสังคมและการขาดผู้ดูแล โดยเฉพาะในครอบครัวขนาดเล็กหรือครอบครัวที่บุตรหลานย้ายถิ่นไปทำงาน [12, 14]

2) กระบวนการพัฒนารูปแบบโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในการศึกษาครั้งนี้พัฒนาขึ้นภายใต้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) ซึ่งเปิดโอกาสให้ผู้นำชุมชน บุคลากรสาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้ดูแล และผู้สูงอายุเข้ามามีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนของการดำเนินงาน ตั้งแต่การวิเคราะห์ปัญหา การวางแผน การดำเนินกิจกรรม และการประเมินผล ส่งผลให้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีความสอดคล้องกับบริบทและความต้องการของพื้นที่ องค์ประกอบสำคัญของรูปแบบ ได้แก่ การพัฒนาความรู้และทักษะการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ การเยี่ยมบ้านเชิงรุกโดยเครือข่ายผู้ดูแล และการใช้ทรัพยากรในชุมชนร่วมกัน ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการเสริมพลังอำนาจ (Empowerment) ที่มุ่งเน้นการเพิ่มศักยภาพของบุคคลและชุมชนในการจัดการสุขภาพของตนเอง [8, 14] และสอดคล้องกับงานวิจัยทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศที่พบว่า กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนช่วยให้การพัฒนาระบบดูแลผู้สูงอายุเกิดความต่อเนื่อง เหมาะสมกับบริบท และนำไปสู่การดูแลสุขภาพที่ยั่งยืน [14, 15]

3) ผลลัพธ์หลังการดำเนินงานตามรูปแบบ ภายหลังการดำเนินงานตามรูปแบบ พบว่าผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตและสุขภาวะโดยรวมดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยเฉพาะด้านจิตใจและด้านสังคม ซึ่งอาจเป็นผลจากการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม การได้รับการสนับสนุนจากชุมชน และการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมเพิ่มขึ้น ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ World Health Organization ที่ระบุว่า การส่งเสริมการมีส่วนร่วมทางสังคม การออกกำลังกาย และการสนับสนุนจากชุมชน เป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ [11] รวมทั้งสอดคล้องกับงานวิจัยในประเทศไทยที่พบว่า โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยใช้

กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนสามารถทำให้คะแนนคุณภาพชีวิตและสุขภาวะของผู้สูงอายุดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.05) [13, 14] นอกจากนี้ ยังสอดคล้องกับการศึกษาของต่างประเทศที่พบว่าโปรแกรมสุขภาพชุมชนสำหรับผู้สูงอายุที่เน้นการออกกำลังกาย การดูแลสุขภาพจิต และกิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์สามารถลดความรู้สึกโดดเดี่ยว เพิ่มความสามารถในการดูแลตนเอง และพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ [15] ผลการศึกษาครั้งนี้จึงสะท้อนให้เห็นว่า การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนและการสร้างเครือข่ายสนับสนุนทางสังคมมีบทบาทสำคัญต่อการพัฒนาสุขภาวะของผู้สูงอายุ

4) ปัจจัยแห่งความสำเร็จของการดำเนินงาน ความสำเร็จของการดำเนินงานเกิดจากความร่วมมือของหลายภาคส่วนในชุมชน ได้แก่ ผู้นำชุมชน หน่วยบริการสุขภาพ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อาสาสมัครสาธารณสุข และครอบครัวผู้สูงอายุ โดยมีปัจจัยสนับสนุนสำคัญ ได้แก่ การมีผู้นำชุมชนที่เข้มแข็ง การสนับสนุนทรัพยากรจากหน่วยงานท้องถิ่น การมีเครือข่ายผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ต่อเนื่อง และการเปิดโอกาสให้ชุมชนมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนของการดำเนินงาน ผลการศึกษาดังกล่าวสอดคล้องกับงานวิจัยที่พบว่า การใช้ทุนทางสังคมของชุมชนร่วมกับกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย เป็นกลไกสำคัญที่ช่วยให้การดำเนินงานด้านสุขภาพชุมชนเกิดความต่อเนื่องและยั่งยืน [13, 15] รวมทั้งสอดคล้องกับแนวคิดการพัฒนาสุขภาพโดยยึดชุมชนเป็นฐาน ที่เน้นการสร้างความเข้มแข็งของชุมชนและการจัดการสุขภาพร่วมกันในระดับพื้นที่ [11]

สรุป

การพัฒนาและดำเนินรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนส่งผลให้ผู้สูงอายุมีคะแนนสุขภาวะและคุณภาพชีวิตหลังการดำเนินกิจกรรมสูงกว่าก่อนดำเนินกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยเฉพาะสุขภาวะด้านจิตใจและด้านสังคมที่มีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน ผลการศึกษายังสะท้อนให้เห็นว่า ผู้สูงอายุในชุมชนส่วนใหญ่มีปัญหาโรคเรื้อรัง พฤติกรรมการออกกำลังกายไม่สม่ำเสมอ และมีข้อจำกัดด้านสุขภาพกาย ซึ่งส่งผลต่อคุณภาพชีวิตและสุขภาวะโดยรวมของผู้สูงอายุ กระบวนการพัฒนารูปแบบในครั้งนี้อาศัยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชน ได้แก่ ผู้นำชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น บุคลากรสาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้ดูแล และครอบครัวผู้สูงอายุ ในการร่วมวิเคราะห์ปัญหา วางแผนดำเนินกิจกรรม และประเมินผล ทำให้กิจกรรมที่พัฒนาขึ้นสอดคล้องกับบริบทและความต้องการของชุมชน นอกจากนี้ ผลการศึกษายังพบว่า ปัจจัยสำคัญที่สนับสนุนการดำเนินงาน ได้แก่ ความร่วมมือของภาคีเครือข่ายในชุมชน การสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น การมีเครือข่ายผู้ดูแลผู้สูงอายุ และการใช้ทรัพยากรในชุมชนอย่างเหมาะสม ซึ่งช่วยให้การดำเนินกิจกรรมสามารถดำเนินได้อย่างต่อเนื่อง และเป็นแนวทางในการพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุในระดับชุมชนต่อไป

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติ

หน่วยบริการสุขภาพและชุมชนควรนำรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่พัฒนาขึ้นไปประยุกต์ใช้ โดยเน้นกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชน พร้อมทั้งพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแล อาสาสมัครสาธารณสุข และครอบครัว ให้มีความรู้และทักษะในการดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง รวมถึงส่งเสริมการใช้นวัตกรรมด้านสุขภาพที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ เพื่อสนับสนุนการดูแลสุขภาพและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

หน่วยงานภาครัฐและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นควรบูรณาการรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยชุมชนเป็นฐานเข้าสู่แผนพัฒนาสุขภาพระดับพื้นที่ พร้อมทั้งสนับสนุนงบประมาณ ทรัพยากร และบุคลากร

อย่างเพียงพอ รวมถึงส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวมและต่อเนื่องในชุมชน

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1) ควรมีการศึกษาที่ใช้รูปแบบการวิจัยกึ่งทดลองหรือการศึกษาที่มีกลุ่มเปรียบเทียบ เพื่อเพิ่มความชัดเจนในการอธิบายผลของรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพต่อสุขภาวะและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

2) ควรขยายการศึกษาไปยังหลายพื้นที่หรือชุมชนที่มีบริบทแตกต่างกัน เพื่อเปรียบเทียบความเหมาะสมและการประยุกต์ใช้รูปแบบในบริบทที่หลากหลาย

3) ควรเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างและติดตามผลในระยะยาว รวมทั้งมีการวัดผลซ้ำภายหลังสิ้นสุดโปรแกรมเพื่อประเมินความต่อเนื่องและความยั่งยืนของผลลัพธ์ด้านสุขภาวะและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

4) ควรศึกษาการประยุกต์ใช้นวัตกรรมหรือเทคโนโลยีดิจิทัลในการส่งเสริมสุขภาพและติดตามภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ เพื่อสนับสนุนการดูแลสุขภาพในชุมชนอย่างต่อเนื่องและเหมาะสมกับสังคมสูงวัยในอนาคต

ข้อจำกัดของการวิจัย

1) การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการในพื้นที่ชุมชนเดียวและไม่มีกลุ่มเปรียบเทียบ จึงมีข้อจำกัดในการอธิบายความสัมพันธ์เชิงเหตุและผล รวมถึงการอ้างอิงผลไปยังพื้นที่อื่นที่มีบริบทแตกต่างกัน

2) การประเมินสถานการณ์สุขภาพและคุณภาพชีวิตเชิงปริมาณดำเนินการในผู้สูงอายุเพียง 20 คน และใช้การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ซึ่งอาจมีข้อจำกัดด้านความเป็นตัวแทนของประชากร

3) การประเมินผลหลังดำเนินกิจกรรมเป็นการวัดผลระยะสั้น และไม่มีการติดตามผลซ้ำในระยะยาว จึงยังไม่สามารถสะท้อนความต่อเนื่องและความยั่งยืนของผลลัพธ์ด้านสุขภาวะและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้อย่างชัดเจน

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การวิจัยนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ เลขที่รับรอง 90/2568 วันที่ 24 พฤศจิกายน 2568 โดยปฏิบัติตามหลักจริยธรรม ได้แก่ 1) หลักผลประโยชน์ เน้นความปลอดภัยและสวัสดิภาพของกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงวัตถุประสงค์และลดความเสี่ยงก่อนดำเนินกิจกรรม 2) หลักเคารพในความเป็นบุคคล ให้สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมหรือถอนตัวได้ทุกเมื่อ พร้อมจัดทำเอกสารยินยอมโดยสมัครใจ และ 3) หลักความยุติธรรม คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างอย่างเป็นธรรม รักษาความลับข้อมูลส่วนบุคคล และใช้ข้อมูลเพื่อวัตถุประสงค์ทางการวิจัยเท่านั้น

การอ้างอิง

สุภาภรณ์ สุวรรณโรจน์. การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนตำบ้านขาม อำเภอจัตุรัส จังหวัดชัยภูมิ. วารสารการศึกษาและวิจัยการสาธารณสุข. 2569; 4(2): 259 – 72.

Suwannaront S. The Development of a Community Participation-Based Health Promotion Model for the Elderly in Ban Kham Subdistrict, Chatturat District, Chaiyaphum Province. Journal of Education and Research in Public Health. 2026; 4(2): 259 – 72.

เอกสารอ้างอิง

[1] United Nations Population Fund. Ageing in the twenty-first century: a celebration and a challenge. New York, United Nations Population Fund. 2012.

[2] กรมกิจการผู้สูงอายุ. รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2567. กรุงเทพมหานคร, กรมกิจการผู้สูงอายุ. 2567.

[3] ณรงค์กร ชัยวงศ์, ณิชาภัทร มณีพันธ์, สุกัญญา บุรวงศ์, ถาวรีย์ แสงงาม, และปัณณทัต บนขุนทด. การพัฒนานวัตกรรมทางสังคมด้วยกระบวนการชุมชนเพื่อสร้างสุขภาวะผู้สูงอายุ ตำบลกลันทา อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9. 2567; 18(3): 957 - 73.

[4] กระทรวงสาธารณสุข. รายงานสถานการณ์สุขภาพผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2567. กรุงเทพมหานคร, สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. 2567.

[5] อนันต์ อนันตกูล. สังคมสูงวัย...ความท้าทายประเทศไทย. สืบค้นเมื่อ 25 มกราคม 2569 จาก: http://legacy.orst.go.th/wp-content/uploads/2017/12/%E0%B8%AA% E0%B8%B1% E0%B8%87% E0%B8%84%E0%B8%A1%E0%B8%AA%E0%B8%B9%E0%B8%8 7%E0% B8%A7%E0%B8%B1%E0%B8%A23.pdf.

[6] สำนักงานสถิติแห่งชาติ. รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2567. กรุงเทพมหานคร, สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2567.

[7] Kemmis S, and McTaggart R. Participatory Action Research. In: Denzin N, Lincoln Y, editors. Handbook of Qualitative Research. Thousand Oaks, Sage. 2000.

[8] Cohen JM, and Uphoff NT. Participations place in rural development, Seeking clarity through specificity. New York, World Developments. 1980.

[9] กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก ฉบับย่อ ภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI). สืบค้นเมื่อ 25 มกราคม 2569 จาก: https://dmh.go.th/test/whoqol/.

[10] เกษม สุวณโณ. การศึกษาสุขภาวะของผู้สูงอายุในเขตชุมชนท่าอิฐ วัดแสงสิริธรรม ตำบลท่าอิฐ อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี. [วิทยานิพนธ์]. พุทธศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพระพุทธศาสนา, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย. 2560.

[11] กรมกิจการผู้สูงอายุ. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2565. กรุงเทพมหานคร, บริษัท อมรินทร์ยูนิท คอร์ปอเรชั่น จำกัด (มหาชน). 2565.

[12] สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.). รายงานการสำรวจสุขภาพผู้สูงอายุไทย. กรุงเทพมหานคร, สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. 2567.

[13] ทิพยาภา ดาหาร, และเจทสริยา ดาวราช. การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยชุมชนมีส่วนร่วม ตำบลหนองเหล็ก อำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม. วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม. 2561; 2(3): 42 – 54.

[14] ถิรวัฒน์ ลาประวัติ, และสมัย ลาประวัติ. การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนตำบลหนองหัวช้าง อำเภอกันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพศรีสะเกษ. 2567; 3(1): 156 – 70.

[15] ศรายุทธ ชูสุทน. การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนเทศบาลตำบลบางนกแขวก อำเภอบางคนที จังหวัดสมุทรสงคราม. [วิทยานิพนธ์]. ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหาสารคาม. 2564.

ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอเมืองพิจิตร จังหวัดพิจิตร

Factors Affecting the Quality of Life of Dependent Elderly in Mueang Phichit District, Phichit Province

วรรณนิสา วิทยา [1*] ภูษิตา อินทรประสงค์ [2] และจุฑาธิป ศีลบุตร [3]

Wannisa Wittaya [1*], Bhusita Intaraprasong [2], and Jutatip Sillabutra [3]

[1] นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก อำเภอวังทอง จังหวัดพิษณุโลก 65130

[2] วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก อำเภอวังทอง จังหวัดพิษณุโลก 65130

[3] คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล อำเภอพุทธมณฑล จังหวัดนครปฐม 73170

[1] Master of Public Health Program, Sirindhorn College of Public Health, Phitsanulok, Faculty of Public Health and Allied Health Sciences, Praboromarajchanok Institute, Wang Thong District, Phitsanulok Province. 65130

[2] Sirindhorn College of Public Health, Phitsanulok, Faculty of Public Health and Allied Health Sciences, Praboromarajchanok Institute, Wang Thong District, Phitsanulok Province. 65130

[3] Faculty of Public Health, Mahidol University, Phutthamonthon District, Nakhon Pathom Province. 73170

[*] Corresponding Author: วรรณนิสา วิทยา Email: wannisawit@scphpl.ac.th

Received : 16 March 2026 Revised : 21 May 2026 Accepted : 15 June 2026

บทคัดย่อ

ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้เกิดข้อจำกัดในการดำเนินชีวิต การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อค้นหาปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอเมืองพิจิตร จังหวัดพิจิตร เชิงอรรถาธิบายภาคตัดขวาง เก็บข้อมูลระหว่างเดือนมิถุนายน - กรกฎาคม 2568 กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง กลุ่มที่ 1 จำนวน 427 คน โดยสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถาม ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ 0.76 ตรวจสอบความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.966 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน และการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ ผลการวิจัย พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอยู่ระดับปานกลาง ปัจจัยสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยการรับรู้สิ่งแวดล้อมอยู่ระดับปานกลาง ปัจจัยส่วนบุคคล (การมีโรคหัวใจ โรคเบาหวาน และไม่ประกอบอาชีพ) มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ปัจจัยการสนับสนุนทางสังคม ด้านอารมณ์ (r = 0.485) ด้านวัตถุสิ่งของ (r = 0.443) และด้านข้อมูลข่าวสาร (r = 0.363) มีความสัมพันธ์เชิงบวกระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิต ปัจจัยการรับรู้สิ่งแวดล้อม ได้แก่ การเข้าถึงสถานบริการต่างๆ (r = 0.531) ความพึงพอใจสิ่งแวดล้อมในชุมชน (r = 0.401) และประเภทของที่อยู่อาศัย (r = 0.324) มีความสัมพันธ์เชิงบวกระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิต ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยการรับรู้สิ่งแวดล้อม สามารถร่วมกันอธิบาย

ความผันแปรของคุณภาพชีวิต ร้อยละ 32.5 (Adjusted R^2 = 0.325) โดยปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตสูงสุด คือ การเข้าถึงสถานบริการต่างๆ (β = 0.291) รองลงมาคือ การสนับสนุนทางสังคมภาพรวม (β = 0.283) ดังนั้นหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรสนับสนุนการเข้าถึงบริการสุขภาพอย่างครอบคลุม

คำสำคัญ: คุณภาพชีวิต ปัจจัยเกี่ยวข้อง ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

Abstract

The number of dependent elderly has continuously increased, resulting in limitations in daily living. This study aimed to identify factors affecting the quality of life among dependent elderly in Mueang Phichit District, Phichit Province. This cross-sectional explanatory study was conducted between June and July 2025. The sample consisted of 427 dependent elderly, selected using multistage random sampling. Data were collected using questionnaires with a content validity index of 0.76 and a reliability coefficient of 0.966. Data were analyzed using Pearson's correlation coefficient and multiple regression analysis. The results revealed that the quality of life of the dependent elderly, social support, and environmental perception factors were at a moderate level. Personal factors, including heart disease, diabetes mellitus, and unemployment, were significantly associated with quality of life. Social support factors, including emotional support (r = 0.485), tangible support (r = 0.443), and informational support (r = 0.363), showed moderate positive correlations with quality of life. Environmental perception factors, including access to public services (r = 0.531), satisfaction with the community environment (r = 0.401), and type of residence (r = 0.324), also demonstrated moderate positive correlations with quality of life. Personal factors, social support, and environmental perception jointly explained 32.5% of the variance in quality of life (adjusted R^2 = 0.325). The strongest predictor was access to public services (β = 0.291), followed by overall social support (β = 0.283). Therefore, relevant agencies should promote comprehensive access to healthcare and public services for the dependent elderly.

Keywords: Quality of life, Related factors, Dependent elderly

บทนำ

ประชากรผู้สูงอายุของโลกมีสัดส่วนเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยในปี พ.ศ. 2565 มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 1,109 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 14.0 ของประชากรโลกทั้งหมด สำหรับประเทศสมาชิกอาเซียน พบว่า ประเทศที่เข้าสู่สังคมสูงอายุ คือ สิงคโปร์ ร้อยละ 23.0 และลำดับรองลงมา คือ ประเทศไทย ร้อยละ 19.0 [1] โดยประเทศไทยมีประชากรตามทะเบียนราษฎร จำนวน 66 ล้านคน เป็นประชากรที่มี

อายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 13 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 19.0 ของประชากรทั้งหมด ประชากรจะมีอายุยืนยาวขึ้นจากอายุเฉลี่ย 76 ปี ในปี 2565 เป็นอายุเฉลี่ย 80 ปี ในอีก 20 ปีข้างหน้า ประชากรสูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นด้วยอัตราที่รวดเร็ว โดยในปี พ.ศ. 2585 สัดส่วนผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 18.8 เป็นร้อยละ 31.4 ซึ่งจำนวนผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นเกือบเท่าตัว จาก 12.5 ล้านคน เป็น 18.9 ล้านคน [1] โดยคาดว่าประเทศไทยจะกลายเป็น “สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์” (Complete aged society) เมื่อประชากรสูงอายุสูงถึงร้อยละ 20.0 และจะเป็น “สังคมสูงอายุระดับสุดยอด” (Super aged society) และเมื่อประชากรสูงอายุเพิ่มสูงขึ้นถึง ร้อยละ 30.0 ของประชากรทั้งหมด ในปี พ.ศ. 2578 [2] ถือว่าเป็นการเปลี่ยนแปลงระดับที่รวดเร็วมาก สำหรับสถานการณ์ผู้สูงอายุในเขตสุขภาพที่ 3 ในปี พ.ศ. 2565 - 2566 จังหวัดชัยนาท มีอัตราผู้สูงอายุเทียบประชากรซึ่งสูงที่สุดทั้ง 2 ปี ร้อยละ 24.9 และ 25.7 รองลงมา ได้แก่ จังหวัดพิจิตร มีอัตราผู้สูงอายุ เทียบประชากร ร้อยละ 22.9 และ 23.6 [3] โดยทุกจังหวัดในเขตสุขภาพที่ 3 มีแนวโน้มอัตราผู้สูงอายุเทียบประชากรสูงขึ้นทุกปี ทำให้เห็นถึงการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นในอนาคต และพบว่าทำให้เกิดผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงเพิ่มขึ้นจำนวนมากสอดคล้องกับผลการประเมินความสามารถการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ (Barthel Index for Activities of Daily Living : ADL) ในเขตสุขภาพที่ 3 ปี พ.ศ. 2566 เมื่อเทียบกับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงกับผู้สูงอายุทั้งหมด พบว่า จังหวัดพิจิตร มีผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมากเป็นอันดับ 1 จำแนกรายอำเภอ พบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของจังหวัดพิจิตร ในอำเภอวชิรบารมี มากเป็นอันดับ 1 ร้อยละ 7.9 รองลงมา คือ อำเภอเมืองพิจิตร อำเภอโพทะเล อำเภอสากเหล็ก อำเภอทับคล้อ อำเภอวังทรายพูน อำเภอบางมูลนาก อำเภอโพธิ์ประทับช้าง อำเภอดงเจริญ อำเภอสามง่าม อำเภอตะพานหิน และอำเภอบึงนาราง (ร้อยละ 4.4, 4.2, 4.1, 3.9, 3.8, 3.4, 3.3, 3.1, 2.5, 2.3 และ 2.2 ตามลำดับ) [4, 5] จากข้อมูลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นถึงผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในจังหวัดพิจิตร ทั้ง 12 อำเภอ ที่ควรมีการเตรียมความพร้อมเพื่อรองรับการเพิ่มจำนวนของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างต่อเนื่องและรวดเร็ว ตามการคาดการณ์ โดยสำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ที่พบว่าในอีก 20 ปีข้างหน้าจะมีแนวโน้มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเพิ่มขึ้น [6] จังหวัดพิจิตร อำเภอเมืองพิจิตร มากเป็นอันดับ 1 ของจังหวัด จำนวน 22,896 ราย และมีผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมากเป็นอันดับ 2 ของจังหวัด จำนวน 1,024 ราย ซึ่งแบ่งผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตามกลุ่มอาการได้เป็น 4 ระดับ [4] ได้แก่ กลุ่มที่ 1 เป็นกลุ่มที่เคลื่อนไหวได้บ้างและอาจมีปัญหาทางกินหรือการขับถ่ายแต่ไม่มีภาวะสับสนทางสมอง ร้อยละ 60.1 กลุ่มที่ 2 เคลื่อนไหวได้บ้างและอาจมีปัญหาทางกินหรือการขับถ่ายมีภาวะสับสนทางสมองร่วมด้วย ร้อยละ 16.0 กลุ่มที่ 3 เคลื่อนไหวเองไม่ได้ อาจมีปัญหาการกินหรือขับถ่ายและเจ็บป่วยรุนแรง ร้อยละ 16.9 และกลุ่มที่ 4 เคลื่อนไหวเองไม่ได้ อาจมีปัญหาการกินหรือขับถ่าย แต่มีภาวะเจ็บป่วยรุนแรงกว่าอยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต ร้อยละ 6.8 โดยส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มวัยสูงอายุตอนปลาย (อายุ 80 ปีขึ้นไป) ร้อยละ 51.9 รองลงมาคือวัยสูงอายุตอนกลาง (อายุ 70 - 79 ปี) ร้อยละ 32.0 และวัยสูงอายุตอนต้น (อายุ 60 - 69 ปี) ร้อยละ 16.0 [4] สะท้อนให้เห็นว่าประชากรในจังหวัดพิจิตรมีแนวโน้มอายุยืนยาวเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ซึ่งอำเภอเมืองพิจิตรเป็นพื้นที่ที่มีจำนวนผู้สูงอายุมากที่สุดของจังหวัด จึงมีความจำเป็นต้องเตรียมความพร้อมของระบบการดูแล

ระยะยาว (Long Term Care: LTC) แม้ว่ารัฐจะมีกฎหมายและนโยบายรองรับการดูแลผู้สูงอายุ แต่ในทางปฏิบัติยังพบปัญหาด้านคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในหลายมิติ งานวิจัยที่ผ่านมาแสดงให้เห็นว่าปัจจัยด้านเศรษฐกิจ และคุณลักษณะส่วนบุคคล โดยเฉพาะรายได้ต่อเดือน ซึ่งมีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตมากที่สุด [7] แรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางสาธารณสุข ความเชื่อด้านประสิทธิภาพแห่งตน การเรียนรู้ด้านสุขภาพ และเพศมีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ [2] และโดยเฉพาะปัญหาอนามัยสิ่งแวดล้อมมีแนวโน้มที่จะทวีความรุนแรงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง [8] ซึ่งในพื้นที่ชุมชนของอำเภอเมืองพิจิตร ยังพบปัญหาด้านสภาพแวดล้อมที่อาจส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เช่น สภาพบ้านเรือนที่ไม่เอื้อต่อการดำรงชีวิต การเข้าถึงบริการสุขภาพ การจัดการสุขาภิบาลภายในครัวเรือน และภาระของผู้ดูแลอาจส่งผลต่อความปลอดภัย สุขภาพกาย และสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้ ซึ่งการศึกษาครั้งนี้จะช่วยให้ทราบปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่อำเภอเมืองพิจิตร เพื่อนำไปใช้เป็นข้อมูลการกำหนดนโยบายที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ เพื่อรองรับการเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุ และยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

วัตถุประสงค์

1) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอเมืองพิจิตร จังหวัดพิจิตร

2) เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอเมืองพิจิตร จังหวัดพิจิตร

3) เพื่อศึกษาระดับปัจจัยสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยการรับรู้สิ่งแวดล้อม ที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอเมืองพิจิตร จังหวัดพิจิตร

4) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยการรับรู้สิ่งแวดล้อม คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอเมืองพิจิตร จังหวัดพิจิตร

5) เพื่อศึกษาความผันแปรระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยการรับรู้สิ่งแวดล้อม ที่มีต่อคุณภาพชีวิตต่อผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอเมืองพิจิตร จังหวัดพิจิตร

วิธีดำเนินการวิจัย

1. รูปแบบการวิจัย

เชิงอรรถาธิบายภาคตัดขวาง (Explanatory cross-sectional study)

2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการวิจัย คือ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอเมืองพิจิตร จังหวัดพิจิตร ที่ผ่านการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) น้อยกว่าหรือเท่ากับ 11 คะแนน ตามระบบข้อมูลบุคลากรการดูแลระยะยาวและแผนการดูแลรายบุคคล (LTC) ซึ่งเป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

กลุ่มที่ 1 เคลื่อนไหวได้บ้าง มีปัญหาการกิน การขับถ่ายแต่ไม่มีภาวะสับสนทางสมอง โดยแบ่งเป็นผู้สูงอายุตอนต้น 60 - 69 ปี จำนวน 91 คน ผู้สูงอายุตอนกลาง 70 - 79 ปี จำนวน 201 คน และผู้สูงอายุตอนปลาย 80 ปีขึ้นไป จำนวน 324 คน จำนวนทั้งสิ้น 616 คน

กลุ่มตัวอย่าง

ใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างของ Krejcie & Morgan (1970) [9] กรณีทราบจำนวนประชากร ดังนี้

$$n = \frac{X^2 Np(1-p)}{e^2(N-1) + X^2\, p(1-p)}$$

n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

N = จำนวนประชากรผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอเมืองพิจิตร จังหวัดพิจิตร ที่ผ่านการประเมิน ADL ≤ 10 จำนวน 616 คน

e = ระดับความคลาดเคลื่อนของการสุ่มตัวอย่างที่ยอมรับได้ เท่ากับ 0.03

X^2= ค่าไคสแควร์ที่ Degree of freedom (df) เท่ากับ 1 ระดับความเชื่อมั่น 95% เท่ากับ 3.841

p = สัดส่วนของลักษณะที่สนใจในประชากร เท่ากับ 0.5

แทนค่าในสูตร ได้ดังนี้

$$n = \frac{3.841(616)(0.5)(1-0.5)}{0.03^2(616-1)+3.841(0.5)(1-0.5)}$$

$$n = 390.76 \approx 391$$

จากการคำนวณ ได้ขนาดของตัวอย่าง เท่ากับ 391 คน แต่เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล จึงเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 ดังนั้น จึงได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวนทั้งสิ้น 431 คน

ผู้วิจัยทำการสุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multistage random sampling) ดังนี้

1) การสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิตามสัดส่วน (Proportional stratified random sampling) ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง โดยแบ่งเป็น ผู้สูงอายุตอนต้น 60 - 69 ปี จำนวน 64 คน ผู้สูงอายุตอนกลาง 70 - 79 ปี จำนวน 140 คน และผู้สูงอายุตอนปลาย 80 ปีขึ้นไป จำนวน 227 คน รวมจำนวนทั้งสิ้น 431 คน

2) การสุ่มตัวอย่างแบบเป็นระบบ (Systematic Random Sampling) โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์เพื่อกำหนดรายชื่อกลุ่มตัวอย่างที่จะใช้ในการวิจัยจากบัญชีรายชื่อประชากรกลุ่มตัวอย่างในแต่ละช่วงอายุ ให้ได้จำนวนตามขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณไว้ รวมทั้งหมด 431 คน

เกณฑ์การคัดเข้า

ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอเมืองพิจิตร จังหวัดพิจิตร ที่ผ่านการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) น้อยกว่าหรือเท่ากับ 11 คะแนน ตามระบบข้อมูลบุคลากรการดูแลระยะยาวและแผนการดูแลรายบุคคล (LTC) ซึ่งเป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง กลุ่มที่ 1 เคลื่อนไหวได้บ้าง มีปัญหาการกิน การขับถ่ายแต่ไม่มีภาวะสับสนทางสมอง สามารถสื่อสารกับผู้อื่นได้ สื่อสารและเข้าใจภาษาไทยได้ ยินดีเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจโดยกรอกข้อมูลและแสดงเจตนายินยอมการเข้าร่วมวิจัยในแบบฟอร์มเอกสารความยินยอมเข้าร่วมวิจัย

เกณฑ์การคัดออก

ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ออกจากระบบข้อมูลบุคลากรการดูแลระยะยาวและแผนการดูแลรายบุคคล (LTC) ไม่สามารถเข้าร่วมวิจัยในช่วงเวลาดังกล่าว ไม่ว่ากรณีใด ๆ ในช่วงเวลาเก็บข้อมูล เช่น เจ็บป่วยกะทันหัน ย้ายออกจากพื้นที่ ไม่สามารถสื่อสารกับผู้อื่นได้

3. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถาม ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการศึกษาเอกสาร แนวคิดทฤษฎี งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง แบบสอบถามประกอบด้วย 4 ส่วน

ส่วนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอเมืองพิจิตร จังหวัดพิจิตร จำนวน 7 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน โรคประจำตัว ลักษณะเป็นแบบเลือกตอบ

ส่วนที่ 2 คุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) [10] จำนวน 25 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ โดยจำแนกเกณฑ์การให้คะแนนตามระดับลักษณะข้อความ คือ ข้อความทางลบ จากน้อยสุด ไม่เลย (5) ไปยังมากที่สุด (1) และข้อความทางบวก จากน้อยสุด ไม่เลย (1) ไปยังมากที่สุด (5)

เกณฑ์การแปลผลคะแนนเฉลี่ย

ค่าเฉลี่ย 4.51 - 5.00 หมายถึง คุณภาพชีวิตอยู่ในระดับมากที่สุด

ค่าเฉลี่ย 3.51 - 4.50 หมายถึง คุณภาพชีวิตอยู่ในระดับมาก

ค่าเฉลี่ย 2.51 - 3.50 หมายถึง คุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 1.51 - 2.50 หมายถึง คุณภาพชีวิตอยู่ในระดับน้อย

ค่าเฉลี่ย 1.00 - 1.50 หมายถึง คุณภาพชีวิตอยู่ในระดับน้อยมาก

ส่วนที่ 3 ปัจจัยสนับสนุนทางสังคม Social Support Questionnaire (SSQ) พัฒนาโดยเชฟเฟอร์ และคณะ (Schaefer et al, 1981) [11] แปลและดัดแปลงเป็นภาษาไทย โดย สมจิต หนุเจริญกุล [12] ประกอบด้วย 3 ด้าน จำนวน 7 ข้อ มีลักษณะเป็นแบบสอบถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ดังนี้ ระดับคะแนน 0 หมายถึง ไม่ได้รับความช่วยเหลือเลย ระดับคะแนน 1 หมายถึง ได้รับความช่วยเหลือเล็กน้อย ระดับคะแนน 2 หมายถึง ได้รับความช่วยเหลือบ้างเป็นบางครั้ง ระดับคะแนน 3 หมายถึง ได้รับความช่วยเหลือค่อนข้างมาก และระดับคะแนน 4 หมายถึง ได้รับความช่วยเหลือมากที่สุด

เกณฑ์การแปลผลคะแนนเฉลี่ย

ค่าเฉลี่ย 2.67 - 4.00 หมายถึง การสนับสนุนทางสังคมระดับสูง

ค่าเฉลี่ย 1.34 - 2.66 หมายถึง การสนับสนุนทางสังคมระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 0.00 - 1.33 หมายถึง การสนับสนุนทางสังคมระดับต่ำ

ส่วนที่ 4 ปัจจัยการรับรู้สิ่งแวดล้อม จากการทบทวนวรรณกรรม [13] ประกอบด้วย 9 ด้าน จำนวน 54 ข้อ แบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ดังนี้ ระดับคะแนน 1 หมายถึง มีความเหมาะสมในระดับน้อยที่สุด ระดับคะแนน 2 หมายถึง มีความเหมาะสมในระดับน้อย ระดับคะแนน 3 หมายถึง มีความเหมาะสม

ในระดับปานกลาง ระดับคะแนน 4 หมายถึง มีความเหมาะสมในระดับมาก และระดับคะแนน 5 หมายถึง มีความเหมาะสมในระดับมากที่สุด

เกณฑ์การแปลผลคะแนนเฉลี่ย

ค่าเฉลี่ย 4.51 - 5.00 หมายถึง มีความเหมาะสมในระดับมากที่สุด

ค่าเฉลี่ย 3.51 - 4.50 หมายถึง มีความเหมาะสมในระดับมาก

ค่าเฉลี่ย 2.51 - 3.50 หมายถึง มีความเหมาะสมในระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 1.51 - 2.50 หมายถึง มีความเหมาะสมในระดับน้อย

ค่าเฉลี่ย 1.00 - 1.50 หมายถึง มีความเหมาะสมในระดับน้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1) การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) ใช้ดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) โดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่าน เท่ากับ 0.76 ซึ่งมีค่าความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหายังไม่ครอบคลุมวัตถุประสงค์ตัวแปรที่ต้องการศึกษา นำข้อคำถามที่ได้คะแนนระดับการแสดงความคิดเห็น 1 คะแนน และ 2 คะแนน ไปปรับปรุงแก้ไขให้มีความครอบคลุมตามที่ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาตรวจสอบความตรงของเนื้อหาให้คำแนะนำหรือข้อเสนอแนะสำหรับปรับปรุงข้อดีให้สมบูรณ์

2) การตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในเขตอำเภอสามง่าม จังหวัดพิจิตร จำนวน 30 ตัวอย่าง ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ของแบบสอบถามทั้งฉบับ เท่ากับ 0.96 โดยแบบสอบถามคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เท่ากับ 0.94 แบบสอบถามปัจจัยสนับสนุนทางสังคม เท่ากับ 0.88 แบบสอบถามปัจจัยการรับรู้สิ่งแวดล้อม เท่ากับ 0.78

4. การรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลดำเนินการในช่วงเดือนมิถุนายน - กรกฎาคม 2568 และดำเนินการขออนุญาตเก็บข้อมูลจากองค์การบริหารส่วนจังหวัดพิจิตร และประสานงานกับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่อำเภอเมืองพิจิตร จังหวัดพิจิตร เพื่อเข้าถึงกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย และขอความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างก่อนการเก็บข้อมูล เมื่อได้รับความยินยอมผู้วิจัยจึงจะทำการสอบถามตามแบบสอบถาม ทั้งนี้สามารถเก็บรวบรวมข้อมูลที่สมบูรณ์และนำมาวิเคราะห์ได้ จำนวน 427 คน คิดเป็นร้อยละ 99.1 ของกลุ่มตัวอย่างที่กำหนดซึ่งถือเป็นขนาดกลุ่มตัวอย่างที่เพียงพอและเป็นตัวแทนที่ดีของประชากรในการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติต่อไป

5. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติ สถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ระดับปัจจัยสนับสนุนทางสังคม ปัจจัยการรับรู้สิ่งแวดล้อม และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยใช้สถิติการถดถอยเชิงเส้นอย่างง่าย (Simple linear regression analysis) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัย

ส่วนบุคคล ปัจจัยสนับสนุนทางสังคม ปัจจัยการรับรู้สิ่งแวดล้อม และระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอเมืองพิจิตร จังหวัดพิจิตร และสถิติการถดถอยพหุคูณ (Multiple regression analysis) อธิบายความผันแปรระหว่างปัจจัยสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยการรับรู้สิ่งแวดล้อม ที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ผลการศึกษา

1) ปัจจัยส่วนบุคคล ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอเมืองพิจิตร จังหวัดพิจิตร ผู้ตอบแบบสอบถามมีจำนวน 427 คน เป็นเพศหญิง ร้อยละ 68.8 มีผู้สูงอายุตอนต้น 60 - 69 ปี จำนวน 82 คน ร้อยละ 19.2 ผู้สูงอายุตอนกลาง 70 - 79 ปี จำนวน 148 คน ร้อยละ 34.6 ผู้สูงอายุตอนปลาย 80 ปีขึ้นไป จำนวน 197 คน ร้อยละ 46.1 สถานภาพสมรสส่วนใหญ่เป็นหม้าย ร้อยละ 46.3 ระดับการศึกษาจบชั้นประถมศึกษามากที่สุด ร้อยละ 88.7 ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ มากที่สุด ร้อยละ 98.5 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 1,296.96 บาท มากที่สุด 10,000 บาท ร้อยละ 0.4 และรายได้น้อยที่สุด 600 บาท ร้อยละ 4.4 โรคประจำตัว พบมากที่สุด คือ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 88.2

ปัจจัยสนับสนุนทางสังคม พบว่า ระดับการรับรู้ปัจจัยสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}$ = 1.96, S.D. = 0.63) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า การรับรู้ด้านข้อมูลข่าวสารมีค่าเฉลี่ยสูงสุด อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}$ = 2.62, S.D. = 0.65) รองลงมา คือการรับรู้ด้านอารมณ์ อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}$ = 1.97, S.D. = 0.69) และการรับรู้ด้านวัตถุหรือสิ่งของมีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุดอยู่ในระดับต่ำ ($\bar{x}$ = 1.30, S.D. = 0.76)

ปัจจัยการรับรู้สิ่งแวดล้อม พบว่า การเดินทางไปยังสถานที่ใกล้บ้าน ($\bar{x}$ = 3.50, S.D. = 0.31) เส้นทางจราจรในชุมชน/หมู่บ้าน ($\bar{x}$= 3.50, S.D. = 0.29) สิ่งแวดล้อมในชุมชน/หมู่บ้าน ($\bar{x}$ = 3.30, S.D. = 0.28) ความพึงพอใจสิ่งแวดล้อมในชุมชน ($\bar{x}$ = 3.49, S.D. = 0.61) ความปลอดภัยต่ออาชญากรรม ($\bar{x}$ = 3.29, S.D. = 3.51) ความปลอดภัยในการเดินทางด้วยเท้า ($\bar{x}$ = 2.72, S.D. = 0.33) อยู่ในระดับปานกลาง และการเข้าถึงสถานบริการต่างๆ ($\bar{x}$ = 1.83, S.D. = 0.65) ระดับน้อยประเภทของที่อยู่อาศัยในชุมชน/หมู่บ้าน ($\bar{x}$ = 0.70, S.D. = 0.52) การเดินทางด้วยการเดิน และขี่จักรยานในชุมชน/หมู่บ้าน ($\bar{x}$ = 0.21, S.D. = 0.24) ระดับน้อยที่สุด

2) คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอเมืองพิจิตร จังหวัดพิจิตร พบว่า ระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอเมืองพิจิตร จังหวัดพิจิตร ภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}$ = 3.08, S.D. = 0.32) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ($\bar{x}$ = 3.85, S.D. = 0.61) ซึ่งอยู่ในระดับมาก รองลงมาด้านจิตใจ ($\bar{x}$ = 2.85, S.D. = 0.42) ด้านสิ่งแวดล้อม ($\bar{x}$ = 3.20, S.D. = 0.41) ด้านอื่น ๆ สุขภาพโดยรวม ($\bar{x}$ = 2.80, S.D. = 0.37) และด้านร่างกาย ($\bar{x}$ = 2.69, S.D. = 0.35) ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง

3) ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยการรับรู้สิ่งแวดล้อมกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอเมืองพิจิตร จังหวัดพิจิตร

ปัจจัยส่วนบุคคล มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอเมืองพิจิตร จังหวัดพิจิตร พบว่า ตัวแปรที่มีค่า β สูงสุดคือ โรคหัวใจ (β = 0.126, *p*-value < 0.05) มีความสัมพันธ์เชิงบวกเล็กน้อย

รองลงมาคือ โรคเบาหวาน (β = 0.125, *p*-value < 0.05) มีความสัมพันธ์เชิงบวกเล็กน้อย และอาชีพว่างงาน (β = - 0.127, *p*-value < 0.05) ซึ่งเป็นตัวแปรที่มีค่าสัมประสิทธิ์ต่ำที่สุด มีความสัมพันธ์เชิงลบเล็กน้อย และสำหรับปัจจัยส่วนบุคคล อื่น ๆ ไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ *p*-value < 0.05 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยมาตรฐาน (β) ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอเมืองพิจิตร จังหวัดพิจิตร (n = 427)

ปัจจัยส่วนบุคคล	β	*p*-value
เพศ (หญิง)	0.006	0.899
สถานภาพสมรส (สมรส)	-0.040	0.411
สถานภาพสมรส (หม้าย)	0.051	0.292
สถานภาพสมรส (หย่าร้าง)	-0.013	0.792
สถานภาพสมรส (แยกกันอยู่)	-0.037	0.445
กลุ่มผู้สูงอายุตอนกลาง (70 - 79 ปี)	0.001	0.986
กลุ่มผู้สูงอายุตอนปลาย (อายุ 80 ปีขึ้นไป)	-0.041	0.404
ไม่ได้เรียนหนังสือ	-0.092	0.056
ต่ำกว่าประถมศึกษา	0.055	0.260
มัธยมศึกษาตอนต้น	0.074	0.128
มัธยมศึกษาตอนปลาย	0.052	0.280
อุดมศึกษา	-0.026	0.586
อาชีพงานฝีมือ	0.017	0.723
อาชีพราชการบำนาญ	-0.010	0.836
ไม่ประกอบอาชีพ	-0.127	0.008*
โรคเบาหวาน	0.125	0.010*
โรคความดันโลหิตสูง	0.049	0.316
โรคไขมันในเลือดสูง	0.091	0.061
โรคหัวใจ	0.126	0.009*
โรคไต	0.000	0.994
โรคมะเร็ง	0.039	0.420
รายได้ต่อเดือน	-0.055	0.258

**p*-value < 0.05

ปัจจัยสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ การสนับสนุนด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านวัตถุสิ่งของ และการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร มีความสัมพันธ์เชิงบวกระดับสูงต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอเมืองพิจิตร จังหวัดพิจิตร พบว่า ปัจจัยสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์เชิงบวกระดับปานกลาง (r = 0.475, *p*-value < 0.05) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอเมืองพิจิตร จังหวัดพิจิตร โดยรวมรายด้าน (n = 427)

ตัวแปร	SSQ อารมณ์	SSQ วัตถุสิ่งของ	SSQ ข่าวสาร	SSQ Total	QOL ร่างกาย	QOL จิตใจ	QOL สังคม	QOL สิ่งแวดล้อม	QOL ทั่วไป	QOL Total
SSQ อารมณ์	1									
SSQ วัตถุสิ่งของ	0.815*	1								
SSQ ข่าวสาร	0.823*	0.585*	1							
SSQ Total	0.966*	0.891*	0.871*	1						
QOL ร่างกาย	0.227*	0.198*	0.132*	0.206*	1					
QOL จิตใจ	0.310*	0.261*	0.174*	0.275*	0.840*	1				
QOL สังคม	0.372*	0.375*	0.356*	0.405*	0.214*	0.221*	1			
QOL สิ่งแวดล้อม	0.557*	0.540*	0.428*	0.562*	0.287*	0.396*	0.692*	1		
QOL ทั่วไป	0.358*	0.309*	0.226*	0.329*	0.581*	0.644*	0.234*	0.419*	1	
QOL Total	0.485*	0.443*	0.363*	0.475*	0.726*	0.770*	0.697*	0.760*	0.716*	1

**p*-value < 0.05, SSQ อารมณ์ = การสนับสนุนด้านอารมณ์, SSQ วัตถุสิ่งของ = การสนับสนุนด้านวัตถุหรือสิ่งของ, SSQ ข่าวสาร = การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร, SSQ Total = ปัจจัยสนับสนุนทางสังคมโดยรวม, QOL ร่างกาย = ด้านร่างกาย, QOL จิตใจ = ด้านจิตใจ, QOL สังคม = ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม, QOL สิ่งแวดล้อม = ด้านสิ่งแวดล้อม, QOL ทั่วไป = ด้านคุณภาพชีวิตทั่วไป และ QOL Total = คุณภาพชีวิตโดยรวม

ปัจจัยการรับรู้สิ่งแวดล้อม ได้แก่ การเข้าถึงสถานบริการต่างๆ ความพึงพอใจสิ่งแวดล้อมในชุมชน และประเภทของที่อยู่อาศัย มีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิต การเดินทางไปยังสถานที่ใกล้บ้าน การเดินทางด้วยการเดินและขี่จักรยาน สิ่งแวดล้อมในชุมชน/หมู่บ้าน และเส้นทางจราจรมีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับต่ำกับคุณภาพชีวิต ความปลอดภัยต่ออาชญากรรม มีความสัมพันธ์เชิงลบในระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิต และความปลอดภัยในการเดินทางด้วยเท้า มีความสัมพันธ์เชิงลบในระดับต่ำกับคุณภาพชีวิต และพบว่า ภาพรวมปัจจัยการรับรู้สิ่งแวดล้อมมีความสัมพันธ์เชิงบวกระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิตภาพรวม (r = 0.430, *p*-value < 0.05) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) โดยวิธี Pearson correlation ระหว่างปัจจัยการรับรู้สิ่งแวดล้อมกับคุณภาพชีวิต ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอเมืองพิจิตร จังหวัดพิจิตร โดยรวมรายด้าน (n = 427)

ตัวแปร	ENV H	ENV T	ENV A	ENV R	ENV B	ENV E	ENV C	ENV W	ENV N	ENV Total	QOL Total
ENV H	1										
ENV T	0.203*	1									
ENV A	0.398*	0.340*	1								
ENV R	0.182*	0.310*	0.278*	1							
ENV B	0.308*	0.065	0.368*	0.185*	1						
ENV E	0.153*	0.209*	0.190*	0.211*	0.167*	1					
ENV C	-0.293*	-0.240*	-0.606*	-0.108	-0.175*	-0.049	1				
ENV W	0.007	0.163*	0.06	0.164*	0.215*	-0.014	-0.070	1			
ENV N	0.355*	0.371*	0.589*	0.291*	0.299*	0.164*	-0.403*	0.098	1		
ENV Total	0.522*	575*	0.744*	0.567*	0.539*	0.438*	0.303*	0.358*	0.704*	1	
QOL Total	0.324*	.237*	0.531*	0.125*	0.232*	0.189*	-0.421*	-0.023	0.401*	0.430*	1

*p-value < 0.05, ENV H = ประเภทของที่อยู่อาศัยในชุมชน/หมู่บ้าน, ENV T = การเดินทางไปยังสถานที่ใกล้บ้าน, ENV A = การเข้าถึงสถานบริการต่าง ๆ, ENV R = เส้นทางจราจรในชุมชน/หมู่บ้าน, ENV B = การเดินทางด้วยการเดินและขี่จักรยานในชุมชน/หมู่บ้าน, ENV E = สิ่งแวดล้อมในชุมชน/หมู่บ้าน, ENV C = ความปลอดภัยต่ออาชญากรรม, ENV W = ความปลอดภัยในการเดินทางด้วยเท้า, ENV N = ความพึงพอใจสิ่งแวดล้อมในชุมชน และ ENV Total = ปัจจัยการรับรู้สิ่งแวดล้อมโดยรวม

การวิเคราะห์การถดถอยเชิงพหุ ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยการรับรู้สิ่งแวดล้อม มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอเมืองพิจิตร จังหวัดพิจิตร พบว่าปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยการรับรู้สิ่งแวดล้อมสามารถร่วมกันอธิบายความผันแปรคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอเมืองพิจิตร จังหวัดพิจิตร ได้ร้อยละ 32.5 (Adjusted R^2 = 0.325) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (F = 50.693, p-value < 0.001) เมื่อพิจารณาตัวแปรอิสระที่สามารถร่วมอธิบายความผันแปรของคุณภาพชีวิตได้ดีที่สุด คือ การเข้าถึงสถานบริการต่าง ๆ มีความสัมพันธ์เชิงบวกสูงสุดต่อคุณภาพชีวิตมากที่สุด (β = 0.291, p-value < 0.001) รองลงมา คือ การสนับสนุนทางสังคมภาพรวม (β = 0.283, p-value < 0.001) ประเภทของที่อยู่อาศัยในชุมชน (β = 0.117, p-value < 0.006)

ความพึงพอใจสิ่งแวดล้อม ในชุมชน (β = 0.105, *p*-value < 0.030) และไม่ประกอบอาชีพ มีความสัมพันธ์เชิงลบต่อคุณภาพชีวิต (β = -0.092, *p*-value < 0.017) ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การวิเคราะห์การถดถอยเชิงพหุของปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยการรับรู้สิ่งแวดล้อมสามารถอธิบายความผันแปร คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอเมืองพิจิตร จังหวัดพิจิตร (n = 427)

ตัวแปร	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	*p*-value	Collinearity Statistics	
	B	Std. Error	Beta			Tolerance	VIF
(Constant)	2.349	0.163		14.389	0.000		
ENV A การเข้าถึงสถานบริการต่างๆ	0.144	0.026	0.291	5.570	0.000	0.540	1.852
SSQ Total การสนับสนุนทางสังคมภาพรวม	0.145	0.022	0.283	6.553	0.000	0.792	1.263
ENV H ประเภทของที่อยู่อาศัยในชุมชน/หมู่บ้าน	0.151	0.055	0.117	2.761	0.006	0.819	1.221
ไม่ประกอบอาชีพ	-0.254	0.106	-0.092	-2.386	0.017	0.987	1.013
ความพึงพอใจสิ่งแวดล้อมในชุมชน	0.094	0.043	0.105	2.178	0.030	0.630	1.586

R^2= 0.380, Adjusted R^2, R = 0.373, SEE = 0.257 F = 50.693, *p*-value < 0.001

ENV A = การเข้าถึงสถานบริการต่าง ๆ, SSQ Total = การสนับสนุนทางสังคมภาพรวม และ ENV H = ประเภทของที่อยู่อาศัยในชุมชน/หมู่บ้าน, ไม่ประกอบอาชีพ และความพึงพอใจสิ่งแวดล้อมในชุมชน

อภิปราย

1) คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอเมืองพิจิตร จังหวัดพิจิตร โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง พบว่า ด้านที่มีคุณภาพชีวิตในระดับมาก คือ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม ด้านจิตใจ ด้านอื่น ๆ สุขภาพโดยรวม ส่วนด้านร่างกาย อยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่าการได้รับการสนับสนุนและช่วยเหลือผู้สูงอายุในสังคม จะทำให้การดำรงชีวิตของผู้สูงอายุดียิ่งขึ้น

2) ความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยการรับรู้สิ่งแวดล้อมกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอเมืองพิจิตร จังหวัดพิจิตร

ปัจจัยส่วนบุคคล จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ได้แก่ โรคหัวใจ โรคเบาหวาน มีความสัมพันธ์เชิงบวกเล็กน้อยกับคุณภาพชีวิต สอดคล้องกับการศึกษาของ สุภาภรณ์ ตันตินันทตระกูล จิรกุล ครบสอน และนงลักษณ์ วิชัยรัมย์ [14] ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ ปัญหาสุขภาพ/โรคประจำตัว มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้สูงอายุ แต่ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก ข้อมูลที่ได้จากการศึกษา กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุตอนปลาย ร้อยละ 46.1 มีโรคประจำตัวอยู่แล้ว และพบว่าปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ การไม่ประกอบอาชีพ มีความสัมพันธ์เชิงลบเล็กน้อยกับคุณภาพชีวิต สอดคล้องกับการศึกษาของนิธิภัทร ชิตานนท์ [15] ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ มีระดับคุณภาพชีวิตต่ำกว่าผู้สูงอายุที่ประกอบอาชีพ เนื่องมาจากการไม่ได้ประกอบอาชีพ ทำให้ผู้สูงอายุสูญเสียรายได้และขาดความมั่นคงทางเศรษฐกิจ ทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ลดลง [16]

ปัจจัยสนับสนุนทางสังคม จากการศึกษาครั้งนี้ ไม่มีปัจจัยสนับสนุนทางสังคมที่มีความสัมพันธ์เชิงบวกระดับสูงต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง แต่พบว่าปัจจัยสนับสนุนทางสังคมทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ 1) การสนับสนุนด้านอารมณ์ 2) การสนับสนุนด้านวัตถุสิ่งของ มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง และ 3) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับต่ำ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่า การสนับสนุนทางสังคมยังคงมีบทบาทสำคัญต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง แต่ไม่ได้เป็นปัจจัยเดียวที่ทำให้คุณภาพชีวิตดีขึ้นอย่างเด่นชัด เพราะยังมีปัจจัยอื่น ๆ ร่วมกำหนด เช่น สุขภาพกาย เศรษฐกิจ สถานภาพครอบครัว และสิ่งแวดล้อมที่อยู่อาศัย สอดคล้องกับงานวิจัยของ ทวีมนัย อุดชาชน และ เสาวลักษณ์ โกศลกิตติอัมพร [17] ผลการศึกษาพบว่า 1) ระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโดยรวมอยู่ในระดับมาก 2) ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ได้แก่ ด้านการส่งเสริมจากองค์กรปกครองท้องถิ่น ด้านการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ด้านเครือข่ายทางสังคมที่เข้มแข็ง

ปัจจัยการรับรู้สิ่งแวดล้อม จากการศึกษาครั้งนี้ ไม่มีปัจจัยการรับรู้สิ่งแวดล้อมที่มีความสัมพันธ์เชิงบวกระดับสูงต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง แต่พบว่าปัจจัยการรับรู้สิ่งแวดล้อมในภาพรวมมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระดับปานกลาง ชี้ให้เห็นว่าแม้สิ่งแวดล้อมจะมีบทบาทสำคัญต่อการดำรงชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง แต่ระดับของความสัมพันธ์ที่ปรากฏยังสะท้อนว่าคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในกลุ่มนี้ด้วย เมื่อพิจารณาเชิงรายด้าน พบว่าปัจจัยการรับรู้สิ่งแวดล้อมมีความสัมพันธ์เชิงบวกระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิต โดยมีความสัมพันธ์สูงที่สุดกับคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่า สิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย จะทำให้การใช้ชีวิตของผู้สูงอายุดียิ่งขึ้น สอดคล้องกับงานวิจัยของอัญชลี นรินทร [18] ผลการศึกษาพบว่ารูปแบบความสัมพันธ์โครงสร้างของปัจจัยเชิงสาเหตุที่มีผลต่อการยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานครมีความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์โดยมีค่าความกลมกลืนของโมเดลในภาพรวม (Overall model fit measure) ทั้งนี้ ปัจจัยพื้นฐานทางด้านครอบครัวและปัจจัยพื้นฐานทางด้านสิ่งแวดล้อมต่างก็มีอิทธิพลทางตรงเชิงบวกต่อการยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร

3) การอธิบายความผันแปร ระหว่างตัวแปรอิสระกับตัวแปรตาม

ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยการรับรู้สิ่งแวดล้อม สามารถร่วมกันอธิบายความผันแปรของคุณภาพชีวิตได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีตัวแปรสำคัญที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ดังนี้

3.1) ปัจจัยส่วนบุคคล คือ ไม่ประกอบอาชีพ มีความสัมพันธ์เชิงลบต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง สอดคล้องกับการศึกษาของนราวุฒิ นุชนาคา [19] ผลการศึกษาพบว่า การมีงานทำส่งผลให้ผู้สูงอายุรู้สึกมีคุณค่ามีคุณภาพชีวิตดีขึ้น เกิดความรักในงาน อยากเห็นงานที่ตนเองปฏิบัติเกิดความสำเร็จ และการได้พบเจอคนในวัยเดียวกันทำให้เกิดสังคม ส่งผลให้สุขภาพกายและสุขภาพจิตดีขึ้นไปด้วย

3.2) ปัจจัยสนับสนุนทางสังคม คือ การสนับสนุนทางสังคมภาพรวมมีความสัมพันธ์เชิงบวกต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง สอดคล้องกับการศึกษาของณรงค์ สะมะโน [20] ผลการศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เป็นปัจจัยที่สามารถร่วมทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้โดยแรงสนับสนุนทางสังคมทำให้ผู้สูงอายุมีชีวิตที่สะดวกสบาย มีคุณภาพ ส่งผลทำให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลสุขภาพที่เหมาะสม เช่น การได้รับการคัดกรองการออกกำลังกาย การได้รับความรู้เกี่ยวกับการรับประทานอาหาร ช่วยทำให้ผู้สูงอายุสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ ลดการพึ่งพาผู้อื่น และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

3.3) ปัจจัยการรับรู้สิ่งแวดล้อม คือ การเข้าถึงสถานบริการต่าง ๆ มีความสัมพันธ์เชิงบวกต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงสูงที่สุด รองลงมาเป็น ประเภทของที่อยู่อาศัยในชุมชน และความพึงพอใจสิ่งแวดล้อมในชุมชน

การเข้าถึงสถานบริการต่าง ๆ มีความสัมพันธ์เชิงบวกต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง สอดคล้องกับการศึกษาของ Lie Zhao และ Huiqin Yang [21] ผลการศึกษาพบว่า การเข้าถึงบริการสุขภาพช่วยส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญ และสอดคล้องกับการศึกษาของเบญจวรรณ ช่วยเต็ม, สุคนธา คงศีล, สุขุม เจียมตน, สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ และเพ็ญพักตร์ อุทิศ [22] ผลการศึกษาพบว่า ความถี่ของการได้รับการดูแลจากผู้ดูแลจากภาครัฐมีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เนื่องมาจากการจัดให้มีการเข้าถึงบริการที่จำเป็นและเป็นไปตามความต้องการดูแลของแต่ละบุคคลในแต่ละด้าน เช่น ด้านสุขภาพ ด้านสวัสดิการผู้สูงอายุ เป็นการส่งเสริมให้บุคคลนั้นมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุด [23] โดยเมื่อผู้สูงอายุเข้าถึงบริการสุขภาพได้สะดวก รวดเร็ว และต่อเนื่อง จะช่วยให้ได้รับการดูแลรักษา การฟื้นฟูสมรรถภาพ และการติดตามอาการอย่างเหมาะสม ส่งผลให้มีสุขภาพกายและสุขภาพจิตที่ดีขึ้น ลดภาวะแทรกซ้อน ลดการนอนโรงพยาบาล และสามารถดำรงชีวิตประจำวันได้ดีขึ้น จึงส่งผลต่อคุณภาพชีวิตโดยรวม

ประเภทของที่อยู่อาศัยในชุมชนมีความสัมพันธ์เชิงบวกต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงสอดคล้องกับแนวทางการด้านที่อยู่อาศัยและสุขภาพขององค์การอนามัยโลก (WHO Housing and Health Guidelines: HHGL) [24] ที่ว่าคุณภาพของที่พักอาศัย ส่งผลกระทบโดยตรงต่อสุขภาวะทางกาย และจิตใจของมนุษย์อย่างมีนัยสำคัญ โดยการอาศัยในสภาพแวดล้อมที่ไม่เหมาะสม ล้วนเป็นปัจจัยกระตุ้นให้เกิดโรคเรื้อรังต่างๆ การมีที่อยู่อาศัยที่ดีจึงถือเป็นกลไกสำคัญในการยกระดับคุณภาพชีวิตที่ยั่งยืนได้

ความพึงพอใจสิ่งแวดล้อมในชุมชนมีความสัมพันธ์เชิงบวกต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงสอดคล้องกับการศึกษาของอัญรัช สาริกัลยะ [25] ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ และมีข้อเสนอแนวทางการสร้างสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมและเอื้อต่อการใช้ชีวิตของผู้สูงอายุ เพื่อเสริมสร้างความพึงพอใจทำให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีและมีความสุขมากยิ่งขึ้น

สรุป

คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอเมืองพิจิตร จังหวัดพิจิตร ในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ปัจจัยสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง ปัจจัยการรับรู้สิ่งแวดล้อมในชุมชนอยู่ในระดับปานกลาง ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ การมีโรคหัวใจ โรคเบาหวาน มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพชีวิตเชิงบวกกับคุณภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ส่วนการไม่ประกอบอาชีพ มีความสัมพันธ์เชิงลบกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ปัจจัยสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ การสนับสนุนด้านอารมณ์ (r = 0.485) การสนับสนุนด้านวัตถุสิ่งของ (r = 0.443) และการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (r = 0.363) มีความสัมพันธ์เชิงบวกระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ปัจจัยการรับรู้สิ่งแวดล้อม ได้แก่ การเข้าถึงสถานบริการต่างๆ ความพึงพอใจสิ่งแวดล้อมในชุมชน ประเภทของที่อยู่อาศัย การเดินทางไปยังสถานที่ใกล้บ้าน การเดินทางด้วยการเดินและขี่จักรยาน สิ่งแวดล้อมในชุมชน/หมู่บ้าน และเส้นทางจราจร มีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับต่ำถึงปานกลางกับคุณภาพชีวิต (r = 0.125 - 0.531) และความปลอดภัยในการเดินทางด้วยเท้า ความปลอดภัยต่ออาชญากรรม มีความสัมพันธ์เชิงลบระดับต่ำและปานกลางกับคุณภาพชีวิต (r = - 0.023 - 0.421) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.05) ปัจจัยที่สามารถร่วมกันอธิบายความผันแปรของคุณภาพชีวิตได้ร้อยละ 32.5 (Adjusted R^2 = 0.325) โดยปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตสูงสุด คือ การเข้าถึงสถานบริการต่างๆ (β = 0.291) รองลงมาคือการสนับสนุนทางสังคมในภาพรวม (β = 0.283)

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่า การเข้าถึงบริการสุขภาพ การรับรู้สิ่งแวดล้อม และการสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในจังหวัดพิจิตรควรดำเนินการดังนี้

1) องค์การบริหารส่วนจังหวัดพิจิตร ควรจะทำความร่วมมือกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตรและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่อำเภอเมืองพิจิตร กำหนดนโยบายและแผนงานด้านการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างเป็นระบบภายใต้ระบบการดูแลระยะยาว (LTC) และการพัฒนาระบบสนับสนุนทางสังคมให้ครอบคลุมทุกมิติ โดยเฉพาะการสนับสนุนกายอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นเครื่องอุปโภคบริโภคในการดำรงชีวิตประจำวัน เพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่

2) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในจังหวัดพิจิตร ได้แก่ องค์การบริหารส่วนจังหวัดพิจิตร เทศบาล และองค์การบริหารส่วนตำบล น่าจะจัดสรรงบประมาณและทรัพยากรเพื่อพัฒนาสภาพแวดล้อมในชุมชนให้เอื้อต่อ การดำรงชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยเฉพาะด้านการเข้าถึงสถานบริการ การคมนาคมในชุมชน จัดระบบขนส่งสาธารณะไปยังสถานพยาบาลหรือสถานที่สำคัญ รวมถึงความปลอดภัยในการเดินทาง การติดตั้งแสงสว่างให้เพียงพอ

3) สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดพิจิตร ควรส่งเสริมการสร้างเครือข่ายการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระดับพื้นที่ โดยบูรณาการความร่วมมือระหว่างครอบครัว ชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และหน่วยงานด้านสังคมสงเคราะห์ในจังหวัดพิจิตรข้อเสนอแนะเพื่อการศึกษาครั้งต่อไป

ข้อเสนอแนะเชิงวิชาการ

1) องค์การบริหารส่วนจังหวัดพิจิตร สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และหน่วยงานด้านสาธารณสุขในพื้นที่จังหวัดพิจิตร นำผลการวิจัยไปใช้เป็นข้อมูลเชิงประจักษ์ในการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยเน้นมิติด้านแรงสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยการรับรู้สิ่งแวดล้อมในระดับชุมชน

2) บุคลากรด้านสาธารณสุข และนักวิชาการในจังหวัดพิจิตร สามารถใช้ผลการศึกษานี้เป็นฐานข้อมูลสำหรับการพัฒนาองค์ความรู้ และแนวปฏิบัติที่เหมาะสมกับบริบทของจังหวัดพิจิตร

ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติการ

1) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอเมืองพิจิตร ส่งเสริมการให้บริการเชิงรุกให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เช่น การเยี่ยมบ้าน การติดตามสุขภาพ และการให้คำแนะนำแก่ผู้ดูแล เพื่อเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

2) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในจังหวัดพิจิตร ร่วมกับผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver) และผู้นำชุมชนน่าจะจัดกิจกรรมเสริมสร้างปฏิสัมพันธ์ทางสังคมและการดูแลด้านจิตใจ ลดความเหงา เพิ่มการรับรู้คุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

3) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในอำเภอเมืองพิจิตร เช่น องค์การบริหารส่วนจังหวัดพิจิตร เทศบาล องค์การบริหารส่วนตำบล ร่วมกับผู้นำชุมชน ครอบครัวของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ปรับปรุงสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยและบริเวณรอบบ้านให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เช่น การจัดพื้นที่ปลอดภัย การลดสิ่งกีดขวาง และการอำนวยความสะดวกในการเข้าถึงบริการในชุมชน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1) ควรศึกษาปัจจัยอื่น ๆ ที่อาจมีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเพิ่มเติม เช่น ปัจจัยด้านครอบครัว เศรษฐกิจในครัวเรือน และภาวะสุขภาพจิต โดยใช้บริบทพื้นที่จังหวัดพิจิตรเป็นฐานการศึกษา

2) ควรดำเนินการวิจัยเชิงคุณภาพ หรือการวิจัยแบบผสมผสาน โดยเก็บข้อมูลจากผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ผู้ดูแล อสม. และบุคลากรสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึก สะท้อนบริบทพื้นที่อย่างแท้จริง

3) ควรขยายการศึกษาเปรียบเทียบระหว่างอำเภอในจังหวัดพิจิตร เพื่อวิเคราะห์ความแตกต่างด้านบริบทชุมชนและนำไปสู่การพัฒนานโยบายและแนวทางการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระดับจังหวัด

กิตติกรรมประกาศ

การค้นคว้าอิสระฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้อย่างสมบูรณ์ ด้วยความความกรุณาอย่างสูงและการช่วยเหลือที่ดียิ่งจากอาจารย์ที่ปรึกษา รองศาสตราจารย์ ดร.ภูษิตา อินทรประสงค์ รองศาสตราจารย์ ดร.จุฑาธิป ศีลบุตร ที่ได้กรุณาถ่ายทอดความรู้ ให้คำปรึกษา และคำแนะนำอันเป็นประโยชน์แก่ผู้วิจัยในทุกขั้นตอน รวมทั้งให้การสนับสนุนเป็นกำลังใจแก่ผู้วิจัยด้วยดีเสมอมา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความกรุณาเป็นอย่างยิ่ง จึงขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่กรุณาเสียสละเวลาให้ความอนุเคราะห์ในการ ตรวจสอบความถูกต้องของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย พร้อมทั้งให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่ง ในการแก้ไขเครื่องมือวิจัย ขอบพระคุณคณะกรรมการสอบการค้นคว้าอิสระทุกท่านที่ได้ชี้แนะ ข้อบกพร่องให้แนวคิดและข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ในการทำวิจัยทำให้การค้นคว้าอิสระครั้งนี้มีความสมบูรณ์สำเร็จลุล่วงเป็นอย่างดี

ขอขอบพระคุณองค์การบริหารส่วนจังหวัดพิจิตร โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเขตอำเภอสามง่าม สังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดพิจิตร เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อสม. ผู้ดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่อำเภอสามง่ามที่ให้ความร่วมมือประสานผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง รวมถึงการพาลงพื้นที่เพื่อทดลองใช้เครื่องมือการวิจัย

ขอขอบพระคุณโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเขตอำเภอเมืองพิจิตร สังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดพิจิตร เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อสม. ผู้ดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่อำเภอเมืองพิจิตร ที่ให้ความร่วมมือประสานผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง รวมถึงการพาลงพื้นที่เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่าง และขอขอบคุณตัวแทนของกลุ่มตัวอย่าง ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอเมืองพิจิตร จังหวัดพิจิตร ทุกท่านที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในการวิจัยครั้งนี้

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก เลขที่ IRRB of SCPHPL 10/2567.2.3

การอ้างอิง

วรรณนิสา วิทยา, ภูษิตา อินทรประสงค์, และจุฑาธิป ศีลบุตร. ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอเมืองพิจิตร จังหวัดพิจิตร. วารสารการศึกษาและวิจัยการสาธารณสุข. 2569; 4(2): 273 – 92.

Wittaya W, Intaraprasong B, and Sillabutra J. Factors Affecting the Quality of Life of Dependent Elderly in Mueang Phichit District, Phichit Province. Journal of Education and Research in Public Health. 2026; 4(2): 273 – 92.

เอกสารอ้างอิง

[1] กรมกิจการผู้สูงอายุ. สถิติผู้สูงอายุ สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2565. สืบค้นเมื่อ 13 กุมภาพันธ์ 2567 จาก http://www.dop.go.th/th/know/side/1/2/2521.

[2] ก้าวหน้า ศรีสมบัติ, ระวี สัจจโสภณ, และวรรณี เนียมหอม. ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชนร่วมใจพัฒนา แขวงวัดพระยาไกร เขตบางคอแหลม กรุงเทพมหานคร. วารสารอิเล็กทรอนิกส์มหาวิทยาลัยศิลปากร มนุษยศาสตร์สังคมศาสตร์และศิลปะ. 2562; 12(4): 99 - 118.

[3] สำนักงานกรมอนามัยผู้สูงอายุ กระทรวงสาธารณสุข. ระบบรายงานข้อมูลด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ. สืบค้นเมื่อ 26 ธันวาคม 2567 จาก https://sites.google.com/view/agingdataprofile.

[4] กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. ระบบข้อมูลบุคลากรการดูแลระยะยาวและแผนการดูแลรายบุคคล (Long Term Care: 3C). สืบค้นเมื่อ 26 ธันวาคม 2567 จาก https://ltc.anamai.moph.go.th.

[5] ศูนย์ข้อมูลสารสนเทศด้านสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร. ประชากรแยกตามกลุ่มอายุ ปี 2566 รายอำเภอ ตำบล หมู่บ้าน. สืบค้นเมื่อ 30 ธันวาคม 2567 จาก http://www.ppho.go.th /mis-new/index.php?menu=39.4&for=6612.

[6] สุนิษา มะลิวัลย์. ภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุไทยในอนาคตอีก 20 ปี: อนามัยพยากรณ์. สืบค้นเมื่อ 5 มกราคม 2568 จาก https://hfd.anamai.moph.go.th/th/news-anamai-3/229198.

[7] ศรีสวัสดิ์ นันทโกวัฒน์, นิลภา จิระรัตนวรรณะ, และวัฒนชัย ขวาลำธาร. ปัจจัยที่มีอิทธิพลกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในตำบลบางอ้อ จังหวัดนครนายก. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ. 2565; 40(4): e258449.

[8] สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมในชุมชนสำหรับประชาชน. สืบค้นเมื่อ 25 ตุลาคม 2567 จาก https://env.anamai.moph.go.th/ webupload/migrated/files/env/n920_0d91709ae44cc4c5eef930979663d006_a036.pdf.

[9] มารยาท โยทองยศ, และปราณี สวัสดิสรรพ์. การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างเพื่อการวิจัย. สืบค้นเมื่อ 24 พฤศจิกายน 2567 จาก http://dspace.nstru.ac.th:8080/dspace/bitstream/123456789/1580/3/เอกสารหมายเลข 2.pdf.

[10] กรมสุขภาพจิต. เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย WHOQOL-BREF-THAI. สืบค้นเมื่อ 4 มีนาคม 2567 จาก https://dmh.go.th /test/download/files/whoqol.pdf.

[11] Schaefer C, Coyne JC, and Lazarus RS. The health-related function of social support. Journal of Behavioral Medicine. 1981; 4(4): 381- 406. DOI: 10.1007/BF00846149.

[12] สมจิต หนุเจริญกุล. การสนับสนุนทางสังคม การดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษาในประเทศไทย. [วิทยานิพนธ์]. ปริญญาพยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต, มหาวิทยาลัยเวย์นสเตต. 2531.

[13] อัจฉรา ปุราคม. การรับรู้สิ่งแวดล้อมและการเดินทางของผู้สูงอายุในชุมชนกำแพงแสน จังหวัดนครปฐม. สืบค้นเมื่อ 13 พฤศจิกายน 2567 จาก https://edu.kps.ku.ac.th/download/รายงานอ.อัจฉรา.pdf.

[14] สุภาภรณ์ ตันตินันทตระกูล, จิรกุล ครบสอน, และนงลักษณ์ วิชัยรัมย์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชนบางโพธิ์เหนือ อำเภอสามโคก จังหวัดปทุมธานี. วารสารสังคมศาสตร์และมานุษยวิทยาเชิงพุทธ. 2565; 7(11): 352 - 73.

[15] นิธิภัทร ชิตานนท์. คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลเสม็ด อำเภอเมืองชลบุรี จังหวัดชลบุรี. [วิทยานิพนธ์]. ปริญญารัฐศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยบูรพา. 2563.

[16] สุขุมา อรุณจิต. แรงงานผู้สูงอายุ: อคติช่วงวัยกับความไม่เป็นธรรมทางสังคม. สังคมสงเคราะห์และสวัสดิการสังคม: การปลดล็อกความเหลื่อมล้ำสู่ความยั่งยืน. 2564; 328 - 42.

[17] ทวีมนัย อุดชาชน, และเสาวลักษณ์ โกศลกิตติอัมพร. ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลขามเรียง อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม. วารสารสังคมศาสตร์เพื่อการพัฒนาท้องถิ่น มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม. 2566; 7(1): 12 - 21.

[18] อัญชลี นรินทร. ปัจจัยที่มีผลต่อการยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร เพื่อตอบสนองยุทธศาสตร์แห่งชาติ. วารสารวิชาการ มหาวิทยาลัยนอร์ทกรุงเทพ. 2563; 9(2): 199 - 210.

[19] นราวุฒิ นุชนาคา. แรงงานผู้สูงอายุกับการกระตุ้นเศรษฐกิจในชุมชนในพื้นที่ตำบลราชาเทวะ จังหวัดสมุทรปราการ. สืบค้นเมื่อ 21 พฤษภาคม 2569 จาก: https://www3.ru.ac.th/mpa-abstract/index.php/abstractData/viewIndex/345.

[20] ณรงค์ สะมะโน. ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตพื้นที่อำเภอดอนพุด จังหวัดสระบุรี. สืบค้นเมื่อ 21 พฤษภาคม 2569 จาก https://sro.moph.go.th/academic_detail.php?n=3zz6E.

[21] Zhao L, and Yang H. Impact of Healthcare Accessibility on the Quality of Life of Older Adults in China and Its Age Differences. Sage Open. 2025. Accessed 21 May 2026 from https://journals.sagepub.com/doi/epub/10.1177/21582440251356051.

[22] เบญจวรรณ ช่วยเต็ม, สุคนธา คงศีล, สุขุม เจียมตน, สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์, และเพ็ญพักตร์ อุทิศ. การรับบริการดูแลระยะยาว และการสนับสนุนทางสังคมที่มีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอไชยา จังหวัดสุราษฎร์ธานี. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2566; 32(2): 296 - 309.

[23] สำนักวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ. Long-term care การดูแลระยะยาวเพื่อภาวะพึ่งพิงอย่างมีคุณภาพในสังคมไทย. สืบค้นเมื่อ 21 พฤษภาคม 2569 จาก https://dol.thaihealth.or.th/Media/Index/26937061-2c56-eb11-80ec-00155d09b41f.

[24] World Health Organization. WHO Housing and Health Guidelines. Geneva: World Health Organization; 2018. Accessed 21 May 2026 from https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK535293/.

[25] อัญรัช สาริกัลยะ. ปัจจัยที่ส่งผลต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตภาษีเจริญ กรุงเทพมหานคร. วารสารการวิจัยการบริหารการพัฒนา. 2563; 10(4): 87 - 99.

ประสิทธิผลของโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูงในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลละหาน อำเภอจัตุรัส จังหวัดชัยภูมิ

Effectiveness of an Empowerment Program on Behavioral Modification for Stroke Prevention among Older Adults with Hypertension in Lahan Subdistrict Health Promoting Hospital, Chatturat District, Chaiyaphum Province

ละมุน คำเสนา[1*]

Lamoon kamsena[1*]

[1] โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลละหาน อำเภอจัตุรัส จังหวัดชัยภูมิ 36130

[1] Lahan Subdistrict Health Promoting Hospital, Chatturat District, Chaiyaphum Province, 36130

[*] Corresponding author: ละมุน คำเสนา Email: lamoon002514hos@gmail.com

Received : 31 March 2026 Revised : 11 June 2026 Accepted : 29 June 2026

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลของโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลละหาน อำเภอจัตุรัส จังหวัดชัยภูมิ ใช้รูปแบบการวิจัยสองกลุ่มวัดผลก่อน - หลัง กลุ่มตัวอย่างจำนวน 40 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 ราย และกลุ่มควบคุม 20 ราย โดยการสุ่มอย่างง่ายและสุ่มจัดสรรเข้ากลุ่ม กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจตามแนวคิดของ Gibson ประกอบด้วย 4 ระยะ ได้แก่ 1) การตระหนักรู้สถานการณ์ของตนเอง 2) การพิจารณาไตร่ตรองอย่างมีเหตุผล 3) การกำหนดและปฏิบัติแนวทางที่เหมาะสม และ 4) การคงไว้ซึ่งพฤติกรรมที่เหมาะสม ดำเนินกิจกรรมต่อเนื่อง 8 สัปดาห์ เครื่องมือวิจัยประกอบด้วยแบบบันทึกข้อมูลทั่วไปและแบบประเมินพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา Paired t - test และ Independent t - test ผลการวิจัยพบว่าภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p - value < 0.001) โดยด้านการออกกำลังกายมีการเปลี่ยนแปลงมากที่สุด สรุปได้ว่าโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจมีประสิทธิผลในการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูง จึงควรนำไปประยุกต์ใช้ในชุมชน พร้อมติดตามผลทุก 3 – 6 เดือน โดยมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) สนับสนุนการคงไว้ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ: การสร้างเสริมพลังอำนาจ พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ผู้สูงอายุ ภาวะความดันโลหิตสูง

Abstract

This quasi-experimental study evaluated the effectiveness of an empowerment program in promoting stroke prevention behaviors among older adults with hypertension in the catchment area of Lahan Subdistrict Health Promoting Hospital, Chatturat District, Chaiyaphum Province, Thailand. A two - group pretest - posttest design was employed. Forty participants were recruited through simple random sampling and randomly assigned to an experimental group (n = 20) and a control group (n = 20). The experimental group participated in an eight - week empowerment program based on Gibson's empowerment framework, comprising four phases: 1) recognizing personal health conditions, 2) critical reflection, 3) developing and implementing appropriate action plans, and 4) maintaining positive health behaviors. Research instruments included a demographic questionnaire and a stroke prevention behavior questionnaire. Data were analyzed using descriptive statistics, paired t - test, and independent t - test. The findings showed that, after the intervention, the experimental group demonstrated significantly higher stroke prevention behavior scores than at baseline and compared with the control group (p - value < 0.001). The greatest improvement was observed in physical activity behavior. The results indicate that the empowerment program effectively enhanced stroke prevention behaviors among older adults with hypertension. The program should be implemented in community settings with follow - up every 3 – 6 months, supported by village health volunteers to promote long - term maintenance of healthy behaviors.

Keywords: Empowerment, Stroke prevention behaviors, Older adults, Hypertension

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมองหรือที่เรียกโดยทั่วไปว่า “อัมพฤกษ์ อัมพาต” เป็นภาวะที่เกิดจากความผิดปกติของหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงสมอง ไม่ว่าจะเป็นการตีบ อุดตัน หรือแตก ส่งผลให้การไหลเวียนของเลือดไปยังเนื้อสมองลดลงหรือหยุดชะงัก ทำให้เซลล์สมองขาดออกซิเจนและสารอาหารจนเกิดความเสียหายและสูญเสียหน้าที่ในที่สุด ภาวะดังกล่าวอาจนำไปสู่ความพิการถาวรหรือการเสียชีวิตได้ โรคหลอดเลือดสมองจึงนับเป็นโรคที่มีความรุนแรงสูง แม้ว่าผู้ป่วยจะรอดชีวิต แต่อาจมีความพิการระยะยาวและต้องพึ่งพาผู้อื่นในการดำเนินชีวิตประจำวัน ส่งผลกระทบทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ ทั้งในระดับครอบครัวและสังคมโดยรวม [1] ในระยะเฉียบพลัน ผู้ป่วยมักมีอาการเกิดขึ้นอย่างฉับพลัน เช่น อาการชาหรืออ่อนแรงของใบหน้า แขน หรือขา โดยเฉพาะซีกใดซีกหนึ่งของร่างกาย ปากเบี้ยว พูดไม่ชัด การทรงตัวผิดปกติ เดินเซ ปวดศีรษะรุนแรง หรือมีความผิดปกติด้านการมองเห็น แนวทางการรักษาที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์สนับสนุนอย่างชัดเจน ได้แก่ การให้ยาละลายลิ่มเลือด Recombinant tissue plasminogen activator (rt - PA) ซึ่งต้องดำเนินการภายในระยะเวลา

ไม่เกิน 270 นาทีหลังเริ่มมีอาการทางระบบประสาท [2] อย่างไรก็ตาม ด้วยข้อจำกัดด้านระยะเวลาและการเข้าถึงบริการ ทำให้หลายประเทศได้พัฒนาระบบบริการฉุกเฉินเฉพาะทางสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หรือที่เรียกว่า “Stroke fast track” เพื่อเพิ่มโอกาสในการเข้าถึงการรักษาอย่างทันท่วงที

ในระดับโลก โรคหลอดเลือดสมองถือเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ โดยองค์การอนามัยโลก [3] รายงานว่าโรคดังกล่าวเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับที่สองของประชากรโลก และพบได้บ่อยในกลุ่มผู้สูงอายุ โดยเฉพาะผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปี ซึ่งมีแนวโน้มการเกิดโรคเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง อัตราการเสียชีวิตในผู้สูงอายุทั่วโลกอยู่ในระดับสูง และส่งผลให้เกิดภาวะพึ่งพิง ความพิการ และการเจ็บป่วยเรื้อรังในระยะยาว อันนำไปสู่ภาระด้านค่าใช้จ่ายทางสุขภาพทั้งในระดับครัวเรือนและระบบบริการสุขภาพ ทั้งนี้ มีรายงานว่าประมาณร้อยละ 50.0 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความพิการหลงเหลือ และไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ขณะที่อัตราการเกิดภาวะทุพพลภาพในผู้สูงอายุอาจสูงถึงร้อยละ 78.0 สะท้อนถึงความรุนแรงของผลกระทบในระยะยาว [4]

สำหรับประเทศไทย สถานการณ์โรคหลอดเลือดสมองมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยข้อมูลจากกระทรวงสาธารณสุขระหว่างปี พ.ศ. 2565 – 2567 พบจำนวนผู้ป่วย 922,329 ราย 1,025,439 ราย และ 1,189,278 ราย ตามลำดับ ในจำนวนนี้เป็นผู้สูงอายุคิดเป็นร้อยละ 73.0, 74.0 และ 75.0 ตามลำดับ [5] ข้อมูลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่าผู้สูงอายุเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงและต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่อง ในระดับพื้นที่จังหวัดชัยภูมิ มีสถานการณ์ที่สอดคล้องกับแนวโน้มของประเทศ โดยข้อมูลจากระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (Health Data Center: HDC) ปี พ.ศ. 2567 พบผู้ป่วยรายใหม่จำนวน 2,785 ราย คิดเป็นอัตรา 254 ต่อประชากรแสนคน และมีอัตราการเสียชีวิตร้อยละ 18.5 [6] ทั้งนี้ ปัญหาสำคัญยังคงอยู่ที่ความต่อเนื่องของระบบบริการ โดยเฉพาะการส่งต่อระหว่างหน่วยบริการและการดูแลต่อเนื่องในชุมชน ส่งผลให้ผู้ป่วยบางส่วนไม่สามารถเข้าถึงบริการที่จำเป็นได้อย่างเหมาะสม [7] ในบริบทของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลละหาน อำเภอจัตุรัส จังหวัดชัยภูมิ พบว่าผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูงมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในระดับสูง โดยในปี พ.ศ. 2568 มีผู้ที่มีค่า Cardiovascular Disease (CVD) risk มากกว่าร้อยละ 30.0 ซึ่งจัดอยู่ในกลุ่มเสี่ยงสูงและเสี่ยงสูงมาก [6] กลุ่มดังกล่าวจำเป็นต้องได้รับการดูแลที่ครอบคลุมทั้งด้านการรักษา การส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรคอย่างเป็นระบบ โดยเฉพาะในบริบทของบริการปฐมภูมิที่เน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน

วัยสูงอายุเป็นช่วงวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมในลักษณะเสื่อมถอย ส่งผลให้มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเรื้อรัง โดยเฉพาะโรคความดันโลหิตสูงซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญของโรคหลอดเลือดสมอง ผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูงและควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ มีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่าประชากรทั่วไปหลายเท่า และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตามอายุ หากขาดการดูแลที่เหมาะสมอาจนำไปสู่ความพิการ การพึ่งพาผู้อื่น และคุณภาพชีวิตที่ลดลง [8] ดังนั้น ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงจึงเป็นกลุ่มเสี่ยงสำคัญที่ควรได้รับการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอย่างต่อเนื่อง จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าโปรแกรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองที่มุ่งเน้นการให้ความรู้ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ การกำหนดเป้าหมายรายบุคคล และการติดตามอย่างต่อเนื่อง สามารถเพิ่มพฤติกรรมการดูแลตนเอง ลดปัจจัยเสี่ยง และช่วยควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดีขึ้น อย่างไรก็ตามโปรแกรมส่วนใหญ่เน้นการให้ข้อมูลด้านสุขภาพเป็นหลัก และยังมีการนำแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจมาใช้ในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงค่อนข้างจำกัด แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจตามกรอบของ Gibson [9] มุ่งพัฒนาความสามารถของบุคคลในการตัดสินใจ แก้ปัญหา

และจัดการสุขภาพของตนเอง โดยงานวิจัยที่ผ่านมาแสดงให้เห็นว่าสามารถส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ เพิ่มความสามารถในการควบคุมตนเอง และลดภาวะแทรกซ้อนของโรคเรื้อรังได้อย่างมีประสิทธิภาพ [10] ผู้วิจัยจึงประยุกต์แนวคิดดังกล่าวในการพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง อันจะนำไปสู่การลดปัจจัยเสี่ยงและการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในระยะยาว

อย่างไรก็ตาม การนำแนวคิดดังกล่าวมาประยุกต์ใช้ในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงยังมีจำกัดในพื้นที่ตำบลละหาน อำเภอจัตุรัส จังหวัดชัยภูมิ ซึ่งผู้สูงอายุในพื้นที่ยังมีข้อจำกัดด้านการดูแลตนเองและการจัดการสุขภาพ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจพัฒนาและศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการสร้างสร้างพลังอำนาจตามแนวคิดของ Gibson [9] เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มดังกล่าว โดยมุ่งหวังให้ผู้สูงอายุสามารถตระหนักรู้ปัจจัยเสี่ยง ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองอย่างเหมาะสม ซึ่งจะนำไปสู่การลดภาระการพึ่งพิงและการยกระดับคุณภาพชีวิตในระยะยาว

วัตถุประสงค์

วัตถุประสงค์ทั่วไป เพื่อประเมินผลของโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูง ในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลละหาน อำเภอจัตุรัส จังหวัดชัยภูมิ

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1) เพื่อเปรียบเทียบระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูง ระหว่างช่วงก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมเสริมพลังอำนาจ

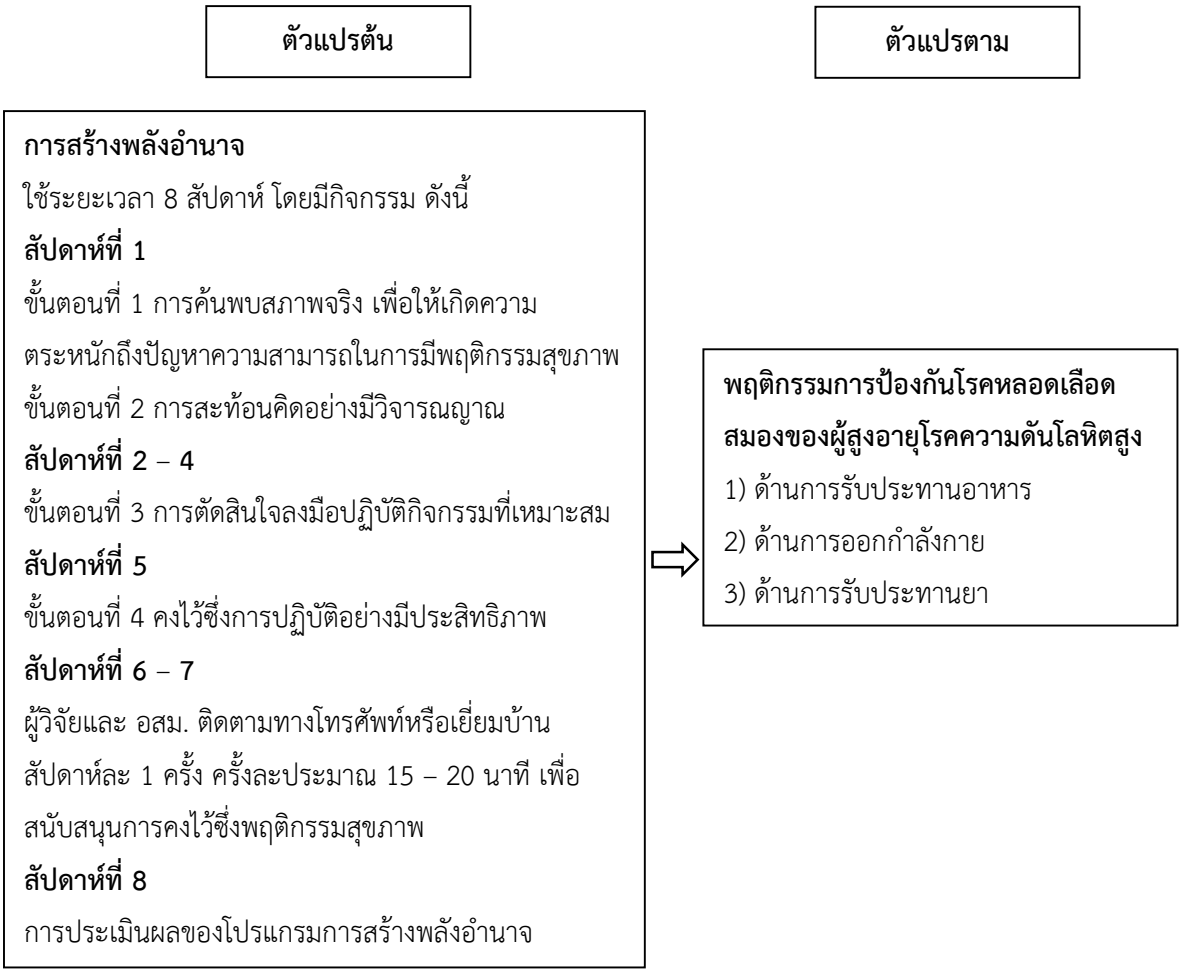
2) เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการสร้างสร้างพลังอำนาจของ Gibson [9] เป็นกรอบแนวคิดหลักในการดำเนินการศึกษา แนวคิดดังกล่าวมุ่งเน้นกระบวนการปฏิสัมพันธ์เชิงบวกระหว่างพยาบาลวิชาชีพกับผู้สูงอายุ โดยส่งเสริมการมีส่วนร่วม การทำงานร่วมกัน และการแลกเปลี่ยนข้อมูล รวมถึงประสบการณ์ และความรู้สึก เพื่อกระตุ้นให้ผู้สูงอายุเกิดการคิดวิเคราะห์และตระหนักรู้ถึงปัญหาและสาเหตุของปัญหาสุขภาพของตนเอง อันนำไปสู่การกำหนดแนวทางในการจัดการปัญหาอย่างเหมาะสม กระบวนการสร้างสร้างพลังอำนาจตามแนวคิดของ Gibson [9] ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนสำคัญ ได้แก่ 1) การค้นพบสภาพปัญหาที่แท้จริง (Discovering reality) 2) การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ (Critical reflection) 3) การตัดสินใจเลือกแนวทางปฏิบัติที่เหมาะสมกับตนเอง (Taking charge) และ 4) การคงไว้ซึ่งพฤติกรรมที่เหมาะสมอย่างต่อเนื่อง (Holding on) ซึ่งเป็นกระบวนการที่ช่วยส่งเสริมให้บุคคลสามารถพัฒนาศักยภาพในการดูแลสุขภาพของตนเองได้อย่างยั่งยืน

แนวคิดการสร้างสร้างพลังอำนาจของ Gibson [9] จึงมีความเหมาะสมในการประยุกต์ใช้กับผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน เนื่องจากเป็นแนวทางที่เน้นการพัฒนาความสามารถในการคิดวิเคราะห์ การตัดสินใจ และการลงมือปฏิบัติด้วยตนเอง ซึ่งจะนำไปสู่การเกิดความมั่นใจและความสามารถในการควบคุม

สุขภาพของตนเอง อันเป็นปัจจัยสำคัญต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ทั้งนี้สามารถสรุปเป็นกรอบแนวคิดการวิจัยได้ดังแสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

1. รูปแบบการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi - experimental research) โดยใช้รูปแบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Two - group pretest – posttest design) กลุ่มตัวอย่างถูกแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มทดลอง ซึ่งได้รับโปรแกรมการสร้างสร้างพลังอำนาจตามแนวคิดของ Gibson [9] และกลุ่มควบคุม ซึ่งได้รับการดูแลตามมาตรฐานปกติของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยดำเนินการวัดผลตัวแปรตาม ได้แก่ การรับรู้พลังอำนาจและพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ทั้งก่อนและหลังการทดลองในทั้งสองกลุ่ม เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างภายในกลุ่มและระหว่างกลุ่ม ช่วงเวลาในการศึกษาวิจัย เดือนมกราคม – มีนาคม พ.ศ. 2569

2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร (Population) ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ทั้งเพศชาย และเพศหญิง ซึ่งได้รับการยืนยันการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และมีภูมิลำเนาอยู่ในตำบลละหาน ภายใต้ความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลละหาน อำเภอจัตุรัส จังหวัดชัยภูมิ ในปี พ.ศ. 2568 รวมทั้งสิ้น 570 คน [6]

กลุ่มตัวอย่าง (Sample) กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ของประชากร โดยคัดเลือกด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) ด้วยวิธีการจับฉลาก เพื่อให้ผู้มีคุณสมบัติมีโอกาสได้รับการคัดเลือกอย่างเท่าเทียม จากนั้นทำการสุ่มจัดสรรเข้ากลุ่ม (Random allocation) เป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างอ้างอิงหลักการของการวิจัยกึ่งทดลอง ซึ่งแนะนำให้มีกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อยกลุ่มละ 15 คน และมีจำนวนรวมไม่น้อยกว่า 30 คน เพื่อให้เพียงพอต่อการเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่ม [11] ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 40 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 20 คน

เกณฑ์คัดเข้า

1) เป็นผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ทั้งเพศชาย และเพศหญิง ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง และขึ้นทะเบียนรับการรักษาอย่างต่อเนื่องในคลินิกโรคเรื้อรังของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลละหาน

2) อาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลละหานมาแล้วไม่น้อยกว่า 6 เดือน สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ดี มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ และสามารถให้ข้อมูลได้ด้วยตนเอง

3) มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน (Activities of Daily Living: ADL) โดยมีคะแนน Barthel Index (BI) ตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป

เกณฑ์คัดออก

1) มีความบกพร่องทางการรู้คิด ความผิดปกติทางจิตเวช หรือปัญหาการสื่อสารที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมวิจัย

2) มีภาวะเจ็บป่วยรุนแรงหรือโรคร่วมระยะวิกฤตที่ส่งผลต่อความสามารถในการเข้าร่วมกิจกรรม

3) ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ต่อเนื่องหรือถอนตัวออกจากการวิจัยระหว่างดำเนินโครงการ

3. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือสำหรับการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยใช้ดัชนี Barthel ADL และแบบประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูง โดยอ้างอิงจากเกณฑ์ตารางสี [12] และแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย [13] เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยแบ่งเป็น 2 ประเภท ได้แก่ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และประเมินผล และเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามงานวิจัยโปรแกรมการเสริมพลังอำนาจต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูงในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลละหาน อำเภอจัตุรัส จังหวัดชัยภูมิ มีรายละเอียดดังนี้

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล โดยมีลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบ และเติมข้อความข้อมูลลักษณะทั่วไปของประชากรได้แก่ เพศ อายุ การศึกษาอาชีพ ระยะเวลาที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ประวัติการมีโรคประจำตัวนอกจากโรคความดันโลหิตสูง และข้อมูลสุขภาพได้แก่ น้ำหนัก ส่วนสูง ค่าดัชนีมวลกาย และระดับความดันโลหิต

ตอนที่ 2 แบบประเมินพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูง ได้รับการพัฒนาโดยปรับปรุงจากเครื่องมือประเมินพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เกี่ยวข้องกับโรคหลอดเลือดสมองจากงานวิจัยของ วรดา ทองสุก [14] การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำแบบทดสอบมาใช้ทั้งหมด 27 ข้อ เป็นคำถามเชิงบวก และคำถามเชิงลบ แบบประเมินพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูง มีมาตรการวัดเป็นระดับช่วง (Interval scale) แบบสอบถามแบ่งออกเป็น 3 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ ด้านการบริโภคอาหาร จำนวน 12 ข้อ ด้านการออกกำลังกาย จำนวน 7 ข้อ และด้านการใช้ยา จำนวน 8 ข้อ โดยลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ (Rating scale) ประกอบด้วย การปฏิบัติสม่ำเสมอทุกวัน (7 วัน/สัปดาห์) การปฏิบัติเป็นประจำ (5 – 6 วัน/สัปดาห์) การปฏิบัติค่อนข้างบ่อย (3 – 4 วัน/สัปดาห์) การปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง (1 – 2 วัน/สัปดาห์) และการไม่ปฏิบัติเลย ซึ่งกำหนดคะแนนเป็น 5, 4, 3, 2 และ 1 ตามลำดับ เกณฑ์การแปลผลคะแนนเฉลี่ยกำหนดดังนี้ ค่าเฉลี่ยระหว่าง 4.50 – 5.00 แสดงถึงพฤติกรรมในระดับสูงมาก ช่วง 3.50 – 4.49 อยู่ในระดับสูง ช่วง 2.50 – 3.49 อยู่ในระดับปานกลาง ช่วง 1.50 – 2.49 อยู่ในระดับต่ำ และช่วง 1.00 – 1.49 อยู่ในระดับต่ำมาก [15]

2) เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง คือโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูง โดยออกแบบกิจกรรมให้สอดคล้องกับขั้นตอนของโปรแกรม ประกอบด้วยการให้ความรู้ในรูปแบบการบรรยาย การเรียนรู้ผ่านกิจกรรมกลุ่ม และการจัดทำเอกสารคู่มือเพื่อใช้เป็นแนวทางในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการ

การตรวจสอบสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้ดำเนินการตรวจสอบคุณภาพของแบบสอบถามตามลำดับขั้นตอน ดังนี้

1) การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) แบบสอบถามถูกนำเสนอให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ซึ่งมีความเชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ การพยาบาลอนามัยชุมชน และการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช พิจารณาความเหมาะสมของเนื้อหา จากนั้นนำผลการประเมินมาคำนวณค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Index of Item - Objective Congruence: IOC) โดยคัดเลือกข้อคำถามที่มีค่า IOC ตั้งแต่ 0.50 ขึ้นไป เพื่อใช้เป็นเครื่องมือที่มีความตรงเชิงเนื้อหาเหมาะสม

2) การตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือวิจัย (Reliability) ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูง ซึ่งมีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจริง จำนวน 30 ราย ในพื้นที่

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลละหาน อำเภอจัตุรัส จังหวัดชัยภูมิ จากนั้นนำข้อมูลมาวิเคราะห์ค่าอำนาจจำแนกรายข้อ โดยใช้ค่าสหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนของแต่ละข้อกับคะแนนรวมของแบบสอบถาม (Corrected item – total correlation) และคัดเลือกข้อคำถามที่มีค่าตั้งแต่ 0.20 ขึ้นไป ต่อมาได้นำแบบสอบถามที่ผ่านการคัดเลือกมาคำนวณค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ซึ่งได้ค่าเท่ากับ 0.85 แสดงว่าเครื่องมือมีความเชื่อมั่นอยู่ในระดับที่ยอมรับได้

4. การรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล และจัดกิจกรรมโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจ ณ ห้องประชุมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลละหาน อำเภอจัตุรัส จังหวัดชัยภูมิ และติดตามผู้เข้าร่วมในชุมชนเป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ โดยผู้วิจัยร่วมกับพยาบาลวิชาชีพ และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ดำเนินกิจกรรม แบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะก่อนการทดลอง (สัปดาห์ที่ 1)

ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย และขอความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย จากนั้นเก็บข้อมูลก่อนการทดลอง (Pretest) โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดการรับรู้พลังอำนาจ และแบบประเมินพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ใช้เวลาประมาณ 30 นาทีต่อคน

ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการทดลอง (สัปดาห์ที่ 1 – 5)

จัดกิจกรรมกลุ่มสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 60 นาที รวม 5 ครั้ง

สัปดาห์ที่ 1 (60 นาที)

ดำเนินกิจกรรมขั้นการค้นพบสภาพการณ์จริง (30 นาที) โดยสร้างสัมพันธภาพ และกระตุ้นให้ผู้เข้าร่วมตระหนักถึงปัญหา และปัจจัยเสี่ยงของตนเอง และกิจกรรมการสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ (30 นาที) เพื่อวิเคราะห์สาเหตุ ผลกระทบ และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ร่วมกัน

สัปดาห์ที่ 2 – 4 (ครั้งละ 60 นาที รวม 180 นาที)

ดำเนินกิจกรรมการตัดสินใจลงมือปฏิบัติ โดยใช้การอภิปรายกลุ่ม การให้ความรู้ การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และการกำหนดเป้าหมายรายบุคคลในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ พร้อมติดตามความก้าวหน้า วิเคราะห์อุปสรรค และให้กำลังใจในการปฏิบัติ

สัปดาห์ที่ 5 (60 นาที)

ดำเนินกิจกรรมการคงไว้ซึ่งพฤติกรรม โดยสรุปบทเรียน แลกเปลี่ยนผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น เสริมแรงทางบวก และวางแผนการปฏิบัติตนอย่างต่อเนื่อง

ระยะที่ 3 ระยะติดตามและประเมินผล (สัปดาห์ที่ 6 – 8)

สัปดาห์ที่ 6 – 7 ผู้วิจัยและ อสม. ติดตามทางโทรศัพท์หรือเยี่ยมบ้านสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละประมาณ 15–20 นาที เพื่อสนับสนุนการคงไว้ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพ

สัปดาห์ที่ 8 เก็บข้อมูลหลังการทดลอง (Posttest) โดยใช้เครื่องมือชุดเดียวกับก่อนการทดลอง ใช้เวลาประมาณ 30 นาทีต่อคน จากนั้นสรุปผลการเข้าร่วมกิจกรรม เปิดโอกาสให้ซักถาม มอบของที่ระลึก และยุติการวิจัย

รวมระยะเวลาดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมทั้งสิ้น 5 ชั่วโมง และระยะเวลาติดตามผลต่อเนื่อง 8 สัปดาห์

5. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

โดยแยกวิเคราะห์ตามลำดับดังนี้

1) วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาด้วยค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2) เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงก่อน และหลังเข้าโปรแกรมของกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติการทดสอบ Dependent t - test โดยค่าความแตกต่างของคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมมีการแจกแจงแบบปกติ (Normal distribution) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

3) เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ระหว่างกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติการทดสอบ Independent t - test

ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างรวม 40 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 ราย พบว่าผู้เข้าร่วมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 25 ราย คิดเป็นร้อยละ 62.5 และมีอายุ 65 ปีขึ้นไป จำนวน 28 ราย คิดเป็นร้อยละ 70.0 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส จำนวน 28 ราย คิดเป็นร้อยละ 70.0 และมีระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา จำนวน 25 ราย คิดเป็นร้อยละ 62.5 ด้านอาชีพส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป จำนวน 20 ราย คิดเป็นร้อยละ 50.0 รายได้เฉลี่ยต่อเดือนส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำกว่า 5,000 บาท จำนวน 23 ราย คิดเป็นร้อยละ 57.5 สะท้อนถึงข้อจำกัดด้านเศรษฐกิจของผู้สูงอายุในชุมชน ทั้งนี้โรคร่วมที่พบร่วมกับความดันโลหิตสูงมากที่สุดคือโรคเบาหวาน จำนวน 17 ราย คิดเป็นร้อยละ 42.5

ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ ผู้วิจัยได้ประเมินพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูงใน 3 ด้าน ได้แก่ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการรับประทานยา โดยใช้แบบสอบถามที่พัฒนาขึ้น ผลการศึกษาพบว่า โดยรวมกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}$ = 2.85, S.D. = 0.64) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าพฤติกรรมการรับประทานยามีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ($\bar{x}$ = 3.30, S.D. = 0.55) สะท้อนให้เห็นถึงความร่วมมือในการรักษาและการเข้าถึงบริการทางการแพทย์อย่างต่อเนื่อง ในขณะที่พฤติกรรมการรับประทานอาหารอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}$ = 2.85, S.D. = 0.64) และพฤติกรรมการออกกำลังกายอยู่ในระดับต่ำ ($\bar{x}$ = 2.40, S.D. = 0.72) ซึ่งเป็นด้านที่มีคะแนนต่ำที่สุด อาจเนื่องมาจากข้อจำกัดด้านสภาพร่างกายของผู้สูงอายุ เช่น ภาวะข้อเสื่อมหรือกล้ามเนื้ออ่อนแรง ผลการศึกษาดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่าผู้สูงอายุยังมีข้อจำกัดในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพบางด้าน โดยเฉพาะด้านการออกกำลังกายและการควบคุมอาหาร จึงมีความจำเป็นในการพัฒนาโปรแกรมที่มุ่งเน้นการเสริมสร้างพลังอำนาจ เพื่อส่งเสริมให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างเหมาะสมและยั่งยืน อันจะนำไปสู่การลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในระยะยาว

ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม จำแนกรายด้าน พบว่ากลุ่มควบคุมซึ่งได้รับการดูแลตามปกติ มีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกด้านระหว่างก่อนและหลังการศึกษา ในขณะที่กลุ่มทดลอง ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ พบว่าค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพในทุกด้านเพิ่มขึ้น

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p - value < 0.001) โดยเฉพาะด้านการออกกำลังกายซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงเพิ่มขึ้นมากที่สุดเมื่อเทียบกับด้านอื่น ผลการศึกษานี้สะท้อนให้เห็นถึงประสิทธิผลของโปรแกรมการสร้างสร้างพลังอำนาจในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงได้อย่างชัดเจน ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม จำแนกรายด้าน (n = 40)

ด้านพฤติกรรมสุขภาพ	กลุ่ม	ก่อนโปรแกรม ($\bar{x}$ ± S.D.)	หลังโปรแกรม ($\bar{x}$ ± S.D.)	t	p - value
1) การรับประทานอาหาร	ควบคุม	2.87 ± 0.51	2.91 ± 0.53	0.49	0.627
	ทดลอง	2.85 ± 0.50	3.66 ± 0.47	7.35	0.001
2) การออกกำลังกาย	ควบคุม	2.43 ± 0.66	2.47 ± 0.62	0.33	0.743
	ทดลอง	2.40 ± 0.64	4.18 ± 0.51	10.42	0.001
3) การรับประทานยา	ควบคุม	3.26 ± 0.55	3.30 ± 0.52	0.39	0.700
	ทดลอง	3.30 ± 0.56	4.08 ± 0.47	6.45	< 0.001*
รวมเฉลี่ยทั้ง 3 ด้าน	**ควบคุม**	**2.85 ± 0.45**	**2.89 ± 0.48**	**0.44**	**0.663**
	ทดลอง	**2.85 ± 0.43**	**3.97 ± 0.39**	**9.87**	**< 0.001***

* p - value < 0.001

ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมภายหลังสิ้นสุดโปรแกรม พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกด้าน (p - value < 0.001) สะท้อนให้เห็นถึงประสิทธิผลของโปรแกรมการสร้างพลังอำนาจในการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเองได้อย่างเหมาะสม ผลการศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่าโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจมีบทบาทสำคัญในการกระตุ้นให้ผู้สูงอายุเกิดการตระหนักรู้ในปัญหาสุขภาพของตนเอง สามารถตัดสินใจเลือกแนวทางปฏิบัติที่เหมาะสม และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในเชิงบวกได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะด้านการออกกำลังกาย ซึ่งเดิมเป็นพฤติกรรมที่มีระดับต่ำที่สุดก่อนการทดลอง แต่มีการเปลี่ยนแปลงในทิศทางที่ดีขึ้นอย่างชัดเจนภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรม ความแตกต่างของคะแนนพฤติกรรมสุขภาพระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมภายหลังการทดลอง แสดงดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรม (n = 40)

รายการ	กลุ่มควบคุม ($\bar{x}$ ± S.D.)	กลุ่มทดลอง ($\bar{x}$ ± S.D.)	t	p - value
รับประทานอาหาร	2.91 ± 0.53	3.66 ± 0.47	7.35	< 0.001*

รายการ	กลุ่มควบคุม ($\bar{x}$ ± S.D.)	กลุ่มทดลอง ($\bar{x}$ ± S.D.)	t	*p* - value
ออกกำลังกาย	2.47 ± 0.62	4.18 ± 0.51	10.42	< 0.001*
รับประทานยา	3.30 ± 0.52	4.08 ± 0.47	6.45	< 0.001*
พฤติกรรมรวม	**2.89 ± 0.48**	**3.97 ± 0.39**	**9.87**	**< 0.001***

* *p* - value < 0.001

อภิปราย

การอภิปรายผลครั้งนี้นำเสนอเรียงตามวัตถุประสงค์การวิจัย โดยเชื่อมโยงกับกรอบแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่ออธิบายกลไกของผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นอย่างเป็นระบบ ดังนี้

1) ภายหลังได้รับโปรแกรม ผู้สูงอายุมีการรับรู้พลังอำนาจและพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการทดลอง แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจมีประสิทธิผลในการพัฒนาศักยภาพภายในของบุคคลให้สามารถดูแลสุขภาพตนเองได้ดีขึ้น ซึ่งสามารถอธิบายได้ตามแนวคิดของ Gibson [9] ที่ระบุว่า กระบวนการสร้างเสริมพลังอำนาจช่วยให้บุคคลเกิดความสามารถในการตัดสินใจ การควบคุมตนเอง และการลงมือปฏิบัติอย่างเหมาะสมต่อสถานการณ์สุขภาพของตน ผลลัพธ์ดังกล่าวอาจเกิดจากลักษณะของกิจกรรมในโปรแกรมที่เน้นการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ ทั้งในด้านการสะท้อนคิด การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และการกำหนดแนวทางการดูแลตนเอง ส่งผลให้เกิดการเรียนรู้เชิงลึก (Deep learning) และการตระหนักรู้ในบทบาทของตนเองในการป้องกันโรค ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างยั่งยืน ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ วิยะการ แสงหัวช้าง และคณะ [10] ที่พบว่า โปรแกรมสร้างเสริมพลังอำนาจสามารถส่งผลให้พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการใช้ยา นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ ธนพร มหากิจศิริ [16] ที่รายงานว่า กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมและการสร้างเสริมพลังอำนาจช่วยเพิ่มความสามารถในการจัดการตนเองในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ส่งผลให้พฤติกรรมสุขภาพดีขึ้นในทุกด้าน อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณารายด้านของพฤติกรรม พบว่าการเปลี่ยนแปลงอาจไม่เท่ากันในทุกมิติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ จุฬารัตน์ ขยันควร [4] ที่พบว่า พฤติกรรมบางด้าน เช่น การรับประทานอาหารหรือการจัดการความเครียด อาจไม่เปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญ ขณะที่พฤติกรรมการออกกำลังกายมีการเปลี่ยนแปลงอย่างชัดเจน สะท้อนให้เห็นว่า การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพบางประเภทต้องอาศัยระยะเวลา แรงจูงใจ และปัจจัยแวดล้อมเพิ่มเติม ดังนั้น ผลการวิจัยนี้จึงสนับสนุนว่า โปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจสามารถเป็นกลไกสำคัญในการพัฒนาการรับรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2) กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้พลังอำนาจและพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สะท้อนให้เห็นถึงประสิทธิผลของโปรแกรมเมื่อเปรียบเทียบกับการดูแลตามปกติ ซึ่งมักเน้นการให้ความรู้แบบทั่วไป มากกว่าการสร้างกระบวนการเรียนรู้เชิงรุก ความแตกต่างดังกล่าวสามารถอธิบายได้ว่า โปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจมีองค์ประกอบสำคัญ ได้แก่ การวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพ

ของตนเอง การตั้งเป้าหมาย การวางแผน และการได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวและทีมสุขภาพ ซึ่งช่วยเสริมสร้างความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง (Self - efficacy) และส่งผลต่อการคงไว้ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์อภิมานของ Chi Kuo C. and et al. [17] ที่พบว่า โปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจมีผลเชิงบวกต่อพฤติกรรมสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตนเอง และการควบคุมโรคในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ รัตนาภรณ์ เอี่ยมพรม [18] ที่รายงานว่า โปรแกรมที่เน้นแรงจูงใจและการมีส่วนร่วม สามารถเพิ่มการรับรู้ความเสี่ยง ความรุนแรงของโรค และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้ดีกว่าการดูแลตามปกติ อีกทั้งผลการวิจัยยังสะท้อนว่า การออกแบบโปรแกรมให้สอดคล้องกับบริบทของผู้สูงอายุ เช่น การใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย การจัดกิจกรรมกลุ่ม และการติดตามอย่างต่อเนื่องตลอดระยะเวลา 8 สัปดาห์ เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดผลลัพธ์เชิงบวกอย่างชัดเจนโดยสรุป โปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจมีประสิทธิภาพเหนือกว่าการดูแลตามปกติในการส่งเสริมการรับรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

3) การเปรียบเทียบภายในกลุ่มทดลอง (ก่อน – หลัง) และการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทิศทางที่ดีขึ้น สามารถสรุปได้ว่า โปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจมีประสิทธิผลในการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ประสิทธิผลดังกล่าวสะท้อนถึงความสำเร็จของการบูรณาการแนวคิดการสร้างเสริมพลังอำนาจเข้ากับกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ซึ่งช่วยให้ผู้สูงอายุไม่เพียงแต่ได้รับความรู้ แต่ยังสามารถนำความรู้นั้นไปปรับใช้ในชีวิตประจำวันได้จริง เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านความคิด (Cognitive) ทัศนคติ (Affective) และพฤติกรรม (Behavioral) อย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ การมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนยังเป็นปัจจัยสนับสนุนสำคัญที่ช่วยเสริมแรง (Reinforcement) ให้ผู้สูงอายุสามารถคงไว้ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมได้ในระยะยาว ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ดังนั้น โปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจจึงถือเป็นรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ และสามารถประยุกต์ใช้ในระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิหรือชุมชน เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงได้อย่างเหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของ วรดา ทองสุก [14] พบว่า หลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมสุขภาพดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ และสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดีขึ้น พฤติกรรมการป้องกันโรคดีขึ้นทั้งก่อน – หลัง และดีกว่ากลุ่มควบคุม และสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของ รัตนาภรณ์ เอี่ยมพรม [18] พบว่า หลังได้รับโปรแกรมกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และการรับรู้ด้านสุขภาพสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ และสูงกว่ากลุ่มควบคุม

สรุป

การวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจมีประสิทธิผลในการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญ ทั้งภายในกลุ่มทดลองและเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม โดยเฉพาะด้านการออกกำลังกายซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงเด่นชัด สะท้อนให้เห็นว่าแนวคิดการสร้างเสริมพลังอำนาจสามารถพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเองและนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้น โปรแกรมดังกล่าวจึงมีความเหมาะสมในการประยุกต์ใช้ในระบบบริการ

สุขภาพระดับปฐมภูมิ เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยง และควรมีการติดตามผลในระยะยาว รวมทั้งส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนเพื่อความยั่งยืนของพฤติกรรมสุขภาพต่อไป

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติ

ควรนำโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจที่ประกอบด้วยการให้ความรู้ การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การตั้งเป้าหมายรายบุคคล และการติดตามเยี่ยมบ้าน ไปใช้กับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในหน่วยบริการปฐมภูมิ โดยพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนร่วมกับ อสม. เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

สำนักงานสาธารณสุขและหน่วยบริการปฐมภูมิควรสนับสนุนให้พยาบาลและ อสม. ได้รับการพัฒนาศักยภาพด้านการจัดกิจกรรมสร้างเสริมพลังอำนาจ และกำหนดการติดตามผลพฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิตเป็นส่วนหนึ่งของการดูแลผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาผลของโปรแกรมในระยะติดตาม 3 - 6 เดือน โดยประเมินทั้งพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองและระดับความดันโลหิต รวมทั้งเปรียบเทียบประสิทธิผลของการติดตามโดยพยาบาลกับการติดตามโดย อสม. เพื่อหาแนวทางที่เหมาะสมต่อการขยายผลในชุมชน

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การวิจัยนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ เลขที่รับรอง 92/2568 วันที่ 24 พฤศจิกายน 2568 โดยปฏิบัติตามหลักจริยธรรม ได้แก่ 1) หลักผลประโยชน์ เน้นความปลอดภัยและสวัสดิภาพของกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงวัตถุประสงค์และลดความเสี่ยงก่อนดำเนินกิจกรรม 2) หลักเคารพในความเป็นบุคคล ให้สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมหรือถอนตัวได้ทุกเมื่อ พร้อมจัดทำเอกสารยินยอมโดยสมัครใจ และ 3) หลักความยุติธรรม คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างอย่างเป็นธรรม รักษาความลับข้อมูลส่วนบุคคล และใช้ข้อมูลเพื่อวัตถุประสงค์ทางการวิจัยเท่านั้น

การอ้างอิง

ละมุน คำเสนา. ประสิทธิผลของโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูงในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลละหาน อำเภอจัตุรัส จังหวัดชัยภูมิ. วารสารการศึกษาและวิจัยการสาธารณสุข. 2569; 4(2): 293 – 307.

Kamsena L. Effectiveness of an Empowerment Program on Behavioral Modification for Stroke Prevention among Older Adults with Hypertension in Lahan Subdistrict Health Promoting Hospital, Chatturat District, Chaiyaphum Province. Journal of Education and Research in Public Health. 2026; 4(2): 293 – 307.

เอกสารอ้างอิง

[1] World Health Organization. Stroke: key facts. Geneva, World Health Organization. 2025.

[2] ณิชาภัทร ปีติภพ. การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน. กรุงเทพฯ, สำนักพิมพ์ทางการแพทย์. 2568.

[3] World Health Organization. The top 10 causes of death. Geneva, World Health Organization. 2018.

[4] จุฬารัตน์ ขยันควร. ผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมองต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ. วารสารการพยาบาลและสุขภาพชุมชน. 2567; 38(2): 45 - 58.

[5] กระทรวงสาธารณสุข. รายงานสถานการณ์โรคหลอดเลือดสมองของประเทศไทย พ.ศ. 2565 – 2567. กรุงเทพฯ, กระทรวงสาธารณสุข. 2567.

[6] ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (HDC). ข้อมูลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จังหวัดชัยภูมิ. สืบค้นเมื่อ 10 กุมภาพันธ์ 2569 จาก https://hdc.moph.go.th/cpm/public/standard-report-detail/83681a38319f87e4ab83f01fab773a34.

[7] สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. รายงานระบบการส่งต่อและการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยโรคเรื้อรัง. กรุงเทพฯ, สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. 2567.

[8] ศิริรัตน์ ผ่านภพ. การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุและการป้องกันโรคเรื้อรัง. กรุงเทพฯ, สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 2563.

[9] Gibson CH. The process of empowerment in mothers of chronically ill children. Journal of Advanced Nursing. 1995; 21(6): 1201 - 10.

[10] วิยะการ แสงหัวช้าง, วงศ์ตวัน บุญเกิด, และนิตยา คำมี. ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง. วารสารพยาบาลสาธารณสุข. 2560; 31(1): 23 - 34.

[11] Polit DF, and Hungler BP. Nursing research: principles and methods. 6th ed. Philadelphia, PA, Lippincott. 1995.

[12] กรมควบคุมโรค. คู่มือการใช้ตารางสีประเมินความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้สูงอายุ. นนทบุรี, กระทรวงสาธารณสุข. 2565.

[13] สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย. กรุงเทพฯ, กระทรวงสาธารณสุข. 2542.

[14] วรดา ทองสุก. ผลของโปรแกรมการเสริมพลังอำนาจต่อพฤติกรรมสุขภาพ ดัชนีมวลกาย และระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้. [วิทยานิพนธ์]. ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยนเรศวร. 2562.

[15] บุญชม ศรีสะอาด. การวิจัยเบื้องต้น. พิมพ์ครั้งที่ 10. กรุงเทพมหานคร, สุวีริยาสาส์น. 2560.

[16] ธนพร มหากิจศิริ. ผลของการใช้กระบวนการเสริมพลังอำนาจเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. วารสารวิจัยสุขภาพ. 2561; 12(1): 40 - 52.

[17] Chi KC, Lin CC, and Tsai FM. Effectiveness of empowerment-based self-management interventions on patients with chronic metabolic diseases: a systematic review and meta-analysis. Patient Education and Counseling. 2014; 95(2): 155 - 62.

[18] รัตนาภรณ์ เอี่ยมพรม. ผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง. วารสารพยาบาลทหารบก. 2565; 23(3): 22 - 35.

วารสารการศึกษาและวิจัยการสาธารณสุข วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา
91 ถนนเทศบาล 1 ตำบลสะเตง อำเภอเมือง จังหวัดยะลา 95000


อีเมล : Jalor-Journal@yala.ac.th


โทร : 073212863 ต่อ 131